

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

PATRÍCIA VITÓRIA PIRES

**E FAZER “TUDO DIREITINHO”: CUIDADOS E ENFRENTAMENTOS NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE EM RESPOSTA AO HIV/AIDS EM MULHERES**

Porto Alegre

2016

PATRÍCIA VITÓRIA PIRES

**E FAZER “TUDO DIREITINHO”: CUIDADOS E ENFRENTAMENTOS NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE EM RESPOSTA AO HIV/AIDS EM MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Dagmar E. Estermann Meyer

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Pires, Patrícia Vitória
E fazer "tudo direitinho": cuidados e
enfrentamentos nas políticas de saúde em resposta ao
HIV/aids em mulheres / Patrícia Vitória Pires. -- 2016.
142 f.

Orientadora: Dagmar Elisabeth Estermann Meyer.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2016.

1. Saúde Coletiva. 2. Políticas públicas. 3.
Estudos de gênero. 4. Feminização da aids. I. Meyer,
Dagmar Elisabeth Estermann, orient. II. Título.

PATRÍCIA VITÓRIA PIRES

**E FAZER “TUDO DIREITINHO”: CUIDADOS E ENFRENTAMENTOS NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE EM RESPOSTA AO HIV/AIDS EM MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Dagmar F. Estermann Meyer

Aprovada em 29 de julho de 20016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Dora Lúcia Leindens Correa de Oliveira – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Wilza Vieira Villela – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo

mar na concha, onde juntas velejamos em qualquer água, não nos importam se tormentas ou calmarias, nenhum vento nos assombra. Em especial à Anninha, afilha(ama)da, você é a minha história favorita, daquelas que “nos contam à cama antes da gente dormir”, a miudeza mais valiosa! Bons sonhos sempre!

Às pequenas peludas que não sabem das palavras nem das dissertações, pois toda a sua sabedoria é feita do afeto. E enquanto eu agonizava nesse mar de letras que parecia sem fim, elas vinham, deitavam ao meu redor e: Ih! O mundo é tão menor! Cabe dentro de um gesto ‘irracional’ de carinho. E, no silêncio infinito das palavras dos cães, me diziam: só queremos te ter por perto. Mas me lembravam: não esqueça das miudezas da vida! Não há ciência que as explique...

Miudeza infinita é o compartilhar! Obrigada à presença sempre afetuosa da colega Jamile, que logo se fez em duas e coloriu o mundo de Geórgia-cor. À Mabel, e seu jeito flor-no-cabelo, menina baiana que dividiu comigo as dores do aprender (Viu? Tudo tem seu fim!). À Silvia e sua graça sempre presente para alegrar, suas palavras de apoio e sorrisos. À Catharina-Catha e sua sempre vontade de ajudar, de estender uma palavra ou uma ideia... Ao Cadu, querido, uma descoberta: os geminianos vão dominar o mundo! À Tati e suas bolitas verdes de ver o mundo, admiro a delicadeza da tua força e te vejo menina a soltar os pássaros das gaiolas enferrujadas. À Elaine e sua forma sol-e-mar de dizer as coisas, em tom de brisas e sonoridades de coqueiros. À querida Sandra pelas dicas e apontamentos certos-de-profe. Ao grupo todo de orientação que me ensinou, sobretudo, que críticas podem ser carinhos!

À professora Jeane Félix, minha admiração de bússola, tua orientação me fez inventar outros nortes, me fazendo velejar por mares de significados!

Ao Programa de Controle da Tuberculose de São Léo, uma gratidão sem fim por ter me trazido de volta à Saúde, por ter me mostrado que sou eu que faço meu lugar-enfermeira no mundo! Obrigada especial à Lisânia, Viviane, Gislaine e Rosane! Com vocês, dividi minhas ansiedades, minhas decepções, mas também muitas coisas outras, que só sabe quem subverte, quem acredita, quem empatiza com o outro... Um agradecimento extensivo à equipe do SAE São Léo, que sempre me acolheu com confiança, especialmente à Bia, Gabriel e Cíntia, chefias que admiro, que compreenderam minhas necessidades de ausência e me ajudaram a arrumar tempo para esta empreitada.

À enfermeira da Seção Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Sul, Aline Sortica, pela atenção, carinho e disponibilidade desde o início desta pesquisa.

À cada um daqueles/as que compartilharam suas histórias comigo em meio a testagens e descobertas! Nenhum reconhecimento me faz mais sorrisos do que os sorrisos de vocês! Àqueles/as a quem disse: “deu reagente”, e só precisavam de um abraço (e muitos eu dei). Àqueles/as que ‘ninguém vê’ e que, em toda a sua invisibilidade, me ensinaram a enxergar (às vezes, para ver é preciso tatear com a alma)!

À amigona e sempre colega Liciane! Obrigada por compartilhar comigo o mestrado e suas histórias, elas me fazem rica, e também um bocado mais alegre! Ao amigo-irmão-querido Leonel pela torcida de sempre e de coração!

Ao Professor Ricardo Ceccim, que me ensina a desaprender desde 2002, com todo seu tempo pequeno e suas ideias grandes... A poesia nos reinventa! E isso se estende ao EducaSaúde, lugar de sonhos e de lutas.

À UFRGS, lugar que fez muita diferença em mim e que me acolhe, com qualidade, desde 2001. Aqui, germinei e me fiz em muitas direções.

Um agradecimento todo especial às mulheres da banca: Wilza, cada vez te admiro mais! Foi muito importante te ter comigo nesta caminhada. Cristianne, tua seriedade leve contribuiu muito e ainda me fez mais leve também. Dora, nenhuma palavra é suficiente... Meu eterno reconhecimento pelo apoio, que nem sempre consegui retribuir do jeito que gostaria. Você fez valer a pena a graduação em enfermagem e, de ti, carrego o gosto pelo ‘pensar’.

Por fim, agradeço e dedico este trabalho à professora orientadora Dagmar Meyer! Obrigada pela companhia neste trilhar de areias fofas e, por vezes, escaldantes e escorregadias, e, por diante de tamanha imensidão-de-galeano, ter me ajudado a olhar este mar! Guardarei com carinho, impressos em mim e por isso fáceis de carregar por aí, cada um dos comentários que fizeste em meus escritos, de modo que te levo junto para a vida, para meus cuidados e meus enfrentamentos...

Porque a gente está no mundo para aprender a ser miúdo! Gente muito grande não cabe nos abraços... Obrigada pela miudeza infinita de todos! (e ao Manoel de Barros por embalar meus sonhos de poesia em meio aos sufocos da escrita acadêmica).

RESUMO

A dissertação inscreve-se nos campos dos Estudos de Gênero e dos Estudos Culturais pós-estruturalistas, em interface com a Saúde Coletiva. Nela, problematizo a feminização do HIV/aids no Rio Grande do Sul, tomando como foco o enfrentamento da doença em mulheres grávidas, e considerando o que está disposto nos textos normativos do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (BRASIL, 2009), da Linha de Cuidado para PVHA e outras DST do Estado do Rio Grande do Sul (2014a) e em alguns de seus desdobramentos. Os documentos foram examinados na perspectiva da análise cultural; para realizá-la, construí um jeito de olhar e de fazer, operando com alguns conceitos como ferramentas analíticas, entre eles: gênero, cultura, linguagem, educação, além de uma redefinição do termo vigilância epidemiológica. Por meio da realização de um exercício intensivo de multiplicação de sentidos dos termos centrais que nomeiam os dois principais documentos – cuidado e enfrentamento –, construí duas unidades analíticas: mulheres, gravidez e cuidados; e a feminização do HIV/aids e seus enfrentamentos. Através da descrição e análise das posições de sujeito *corpo grávido* e *mãe responsável*, foi possível problematizar os modos como a feminização do HIV/aids tem sido pautada nos programas de enfrentamento, quando se trata de mulheres grávidas, destacando-se aí os investimentos das biopolíticas sobre os corpos e a vida das mulheres, que incidem nas formas de cuidar, de enfrentar e de ser mulher em tempos de HIV/aids.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Estudos de Gênero. Políticas Públicas. Biopolítica. Feminização da aids. Mulheres vivendo com HIV/aids. Gravidez.

ABSTRACT

This dissertation is inserted in the fields of Gender Studies and post-structuralist Cultural Studies, approaching Public Health. It address the feminization of HIV/AIDS in Rio Grande do Sul, especially how pregnant women cope with the disease, considering what is provided in the normative texts in the Integrated Plan to Combat the Feminization of AIDS Epidemic and other STDs (BRASIL, 2009), in the Care Guidelines for PLWHA and other STDs of Rio Grande do Sul (2014a) and in some of its consequences. The documents were analyzed from the perspective of cultural analysis, through the conception of a way of looking and doing, considering some concepts as analytical tools, including gender: culture, language, education, and a redefinition of the term epidemiological surveillance. By conducting an intensive exercise of multiplying the meanings of central terms that name the two main documents - care and combat -, two analytical units were established: women, pregnancy and care; and the feminization of HIV/AIDS and how to combat it. Through the description and analysis from the positions of the subjects *pregnant body* and *responsible mother*, it was possible to discuss the ways how the feminization of HIV/AIDS has been addressed in the prevention programs of HIV infection, when it comes to pregnant women, highlighting the investments in biopolitics concerning the bodies and lives of women, that focus on ways of protecting, coping with and being a woman in HIV/AIDS times.

Keywords: Public Health. Gender Studies. Public policy. Biopolitics. Feminization of AIDS . Women living with HIV/AIDS. Pregnancy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cartaz Pré-natal testagem	68
Figura 2 - Vídeo Sem camisinha não dá/Episódio 2.....	74
Figura 3 - Cartaz Calendário Pré-natal RS.....	81
Figura 4 - Cartaz Calendário Pré-natal RS (zoom).....	82
Figura 5 - Cartaz Quem tem amor próprio usa.....	106
Figura 6 - Cartaz Quem tem paixão pela vida usa	107
Figura 7 - Cartaz Quem tem respeito por si mesma usa.....	107

LISTA DE SIGLAS

DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MVHA	Mulheres Vivendo com HIV/aids
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/aids
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 E TEM UM INCÔMODO.....	16
1.1 DESACOMODANDO.....	17
1.2 FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS	23
2 SOBRE UM JEITO DE OLHAR	38
2.1 DIÁLOGOS POSSÍVEIS COM A SAÚDE COLETIVA.....	38
2.2 ESTUDOS DE GÊNERO.....	41
2.3 ESTUDOS CULTURAIS.....	44
2.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COMO FERRAMENTA ANALÍTICA	46
3 SOBRE UM JEITO DE FAZER.....	52
3.1 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE	53
3.2 PRESSUPOSTOS ÉTICOS	58
4 ENTRE CUIDADOS E ENFRENTAMENTOS.....	60
4.1 MULHERES, GRAVIDEZ E CUIDADOS.....	64
4.1.1 Vigiar corpos grávidos.....	75
4.1.2 Ser mãe é fazer “tudo direitinho”?	87
5 A FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS E SEUS ENFRENTAMENTOS	101
5.1 FEMINISMOS, CEGONHAS E ALGUNS ENFRENTAMENTOS.....	118
6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	125
REFERÊNCIAS.....	130

APRESENTAÇÃO

Nesta dissertação, me proponho a problematizar a feminização do HIV/aids no Rio Grande do Sul, a partir do enfrentamento da doença em mulheres grávidas, na perspectiva de Gênero.

Em sua emergência no Brasil, o HIV/aids apresentou um número maior de casos em homossexuais masculinos (chegando a ser chamada de 'peste gay'), hemofílicos e, com menos força, em usuários de drogas injetáveis. Imaginou-se que a infecção seguiria concentrada nessas populações, não atingindo fortemente as mulheres, diferentemente da situação na África Subsaariana, conforme aponta Francisco Bastos (2001)¹. Não foi o que aconteceu. Progressivamente, pode-se observar um aumento do número de casos de aids entre elas, num processo que é conhecido como 'feminização da aids'. Atualmente, no Brasil, a maioria das infecções se dá através de relações heterossexuais e as mulheres têm sido marcadas pela doença, correspondendo a uma grande parte dos casos notificados (BRASIL, 2009).

A resposta brasileira ao HIV/aids, reconhecida internacionalmente, apresentou avanços, como a queda na mortalidade e na incidência da doença no país como um todo (BRASIL, 2015b). Embora as taxas de detecção de aids em mulheres, nos últimos dez anos, apresentem queda significativa no país, tem sido possível observar, por exemplo, uma tendência de aumento de óbitos entre as mulheres e uma estabilização do mesmo indicador entre os homens (BRASIL, 2014a).

Os indicadores referentes ao HIV/aids no Brasil, porém, não são homogêneos, uma vez que variam de acordo com a região e do estado que se avalia. Os números relacionados ao Rio Grande do Sul são preocupantes, pois demonstram que o HIV/aids segue intenso no estado. De forma geral, na região sul do país há uma presença maior de mulheres entre os casos de aids, sendo que a taxa de detecção de HIV em gestantes no Rio Grande do Sul é a maior entre os estados brasileiros. Na capital Porto Alegre essa mesma taxa chega a ser oito vezes maior que a nacional (BRASIL, 2014a).

¹ Assumo a apresentação do nome e sobrenome do/a autor/a na primeira vez que este/a aparece no texto, por entender, a partir dos Estudos de Gênero, que se trata de uma referência política, que dá visibilidade a esses sujeitos.

Esses números atuais, especialmente deste estado, desacomodaram-me e me incitaram a refletir sobre as políticas públicas voltadas ao enfrentamento da feminização do HIV/aids. Afinal, acredito que ainda existem muitos desafios a serem vencidos nessa área. Além disso, o que vemos quando olhamos para o indicador epidemiológico ‘taxa de detecção de HIV em gestantes’? Estaríamos olhando também para as mulheres que vivem com HIV/aids ou apenas atentamos para o risco de transmissão vertical?

O que está posto é que faz mais de vinte anos que o processo de feminização tem sido observado e descrito, e que contamos com planos de enfrentamento da feminização do HIV/aids e outros protocolos voltados às mulheres grávidas que têm se constituído em recomendações importantes para a diminuição da transmissão vertical no país: testagem no pré-natal, o uso de antirretrovirais durante a gestação e parto, a recomendação pela supressão da amamentação, entre outros. Mas o que poderia ser pensado e problematizado a partir de novos e outros olhares para o tema da feminização e, sobretudo, da gestação no contexto do HIV/aids? Quais as perguntas que podem e devem ser feitas, visto que, após trinta anos de epidemia no Brasil e no mundo, o HIV/aids ainda é uma realidade e um desafio para homens e mulheres, profissionais e gestores?

Gênero, pensado como uma construção cultural, e não como algo determinado biologicamente, continua como uma importante ‘lente’ para essa reflexão, já que, de alguma forma, “toda política pública é afetada ou permeada por construções sociais de gênero”, relata Marcos Nascimento *et al.* (2009, p.11) – especialmente no Rio Grande do Sul, onde a epidemia em mulheres segue aquecida e o número de gestantes com aids é o maior do país.

Na tentativa de renovar as perguntas e problemas que o HIV/aids nos coloca, esta pesquisa se inscreve na perspectiva dos Estudos de Gênero e dos Estudos Culturais pós-estruturalistas que, além de orientarem a concepção de gênero aqui discutida, permitem que tomemos as políticas públicas e seus desdobramentos como artefatos culturais, ou seja, como parte de um “conjunto de regras que orienta e dá significado às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social”, conforme Ceres G. VÍctora, Daniela R. Knauth e Maria de Nazareth A. Hassen (2000, p.13). Essa vertente teórica permite também multiplicar os sentidos daquilo que investigamos, na “luta para mostrar a não fixidez do significado”, afirma Marlucy Paraíso (2014, p.41), processo importante para um movimento de problematização.

A partir do exposto, esta pesquisa tem como objetivo geral problematizar a feminização do HIV/aids no Rio Grande do Sul, a partir do enfrentamento da doença em mulheres grávidas, na perspectiva de Gênero. Assim sendo, considere as questões seguintes como norte para minha investigação:

a) como a feminização da infecção pelo HIV/aids tem sido definida e explicada e como essa questão de saúde tem sido pautada nos programas atuais de enfrentamento no Rio Grande do Sul?

b) como o gênero atravessa e dimensiona as concepções e ações aí delineadas?

c) a partir dessas concepções e ações, como o sujeito mulher grávida tem sido posicionado no contexto da feminização do HIV/aids na atualidade?

A fim de responder a essas perguntas, realizei uma pesquisa documental. O material empírico selecionado foi organizado e levado à análise na perspectiva cultural, na tentativa de descrever e problematizar construtos culturais e sociais, que, na interação social, se tornam naturalizados (como é o caso do gênero, por exemplo). Trata-se de observar, nesses artefatos, “estratégias sutis e refinadas de naturalização que precisam ser reconhecidas e problematizadas”, conforme Dagmar Estermann Meyer (2008, p.17).

Utilizei, como material empírico, textos oficiais nos quais foi possível encontrar elementos capazes de constituir um *corpus* de pesquisa. Trata-se de políticas públicas relacionadas ao enfrentamento da feminização do HIV/aids, assim como documentos normativos e materiais pedagógicos direcionados às mulheres grávidas no contexto do HIV/aids: Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, 2009; Linha de Cuidado para PVHA e outras DST no Estado do Rio Grande do Sul, 2014; Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação, 2014, além de alguns desdobramentos e peças publicitárias governamentais que se conectam a esses documentos.

Início esta dissertação apresentando/contextualizando o tema/problema da pesquisa e como ele se inscreve em minha trajetória de vida, assim como os caminhos que me trouxeram até o Mestrado em Saúde Coletiva e os Estudos de Gênero. Ainda no primeiro capítulo, discuto o que chamamos de feminização do HIV/aids, atentando para como os discursos oriundos da emergência da doença

podem ter contribuído para uma determinada visibilidade das mulheres que vivem com HIV/aids.

No segundo e no terceiro capítulos apresento o referencial teórico-metodológico no qual inscrevo esta pesquisa e sua potência para as discussões da Saúde Coletiva. Ao evocar 'um jeito de olhar', delimito alguns conceitos principais com os quais opero as análises, na direção não de constituir 'a' verdade em relação ao objeto de pesquisa, mas aquilo que aponto como uma forma de olhar para o problema. Esse jeito de olhar se afinou, como dito, com os Estudos Feministas e Estudos Culturais, numa perspectiva pós-estruturalista, e também possibilitou que vigilância epidemiológica fosse incluída como ferramenta analítica. Quando aponto para 'um jeito de fazer', refiro-me aos modos que adotei para o exame do material empírico e sua análise, mais especificamente através da pesquisa documental como procedimento de investigação e a análise cultural como procedimento de análise.

Os capítulos quarto e quinto foram destinados à apresentação daquilo que me foi possível, a partir de minha bagagem intelectual e da disponibilidade de tempo, ver e discutir desde e com o *corpus* selecionado para o estudo. As informações extraídas dos documentos foram divididas em duas unidades analíticas: 'Mulheres, gravidez e cuidados' e 'A feminização do HIV/aids e seus enfrentamentos'. A primeira delas se desdobrou em outros dois componentes: 'Vigiar corpos grávidos', em que discuto como determinados sentidos de cuidado constituem o corpo grávido como uma posição de sujeito das mulheres grávidas no contexto do HIV/aids; e 'Ser mãe é fazer "tudo direitinho"?', que se propõe a discutir os modos pelos quais uma outra posição de sujeito emerge: uma mãe responsável. Na segunda unidade, o objetivo foi, tomando como fio condutor os sentidos do termo *enfrentamento* nas políticas analisadas, discutir suas condições de emergência e os discursos implicados nesse processo.

Por fim, através de algumas considerações, encerro um processo permanente e intenso de incômodo e desacomodações, mas que, acredito, oportunizou repensar algumas questões com as quais temos trabalhado o tema da feminização e do HIV/aids em mulheres grávidas, agarrando-nos às instabilidades e disputas recorrentes dos processos de produção de significados. Trata-se de um lugar de pesquisa e pesquisadora que deve ser compreendido, desde o início, como 'sem garantias'.

1 E TEM UM INCÔMODO

De certa forma, este trabalho expressa algumas de minhas ideias sobre assuntos pelos quais eu venho me interessando: HIV/aids, políticas públicas, Estudos de Gênero. Tal interesse se justifica não necessariamente pela incomodação que certas questões me trazem, mas, sobretudo, pela acomodação a que me levam. Essa última, talvez, seja capaz de me provocar mais temor. Daquilo que nos incomoda, é mais fácil de nos livrarmos. Aquilo que nos acomoda, porém, tem uma força paralisante. Trata-se um pouco de fugir da preguiça e perversidade do senso comum e, então, desacomodar o olhar para nossas coisas, para nosso trabalho, para o mundo.

Este também é o movimento que uma pesquisa demanda: é preciso, como aponta Paraíso (2014, p.42) “estar em alerta, [...] na luta para que algo nos toque amorosamente e nos ajude a encontrar um caminho para a invenção”. Muitas questões me incomodam e eu já desejei pesquisar/problematizar muitas delas, mas o tema da feminização do HIV/aids, estando presente em meu cotidiano de trabalho, poderia continuar acomodado ali, quase invisível/invisibilizado, até que outro encontro, com os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais, me fizesse desejar essa desacomodação.

Porque, para mim, a pesquisa parte disto: desejo e incômodo. Desejo, por entender que a pesquisa implica o/a pesquisador/a e que, na direção apontada por Guacira Lopes Louro (2007), ela dificilmente está isenta das particularidades do nosso olhar, assim como de sermos coerentes com nossas escolhas, tanto na forma de pesquisar quanto de escrever.

Desejo não entendido como vontade de possuir algo, mas como aquilo que nos move ao objeto. E se é desejo, e é implicação, então devo alertar que não posso me aliar à crença da neutralidade ao criar saberes, ao fazer ciência, ao pesquisar. Não se trata da busca pela verdade, esse outro objeto de desejo. Talvez porque coadune com Michel Foucault (2000) ao não acreditar na existência de uma “verdade” a ser descoberta, mas em discursos que funcionam como verdadeiros em uma sociedade, num determinado momento histórico. Isso nos leva na direção de pensar que “todos os discursos, incluindo aqueles que são objeto de nossa análise e o próprio discurso que construímos como resultado de nossas investigações, são

parte de uma luta para construir as [nossas] próprias versões de verdade” (PARAÍSO, 2014, p.29).

E tem o incômodo. Isso que constrange, que é impróprio, que aborrece. A isso podemos nos acostumar até que não incomode mais, que se naturalize, ou que nos faça sair desse lugar, desacomodar, desnaturalizar. O desejo de sair daquilo que incomoda é o que nos move. Um pouco, ou muito, do que lemos, vivenciamos, ouvimos, serve para impulsionar essa “vontade de potência”, que nos tira da paralisia do que já foi significado e nos enche de desejo de mover, encontrar uma saída e estabelecer outro modo de pensar, pesquisar, escrever, significar e divulgar a educação”, e, eu acrescento, a saúde (PARAÍSO, 2014, p.30). Assim, o que entendemos como desejo e o efeito produzido pelo incômodo constituem elementos que nos ajudam a construir problemas e metodologias. Mais do que escolher caminhos prontos, já construídos e, portanto, seguros, lancei-me a experimentar os desafios de desconstruí-los para tentar reinventá-los (e acabei por desconstruir a mim mesma, aquilo que aprendi como verdade, Ciência, pesquisa, saúde, cultura).

Por isso esta pesquisa me desafiou de muitas formas. Como enfermeira, sinto-me marcada por referenciais positivistas da área e seus discursos, por muitas vezes, assépticos de dúvidas, contaminados de evidências, passos, etapas, manuais, protocolos, formas. Também meu modo de desacomodar foi revisto: será mesmo? Nem certo nem errado? A pesquisa em saúde foi, se ainda não é, marcada por uma produção de conhecimento que supervaloriza os dados estatísticos, a epidemiologia dos números e indicadores. Eis que me ponho então a contar essa ‘versão de uma história’, aventura de um olhar desacomodado que, enquanto alguns ensinam que o movimento é aprender a construir, se volta a desaprender e desejar desconstruir, imperativos desse olhar que sigo perseguindo.

1.1 DESACOMODANDO

Há oito anos que, de alguma forma, meus caminhos profissionais se conectam com a política de HIV/aids e, nesse contexto, meu trabalho acaba permeado por dados e indicadores epidemiológicos. É um tempo bom para acomodar, moldar as peças em seus encaixes pré-estabelecidos.

Comecei trabalhando como enfermeira no Programa de Controle da Tuberculose de um município da região metropolitana de Porto Alegre. Às vezes,

parecia trabalhar mais em função dos indicadores epidemiológicos do que de fato para me colocar como ponto de apoio na vida das pessoas, de cada uma das vidas anônimas que alimentam esses dados.

Em poucos meses de trabalho, esse programa foi integrado ao de DST/aids, visto que, atualmente, a tuberculose é a doença que mais mata pessoas vivendo com HIV/aids – PVHA (BRASIL, 2011). Com a emergência do HIV/aids, a tuberculose voltou a apresentar crescimento em número de casos novos, após ter sua incidência diminuída drasticamente a partir da introdução de medicação específica, na década de 1970. Assim, até hoje, e cada vez mais, é forte a recomendação do Ministério da Saúde para que os dois programas (tuberculose e HIV/aids) trabalhem de forma integrada nos municípios (BRASIL, 2013a). E foi o que aconteceu. Comecei a fazer parte da equipe do SAE² e participei de projetos sobre a ‘coinfecção TB-HIV’, ficando responsável por esta área no município. Atualmente, realizo também as testagens rápidas para HIV, sífilis e hepatites virais no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA³) desse mesmo serviço.

Por conseguinte, acabei me aproximando das políticas de HIV/aids. Foi quando cresceu o interesse pelo tema, sobretudo no contexto em que me insiro hoje: um município que possui um número considerável de casos novos de aids por ano (está entre as onze cidades brasileiras com maior taxa de detecção da doença), sendo a maioria em mulheres; e o Rio Grande do Sul, estado que, atualmente, apresenta a maior incidência de casos de aids no Brasil, assim como um grande número de mulheres infectadas (BRASIL, 2014a).

O serviço em que atuo existe desde 1995. Naquela época, funcionava dentro do banheiro de uma unidade de saúde de pronto atendimento, que servia de sala de testagem e também de grupo de pacientes e de consultório, num trabalho solitário de dois ou três profissionais. Hoje, vinte anos depois, a realidade é bem diferente: equipe multiprofissional, uma unidade central, bem localizada, ampla o suficiente para comportar todas as atividades referentes a um SAE e um CTA, além de um laboratório exclusivo para atender as demandas de testagens para HIV, tuberculose, sífilis e hepatites virais. Olhar para trás me inspira muito a não só seguir em frente nesta luta cotidiana em defesa de um cuidado digno às pessoas que vivem com

² SAE, que significa Serviço de Atendimento Especializado, é o nome dado aos serviços de referência onde as PVHA são acompanhadas em seus tratamentos.

³ CTA é o serviço destinado à testagem de HIV, sífilis, hepatites B e C.

HIV/aids, como também a rejeitar as acomodações e seguir duvidando, estranhando, refletindo sobre a importância de olhar para a questão do HIV/aids no contexto atual sob lentes diversas (talvez não 'novas').

O problema central dessa doença, enquanto preocupação de saúde pública, hoje classificada como crônica e incurável, não se situa somente no interior das células de CD4⁴ ou na capacidade de replicação viral do HIV. Para além de suas concepções biológicas, ou do que essa infecção representa para o organismo (exames para acompanhamento, uso das medicações, entre outros cuidados), trata-se de uma doença carregada de significados, de fortes estigmas, e parece que ainda hoje incita preconceitos. Paula Treichler (1998, p.357) se referiu às infecções pelo HIV/aids como uma “epidemia das significações”. Ou seja, não se trata de uma epidemia médico-biológica, mas também de uma epidemia de caráter moral, social e linguístico, devido à enormidade de metáforas e discursos gerados pela sua emergência.

Isso pode ser ilustrado a partir do que ouvi, um dia, de um homem, no alto dos seus 50 anos, analfabeto, após lhe informar que o exame dera 'reagente para HIV' (positivo), mas que era uma doença tratável, que os medicamentos eram disponibilizados pelo SUS e que é possível viver bem com o HIV/aids. Ele me disse, cabisbaixo, que a doença em si não era o problema, que isso de tomar remédio e fazer exame era 'até fácil da gente dar um jeito', mas que o problema 'dessa doença' era mesmo o preconceito, e que um resultado desse tinha um peso enorme na vida de uma pessoa.

Esse episódio reforça minha concordância com Georges Canguilhem (2011), ao dizer que a doença, assim como a saúde, não pode ser reconhecida senão através do plano da experiência, sendo, primeiramente, provação num sentido afetivo, o que nos impulsiona a encará-las, saúde e doença, também como construções culturais. Trata-se de considerar, conforme Aluísio Gomes Silva Júnior (2006), a 'história social da doença', na qual é possível observar aspectos culturais e sociais como influentes no processo de adoecimento de uma população ou indivíduo, o que não se configura como novidade no que se refere aos discursos atuais da saúde coletiva brasileira. Isso implica também em dizer que o que é 'ser

⁴ Células de defesa do organismo que são os principais alvos do HIV. O vírus liga-se a um componente da membrana dessa célula, penetrando no seu interior para se multiplicar, isso faz com que o sistema de defesa do organismo enfraqueça e a pessoa se torne suscetível a doenças.

saudável' em determinado lugar e momento histórico pode não ser em outro – e demanda em pensar, inclusive, o corpo biológico como uma construção local e datada.

Nessa direção, argumento que, para lidar com as doenças, é indispensável olhar, feito lança, para esses construtos culturais, a fim de reconhecer como eles incidem, constitutivamente, sobre processos, também específicos, de viver e de se relacionar com elas. Talvez seja possível acrescentar a essa reflexão que ela serve para o problema da aids mais ainda do que para qualquer outra doença. De acordo com Dilene Raimundo do Nascimento (2005, p.84-85),

[...] nenhuma outra doença na história ensejou tão rapidamente tantos encontros, tantas publicações resultantes de pesquisas básicas, epidemiológicas ou sociocomportamentais, nem tanta retórica política, reações comunitárias e governamentais no sentido de se buscar uma explicação para seu surgimento.

Assim, o HIV/aids não só mobilizou a sociedade em torno de seu aparecimento, como também categorizou e estigmatizou grupos de pessoas e diferentes comportamentos, além de provocar mobilizações que demandaram a implantação de políticas públicas voltadas para seu enfrentamento.

Foi, e ainda é, desafiador o trabalho em saúde voltado ao HIV/aids, especialmente no que tange às políticas públicas – penso que muito mais em função de lidar diretamente com as pessoas e suas vidas, e tudo que isso abarca, do que do ponto de vista orgânico. Assim, estes anos de experiência nesse campo fazem com que eu reflita acerca da importância de se olhar para além da clínica, ou dos indicadores epidemiológicos, acreditando que ainda não se trata de um assunto esgotado já por tantas produções e pesquisas suscitadas. Desacomodada com as questões da saúde que transbordam o plano biológico desde a graduação, traço caminhos profissionais voltados à Saúde Coletiva, esboçando interesse pelos conhecimentos que extrapolem as já (re)conhecidas 'Ciências da Saúde'.

Esse 'desassossego' me levou a uma especialização em 'Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde', durante a qual tive contato um pouco mais próximo com os Estudos Culturais e os Estudos de Gênero. Tal contato, ainda que breve, despertou meu interesse pelas respectivas teorias e, tomando-as como base, desenvolvi minha monografia, intitulada 'Em um 'relacionamento sério' com a prevenção: reflexões acerca do enfrentamento da feminização de HIV/aids', escrito

por Patrícia Pires (2015). Nesse trabalho, propus a reflexão sobre os contextos de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids segundo o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, lançado em 2009, pelo Ministério da Saúde.

Em linhas gerais, nesse estudo realizei uma leitura crítica do documento, atentando para os modos como o conceito de gênero opera no âmbito da discussão acerca das vulnerabilidades das mulheres, além de refletir sobre como o plano educa homens e mulheres para a prevenção ao HIV/aids. Foi, portanto, um momento em que pude estudar sobre o conceito de gênero e a feminização do HIV/aids no Brasil, através de uma análise documental, além de tomar o Plano como um artefato pedagógico, e, concordando com Marisa Vorraber Costa *et al.* (2003, p.38), como uma produção social capaz da invenção/manutenção de sentidos “que circulam e operam nas arenas culturais onde o significado é negociado e as hierarquias são estabelecidas”.

Um dos apontamentos que fiz na época refere-se à pouca problematização realizada pelo documento no que diz respeito à infecção das mulheres em relacionamentos heterossexuais estáveis, visto que já havia literatura mostrando, incluindo o que observou a respeito Vera Paiva *et al.* (2002), que esse se configurava no principal contexto de infecção das mulheres.

Ao final daquela pesquisa, apontei para a necessidade de aprofundar a análise realizada, “com vistas à melhor compreensão dos caminhos a serem traçados no enfrentamento da epidemia de aids em mulheres e também em homens” (PIRES, 2015, p.37). Assim, sensibilizada pelas leituras e reflexões acerca das questões que permeiam os olhares lançados à feminização do HIV/aids, emergiram alguns interesses mais específicos a partir desse tema, como é o caso das mulheres grávidas que vivem com HIV/aids, além da importância do olhar dos Estudos de Gênero para as discussões do campo da Saúde Coletiva.

Um acontecimento do meu cotidiano de trabalho também me instigou a refletir sobre algumas questões específicas relacionadas ao enfrentamento do HIV/aids. Em 2014, houve uma ebulição em torno do fato de que a transmissão vertical de HIV no município havia sido superada, ou seja, entre os anos de 2012 e 2014, nenhuma criança se infectou com HIV/aids através de sua mãe.

Acredita-se que uma das ações que mais impacta na prevenção da transmissão vertical é a realização de um pré-natal de qualidade, visto que muitas

mulheres descobrem-se vivendo com HIV/aids durante este período de suas vidas (BRASIL, 2010). Além disso, atualmente, apresenta-se a Atenção Básica como ordenadora do cuidado a essas mulheres grávidas e mulheres mães (RS, 2014a), o que aponta cada vez mais para a importância de se constituir uma rede de saúde organizada e fortalecida em nível local.

O que causa estranhamento nesta observação feita é que a rede de saúde municipal em foco, incluindo a Atenção Básica, é consideravelmente frágil, apresentando baixa cobertura de Estratégia de Saúde da Família e ausência de implementação de políticas de saúde importantes. O pré-natal, neste contexto, assim como outras ações direcionadas à saúde das mulheres, chega a ser precário, não havendo uma política local definida e centrando a atenção no atendimento médico-hospitalar, sem qualquer discussão acerca de outros fatores que incidem na saúde das mulheres. Parece-me, então, que a explicação mais provável para o bom resultado alcançado, a superação da transmissão do HIV às crianças no âmbito do pré-natal, parto e puerpério, recai sobre os esforços focalizados da equipe do SAE, na sua relação com a vigilância hospitalar, o controle do uso de antirretrovirais e de ações específicas deste serviço para a adesão dessas mulheres grávidas e mulheres mães às recomendações institucionais concedidas.

Esse panorama me incomodou bastante, tanto que, quando ainda estava em curso a especialização de Práticas Pedagógicas, e eu me envolvia com a escrita de minha monografia, ingressei no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva. Trata-se de um campo com o qual sempre tive afinidade e que me provocou reflexões acerca do enfrentamento da infecção pelo HIV/aids em mulheres grávidas, especialmente no Rio Grande do Sul, a partir de uma perspectiva de Gênero. Nos últimos dois anos, senti-me permanentemente levada a desacomodações ainda mais profundas do que aquelas que trouxe para o curso comigo, pois estas não só demandaram uma postura inquieta sobre o tema da pesquisa, como também desacomodaram meu próprio olhar e, portanto, todo um modo de ver e explicar o mundo.

Esta pesquisa é resultado do movimento de incômodos, escolhas e desafios, numa costura da Saúde Coletiva, dos Estudos de Gênero e dos Estudos Culturais, alinhando possibilidades, desconstruindo formas e (re)inventando modos de olhar, estranhar e interrogar. Enfim, desacomodar o cotidiano. Assim, acredito que tal problematização possa contribuir tanto para a reflexão sobre a feminização do HIV/aids, como também para a discussão acerca das atuais políticas de saúde das

mulheres, além de um convite, a mim e aos leitores, de permanecermos desacomodados perante a Saúde Coletiva, a vida, o mundo.

1.2 FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS

A epidemia de aids tornou-se uma realidade para brasileiras desde 1980, quando ocorreram as primeiras notificações. Entretanto, para as mulheres ela sempre foi menos visível do que para os homens. No início da década de 1990, com o crescimento do número de casos de aids na população feminina, em vários lugares do mundo e, também, no Brasil, juntamente com o aumento dos casos de transmissão materno-infantil do HIV – transmissão vertical –, a temática da feminização da epidemia surge como ponto de discussão para ativistas, pesquisadores/as, e técnicos/as do setor da saúde (BRASIL, 2009, p.14).

Este excerto aparece como parágrafo introdutório, no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, de 2009, no momento em que apresenta a feminização como um desafio para o Brasil e para o mundo, mostrando números e estatísticas referentes ao HIV/aids em mulheres e em diferentes contextos. Por meio dele, questiono: como é possível falar em ‘feminização’ de uma epidemia que tem sido uma realidade para as mulheres brasileiras desde as primeiras notificações? E como essa feminização é “visível” ao emergir como problema de saúde das mulheres?

Em primeira instância, acredito que quando falamos em feminização, estamos falando de um acontecimento epidemiológico, pois trata-se da observação do crescimento do número de notificações de aids em mulheres. São os números, especialmente na saúde, que nos dizem quantos morrem, o quanto vivem, onde moram, além de outros atributos passíveis de tabulação e de cálculos. Eles também pretendem mostrar como é possível evitar essas mortes, perdurar a vida de uma população, evitar que determinados grupos adoeçam. Essa forma de informar sobre uma doença tem nos ensinando sobre os possíveis sinônimos endereçados ao HIV/aids e suas características: peste gay, feminização, sentença de morte ou a possibilidade de ‘viver com’, entre algumas mais. Uma vez que informam através de

agrupamentos, classificam e, portanto, hierarquizam, não mais falando somente sobre uma doença, mas também sobre aqueles/as que adoecem.

Feminizar pressupõe, a grosso modo, tornar algo feminino. Sendo assim, para falar em feminização, foi preciso antes falar do HIV/aids no masculino, como pertencente aos homens e, sobretudo, aos gays. Por isso, penso que olhar a forma como a doença foi-nos apresentada, observando como ela primeiramente foi nomeada, torna-se importante para compreender não só porque o HIV/aids “feminizou-se”, mas por que não se trata apenas de mais uma doença sexualmente transmissível. Afinal, estamos falando de uma doença que construiu um discurso médico e epidemiológico próprio, além de ser potente para problematizar o ‘lugar’ das mulheres dentro desse discurso.

O HIV/aids emergiu num dado momento da história em que as doenças infecciosas pareciam já estar superadas pela medicina moderna, representando, segundo Maria Cristina da Costa Marques (2002), uma descontinuidade em determinada realidade histórica. Essa nova doença começou a chamar atenção desde os últimos anos da década de 1970, na Califórnia e Nova Iorque, acometendo principalmente homossexuais masculinos jovens. Seria uma “síndrome da ira de deus” (NASCIMENTO, 2005, p.82)? Pois assim chegou a ser chamada a doença que, no começo da década de 1980, ainda sem conceito clínico definido, ganhava denominações, quase marcas, como ‘câncer gay’, ‘peste gay’, ‘pneumonia gay’ e até mesmo ‘imunodeficiência ligada ao homossexualismo’ – *Gay Related Immune Deficiency*. Somente em 1982, a doença foi mais bem descrita pela comunidade científica e denominada de Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Eis que o termo aids⁵ entra no domínio da linguagem e da significação.

Dada a forma como foi chamada inicialmente (*peste gay*), aponto para o fato de que o HIV/aids foi marcado pelos significados que suscitou, acabando por produzir não só um sujeito doente, mas também estigmas sociais tão danosos, do ponto de vista das vulnerabilidades, quanto a própria doença biológica em si. Uma das crenças circunscritas no escopo dos sentidos atribuídos inicialmente ao HIV/aids referia-se, segundo Luís Henrique Sacchi (2006, p.46),

⁵ A decisão por não utilizar caixa alta ao me referir à doença, AIDS, preferindo ‘aids’, relaciona-se à noção de que existem diferentes epidemias de aids, ou seja, as pessoas as vivenciam de maneiras diferentes, não sendo possível, portanto, descrevê-la como síndrome homofônica, muito menos reduzida a um evento clínico e biológico, conforme Richard Parker (1997) e Jeane Félix (2012).

[...] à improbabilidade de as mulheres transmitirem o vírus HIV, já que as narrativas médicas da década de 1980 se valiam de várias noções que (hoje) chamaríamos de “senso-comum”, como a do “ânus-vulnerável” e da “uretra frágil” em oposição à “vagina-rústica” (como reservatório de esperma, e acostumada com “coisas” como pênis e bebês) que funcionava como uma barreira à entrada do vírus.

A partir dessa perspectiva, pode-se dizer que uma das características da doença, em seu surgimento, ancora-se em pressupostos que levaram a perceber o HIV/aids como uma doença da ‘sexualidade desviante’, “isso porque os/as heterossexuais, como “norma”, pareciam estar “imunes” ao HIV” (SACCHI, 2006, p.46). Essas concepções dificultaram a percepção de que o HIV não era doença ‘exclusiva’ de determinados grupos. E me parece que, mesmo após a consideração da via de transmissão heterossexual como possível fonte de infecção, a ideia da ‘peste gay’ persistiu como marca da doença. Carmem Dias Guimarães (2001) conta sua experiência no atendimento às pessoas com HIV/aids no início da epidemia no Rio de Janeiro:

Nas fichas, com frequência, quando o assunto era sexualidade, as anotações deixavam entrever uma tensão entre médicos e doentes em torno de uma definição sexual. Um comentário encontrado repetidamente à margem das fichas masculinas foi de que o paciente “recusa a homossexualidade” ou “insiste na heterossexualidade”. Outros registravam atos ou práticas “suspeitas” (“frequenta sauna”, “tem apenas amigos homens”, etc.) (GUIMARÃES, 2001, p.26).

Ao localizá-la como uma doença da conduta desviante, tornou-se difícil a compreensão acerca do que chamamos processo de heterossexualização. A ideia da ‘peste gay’ parece não ter sido abandonada facilmente, espalhando-se, fazendo ‘vítimas’ femininas através dos bissexuais. As mulheres, nesse contexto, ora eram tomadas como vítimas, quando infectadas dentro do casamento, ora culpadas, quando infectadas em outros contextos (como o da prostituição).

O primeiro relato de caso de aids em uma mulher, esposa de um hemofílico, foi publicado somente em 1984, apontando, pela primeira vez, a possibilidade de transmissão do HIV através de relações heterossexuais (MARQUES, 2002). Devido à demora em admitir-se a possibilidade de infecção também através de relações heterossexuais, houve uma expansão rápida de casos da doença no mundo inteiro,

até que fosse reconhecida como uma pandemia⁶. Além disso, os testes de medicamentos antirretrovirais e as interpretações médicas acerca da sintomatologia da doença inicialmente excluíram a mulher, construindo um discurso biomédico fortemente masculino (TREICHLER, 1998).

No Brasil, o primeiro caso de aids entre mulheres foi registrado em 1983. No Rio de Janeiro, entre 1982 e 1988, havia poucos casos de mulheres infectadas pela via sexual, sendo que suas fichas de notificação focalizavam muito mais seus parceiros, nomeados como ‘comunicantes’, do que elas próprias (GUIMARÃES, 2001). Nesse período, conforme a autora (2001, p.25), o único caso de aids registrado entre prostitutas (e as outras 44 registradas como “mulheres de vida conjugal regular”) contrastava com o outdoor que mostrava uma mulher evocando o estereótipo da prostituta, tido como *grupo de risco para a infecção*.

Segundo Richard Parker (2000, p.102), durante boa parte da primeira década de HIV/aids, “nosso pensamento se via dominado pela noção de risco individual”, na direção de que determinados comportamentos, associados a atitudes e crenças, abririam caminhos para a transmissão da doença. Sendo inicialmente ligada a homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis (UDI), em 1982, com o aparecimento dos primeiros casos da doença em crianças que foram submetidas à transfusão de sangue e hemoderivados, os hemofílicos/as foram acrescentados/as aos chamados ‘*grupos de risco*’.

Assim, no início da epidemia, acreditava-se que apenas aquelas pessoas marcadas como pertencentes a grupos de risco seriam atingidas pela doença (além dos gays, hemofílicos e UDI, também as prostitutas formaram esses grupos). Jeane Félix (2012) observa que o conceito de risco parece fundamental para o planejamento de políticas públicas voltadas ao controle de doenças, sendo amplamente utilizado pela epidemiologia para identificar probabilidades de pessoas ou grupos adoecerem. A autora ressalta, porém, que o problema do uso de *grupos de risco*, no contexto do HIV/aids, se referia ao fato de que apenas alguns grupos de pessoas eram vistos como suscetíveis à infecção, o que levou à demora em perceber o adoecimento em mulheres, crianças, idosos, pessoas em relações sexuais e afetivas estáveis.

⁶ Trata-se de uma doença que se espalha por um ou mais continentes, ou pelo mundo inteiro, causando mortes. Ou seja, não se encontra restrita a uma determinada região.

Uma vez que a noção de grupos de risco dificultava a percepção de que o HIV não era doença 'exclusiva' dos então grupos de risco, emerge o conceito de *comportamentos de risco*. Ainda que amplie o olhar em relação à abordagem anterior, tal conceito continuava baseando-se em aspectos individuais, o que acabava responsabilizando as pessoas individualmente pela doença, desconsiderando o contexto cultural e social em que elas estavam inseridas (FÉLIX, 2012).

No entanto, a própria epidemia se encarregaria de contestar essas concepções de grupos de risco/comportamento de risco, visto que a infecção se espalhou, escapando das fronteiras delimitadas por tais agrupamentos prematuros. Ademais, “tornaram-se bem aparentes as consequências – não intencionais, nem por isso menos danosas – da estigmatização e discriminação infligidas pelo uso, às vezes, inconsequente, de categorias epidemiológicas” (PARKER, 2000, p.102).

Portanto, na década de 1990, num “esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco” (MEYER *et al.*, 2006, p. 1338), emerge o conceito de *vulnerabilidade*, oriundo do campo dos direitos humanos, passando a orientar as políticas na área da saúde. No Brasil, o conceito foi adaptado por José Ricardo de C. M. Ayres e colaboradores/as e considera que a exposição ao adoecimento não é resultante apenas de aspectos individuais, mas também sociais e institucionais. Portanto, a introdução do conceito de vulnerabilidade nas intervenções voltadas à prevenção ao HIV/aids foi e tem sido decisiva na construção das políticas para o enfrentamento da doença no país, orientando as ações e estratégias para além do enfoque culpabilizador e considerando vários aspectos coletivos, como as desigualdades de gênero.

Embora seja possível afirmar, a partir de Jeffrey Weeks (2000, p.36), que “contrair o HIV é, em parte, uma questão de acaso, mesmo para aquelas pessoas que estariam envolvidas no que conhecemos por ‘atividades de alto risco’”, Parker (2000, p.103) defende que “o HIV/AIDS nunca foi uma epidemia democrática”, não sendo possível afirmar que as pessoas estão igualmente expostas a essa doença.

Sem negar, de maneira alguma, que todo o ser humano seja biologicamente suscetível à infecção por HIV, ou que a transmissão realmente ocorra mediante atos comportamentais de indivíduos específicos, esse conceito expandido de fatores sociais que colocam alguns indivíduos e grupos em situações de maior vulnerabilidade permitiu-nos começar a perceber mais plenamente como a desigualdade e injustiça, o preconceito e a

discriminação, a opressão, a exploração e violência da sociedade aceleram a disseminação da epidemia em países pelo mundo afora (PARKER, 2000, p.103)

Por isso é provável que o uso do quadro conceitual da vulnerabilidade tenha possibilitado um dos grandes avanços na política do HIV/aids, fazendo-nos perceber as consequências do estigma, da marginalização e de determinadas relações de poder no que tange às infecções.

O conceito de vulnerabilidade permitiu que os processos de adoecimento fossem pensados a partir de um conjunto de aspectos – individuais, coletivos, econômicos, sociais, culturais, políticos – que, articulados, tornam indivíduos e populações mais suscetíveis a determinadas doenças e agravos. Atualmente, trata-se de um conceito amplamente utilizado nas áreas de saúde e educação, sobretudo. No caso do HIV/aids, tal perspectiva possibilitou que as intervenções ligadas à prevenção da doença incorporassem outras dimensões, como a social, e não somente se embasassem no acesso à informação e insumos de prevenção (FÉLIX, 2012). Dessa forma, a introdução do conceito de vulnerabilidade no campo da Saúde Coletiva contribui para pensar o conhecimento daí oriundo como interdisciplinar e dinâmico.

Para José Ricardo Ayres *et al.* (2012), existem três dimensões da vulnerabilidade, relacionadas entre si: individual, social e programática. A primeira refere-se inicialmente ao indivíduo, sua forma de lidar com as adversidades, seu modo de gerir seu cotidiano, sua constituição física, seus valores e crenças, pensados geralmente a partir de uma trajetória pessoal e psicossocial. Por sua vez, a *vulnerabilidade social* diz respeito a aspectos que se referem aos contextos onde os sujeitos se inserem, como as relações econômicas, raciais, geracionais, a pobreza, a exclusão social, as relações de gênero. As formas como as políticas públicas/instituições – de saúde, educação, justiça, cultura – são organizadas também podem aumentar, reduzir ou reproduzir as vulnerabilidades dos indivíduos – e isso constitui a *vulnerabilidade programática*.

Sendo assim, a partir da compreensão de que o processo de adoecimento não se encontra restrito a fatores individuais, meramente comportamentais e/ou biológicos, o quadro conceitual da vulnerabilidade se diferencia da noção de risco. Segundo José Ricardo Ayres *et al.* (2003, p.127), aquilo que poderia ser considerado escuso para as análises de risco seria de extrema importância para os

estudos de vulnerabilidade, como “a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não constante, o não permanente”.

A partir do exposto, penso como as vulnerabilidades das mulheres em relação ao HIV/aids são (re)produzidas, ou seja, como, em nossa sociedade, uma pessoa torna-se mais vulnerável a determinados agravos, como o HIV/aids, por exemplo, pelo fato de 'ser mulher'. Alguns estudos apontaram uma maior quantidade de HIV no sêmen do que no líquido vaginal (CHIRIBOGA, 1997; COLL *et al.*, 1999 *apud* BASTOS, 2001, p.11), discutindo um maior risco biológico das mulheres à infecção pelo HIV. Porém, o que chama a atenção para o processo de feminização da aids, complexificando-o, diz respeito às “desigualdades de poder que, tradicionalmente, organizam as relações mulheres/homens em todas as dimensões do social”, afirma Dora Lúcia de Oliveira *et al.* (2004, p.1310), tornando as mulheres, portanto, socialmente vulneráveis ao HIV/aids.

Assim, a epidemia do HIV/aids, devido ao contexto em que se desenvolveu, favoreceu o acolhimento de referenciais dos direitos humanos, da cidadania, da solidariedade e da participação social como valores fundamentais desta política, além de ter suscitado uma “significativa ampliação do conhecimento das relações entre gênero, sexualidade e saúde”, afirmam Dulce Ferraz e Juny Kraiczyc (2010, p.73).

Ainda sobre dados e indicadores monitorados desde o início da epidemia, não só foi possível falar numa feminização do HIV/aids, como também em heterossexualização, pauperização, interiorização e uma juvenização da aids. Tais processos não podem ser pensados de forma dissociada, uma vez que se imbricam, nos permitindo pensar os contextos de vulnerabilidades das mulheres ao HIV/aids de modo ainda mais complexo.

Quando o HIV/aids emergiu no Brasil, os casos concentravam-se nos grandes centros urbanos do país, especialmente São Paulo e Rio de Janeiro. Aos poucos, disseminou-se geograficamente, expandindo-se para municípios menores, de pequeno porte, que tendem a ser os mais pobres e com menor renda *per capita*, num processo conhecido como *interiorização* da aids, conforme Cláudia Tartaglia Reis *et al.* (2008). Aliado a isso, há algum tempo já vem se falando sobre a *pauperização* da epidemia do HIV/aids, ou seja, de como, cada vez mais, a doença tem se disseminado entre os mais pobres. Embora seja difícil realizar essa avaliação a partir dos dados obtidos em fichas de notificação, como ocupação e escolaridade,

há alguns apontamentos feitos sobre essa questão. Ainda que cada vez acometa pessoas menos escolarizadas, conforme Reis *et al.* (2008) e Célia Szwarcwald *et al.* (2000), existem outras formas de evidenciar essa pauperização, como a discussão acerca das inter-relações de vulnerabilidade ao HIV/aids e as desigualdades sociais, o preconceito e a marginalização, coloca Francisco Bastos e Célia Szwarcwald (2000).

Outro aspecto a ser considerado, que tem conquistado espaço nos discursos oficiais recentes de enfrentamento, refere-se ao processo denominado de *juvenização* da epidemia, ou seja, uma tendência de aumento no número de casos notificados em adolescentes, especialmente entre 13 e 19 anos (BRASIL, 2014a). É possível observar duas situações que correspondem à infecção de jovens: ou se deu através da transmissão vertical, uma vez que suas mães viviam com HIV/aids quando grávidas ou durante o período da amamentação; ou através de transmissão horizontal – infectados através de relações sexuais desprotegidas ou uso de drogas injetáveis (que no Brasil é responsável por um número menor de infecções). Esse é outro desafio para a política e para os serviços de HIV/aids no país, visto que existem especificidades em viver com HIV/aids na juventude e ainda poucos estudos sobre o assunto (FÉLIX, 2012).

A partir do exposto, penso que possam existir diferentes formas de olhar para isso que chamamos feminização. À medida que desagrupamos/reagrupamos os números relacionados sobre o tema, novas formas podem surgir, levando-nos também a diferentes reflexões. Uma delas se relaciona ao fato de que a feminização se intersecciona com os outros recém citados, o que significa dizer que essas mulheres estariam presentes não só no processo de heterossexualização, como também na pauperização, por existirem mulheres pobres com HIV/aids; na interiorização, por estarem entre os casos notificados em pequenas cidades do interior do país; na juvenização, por existirem mulheres jovens, crianças e adolescentes infectadas. Mesmos os documentos que objetivam o enfrentamento da feminização não negam isso, quando, ao apresentarem os contextos de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids, além de violência, estigmatização, uso de drogas, citam também juventude, desigualdades étnico-raciais e pobreza (BRASIL, 2007a; 2009), além de pontuar que

A realização de ações para a promoção da igualdade e equidade de gênero, raça, etnia e orientação sexual contribuem para estimular a difusão de imagens não discriminatórias e não estereotipadas das mulheres. Mas, para enfrentar esse problema visando à redução das vulnerabilidades de forma equitativa, é fundamental considerar que alguns grupos de mulheres podem ser afetadas mais fortemente (BRASIL, 2009, p.28).

Desse modo, o termo ‘feminização do HIV/aids’ não se refere a um processo homogêneo e monolítico. Quando falamos em ‘mulheres’ é preciso levar em conta, além de gênero, outros aspectos compartilhados entre elas, como raça e classe social, por exemplo, que influenciam fortemente suas vulnerabilidades ao HIV/aids.

O processo de heterossexualização da doença contribuiu/vem contribuindo de modo decisivo para o aumento de casos de aids entre as mulheres. Na metade da década de 1980, para cada 23 homens infectados, havia apenas uma mulher infectada: a doença era, sobretudo, masculina. Ao longo dos anos, essa prevalência do HIV/aids entre os homens, em relação às mulheres, começou a apresentar uma queda gradual e significativa – sobretudo em meados da década de 1990 – sendo que, em 2005, a razão entre homens e mulheres infectadas chegou a 1,4 (BRASIL, 2013b).

Após vinte anos de epidemia no país, e depois de mais de uma década do aumento de casos de aids em mulheres, em 2004, o Dia Mundial de Luta contra a Aids abordou a feminização da epidemia no Brasil. Porém, desde 1997, já existiam recomendações, consideradas prioritárias no que diz respeito à assistência das mulheres que vivem com HIV/aids, sobretudo relacionadas à prevenção da transmissão vertical, como leis, notificação compulsória de HIV em gestantes (iniciada em 2000), testagem no pré-natal e parto, indicações específicas para o uso de antirretrovirais.

Em 2007, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), lançou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST⁷, com o propósito de “traduzir as soluções dos diferentes contextos de vulnerabilidades das mulheres às DST e HIV/Aids em ações concretas” (BRASIL, 2007a, p.8), tanto relacionadas ao acesso à prevenção quanto ao tratamento. Em 2009, a partir da “conjugação de esforços coletivos de debate e construção

⁷ Ao longo desta pesquisa, ao me referir ao ‘Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST’, utilizarei apenas o termo ‘Plano de Enfrentamento da Feminização’, de forma a encurtar o longo nome, sem recorrer a abreviaturas ou siglas.

participativa ao longo de 2007 e 2008” (BRASIL, 2009, p.8), foi lançada uma edição revisada do plano, sendo este tomado, nesta pesquisa, como o principal e mais recente documento governamental direcionado ao processo de feminização no país (ainda que saibamos que a ele não estejam, atualmente, sendo destinadas verbas de implementação específicas).

O 'Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST' incorpora a dimensão de gênero como foco central para a superação dos contextos de vulnerabilidades das mulheres ao HIV/aids. Ou seja, apresenta e discute as desigualdades de gênero como constituintes/constituidoras das vulnerabilidades das mulheres ao HIV/aids (BRASIL, 2007a, p.25).

Além disso, no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2008-2011), as ações de enfrentamento à feminização da epidemia de aids e outras DST foram contempladas nos eixos de saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos e no enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres.

Essas ações têm como eixo de referência a mobilização da sociedade em relação aos direitos políticos, sociais, econômicos e reprodutivos das mulheres, e sua aplicação compreende a articulação com estados, municípios e sociedade civil. A SPM e o Ministério da Saúde atuam no sentido de reduzir as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV/aids, bem como instituir e fortalecer medidas e ações de enfrentamento à violência contra as mulheres, nas suas diferentes manifestações e expressões (BRASIL, 2009, p.7)

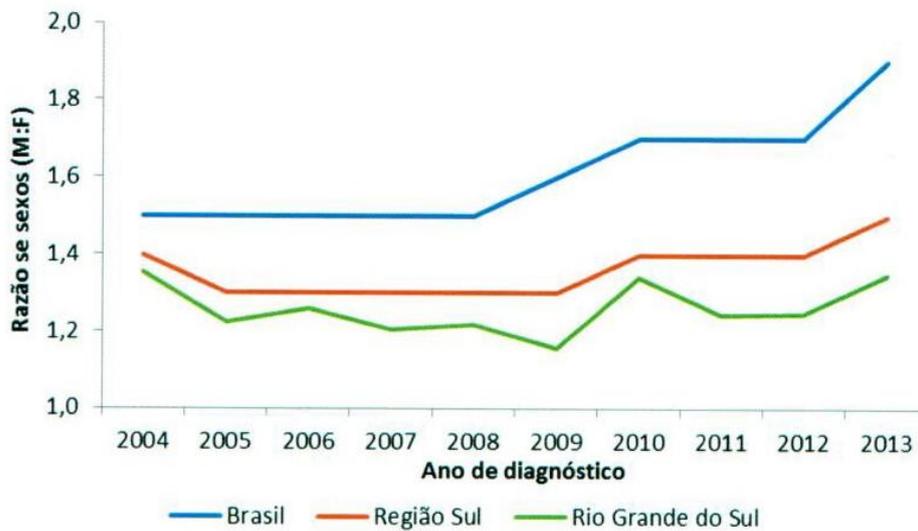
Considerando o Plano de Enfrentamento da Feminização, sua implementação se deu através da realização de oficinas regionais, que contaram com a participação de representantes de governo, de movimentos sociais, universidades, organismos internacionais e outros parceiros de todos os Estados, ocorridas entre agosto de 2007 e abril de 2008. As oficinas tinham como principal objetivo desencadear o processo de construção coletiva dos Planos Estaduais de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de HIV/Aids e outras DST, tomando como referência o plano nacional. Além disso, constituiu-se um grupo de trabalho intersetorial, tendo como objetivo o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento do HIV/aids e outras DST em mulheres, acompanhando as ações em âmbito nacional e apoiando os estados na implementação de seus planos.

Outra ação importante para o processo de implantação do plano foi a discussão permanente com movimentos representantes de diferentes segmentos de mulheres, com a finalidade de debater suas especificidades. O resultado disso foram as *Agendas Afirmativas*, que incluíam: mulheres, adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids; prostitutas; mulheres que vivenciam a transexualidade; lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com outras mulheres.

Atualmente, após sete anos desde o lançamento do Plano de Enfrentamento da Feminização, observa-se que, no Brasil, existe uma tendência de queda da aids em mulheres, nos últimos dez anos. Por outro lado, é preciso que se sublinhe a existência de diferenças importantes entre as regiões do país. Na região sul há uma participação maior das mulheres, a razão de sexo é de 15 homens para cada 10 mulheres; já nas regiões sudeste e centro-oeste a razão é de 21 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2014a).

O Rio Grande do Sul, estado particularmente afetado desde o início da epidemia no país, apresenta um processo de feminização intenso. De 1982 até a metade de 2014, tinham sido registrados 76.304 casos de aids no estado, sendo 45.419 (59,5%) em homens e 30.885 (40,5%) em mulheres (RS, 2015). Atualmente, a taxa de detecção de aids em homens tem apresentado uma tendência significativa de redução, o que também acontece entre as mulheres. Porém, a razão de sexo no estado, em 2013, foi de 13 casos em homens para cada 10 casos registrados em mulheres, apresentando uma maior proporção de casos femininos se comparado à região sul e Brasil (Gráfico 1).

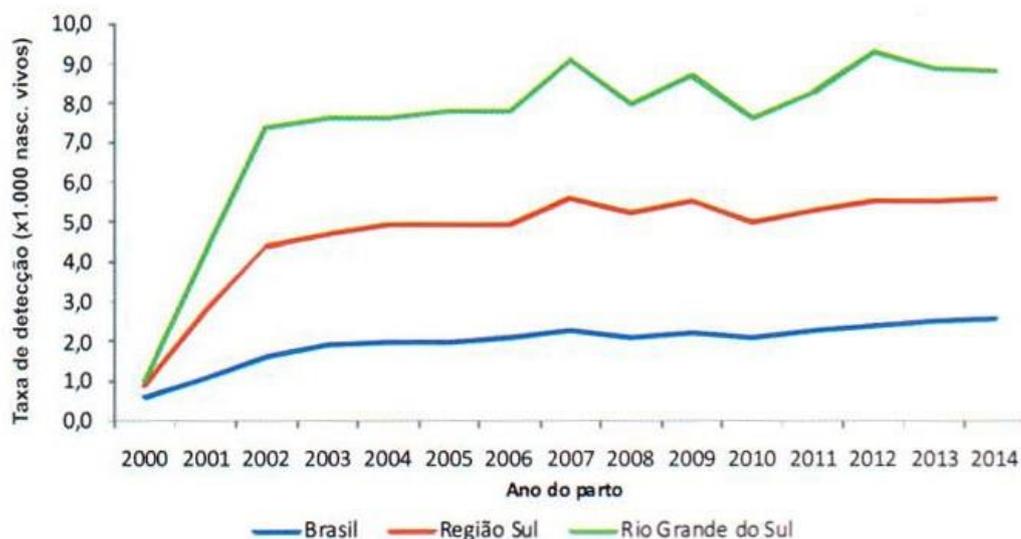
Gráfico 1 - Razão de sexo segundo local de residência por ano de diagnóstico. Brasil, Região Sul e Rio Grande do Sul, 2004-2013



Fonte: RS, 2015, p.13.

Além disso, a taxa de detecção de HIV em gestantes no Rio Grande do Sul é a maior do país (9,3 casos para cada cem mil nascidos vivos, seguido de Santa Catarina com 5,5 casos por cem mil nascidos vivos), o que nos indicaria que a infecção entre mulheres no estado, de um modo geral, é ainda mais preocupante (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Taxa de detecção de HIV em gestante (por 100 mil nascidos vivos) segundo local de residência e ano de parto. Brasil, Região Sul e Rio grande do Sul, 2000-2014



Fonte: RS, 2015, p.12.

O estado, embora tenha participado dos grupos de trabalho organizados para a construção de um Plano Estadual de Enfrentamento da Feminização, não chegou a formular um. Segundo a Seção de DST/aids do Rio Grande do Sul, o estado não tem um documento específico para o planejamento das ações e metas voltadas ao enfrentamento do agravo, apesar de que algumas dessas constam no Plano Estadual de Saúde, em diferentes momentos (saúde da mulher, doenças transmissíveis).

Entendendo que a “magnitude da epidemia de Aids no Rio Grande do Sul (RS) possui características que a diferenciam daquelas observadas nos demais estados brasileiros” (RS, 2014a, p.5), com uma taxa de detecção de aids que é o dobro da nacional e maior taxa de mortalidade por aids do país, firmou-se, em 2014, o Acordo de Cooperação Interfederativa entre União (por intermédio do Ministério da Saúde) e o Estado do Rio Grande do Sul (por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde). Trata-se de uma estratégia que visa o controle da epidemia no estado, uma vez que esta apresenta alta incidência e prevalência. Criou-se então um grupo de trabalho para conduzir as ações desse Acordo, tendo representantes do Ministério da Saúde; de Agências Internacionais, como UNESCO, UNICEF e UNAIDS; de vários departamentos da Secretaria Estadual de Saúde; da área técnica de DST/HIV/aids de Porto Alegre e de outros municípios da Região Metropolitana, Interior e Fronteira; do Conselho Estadual de Saúde; de movimentos sociais ligados ao HIV/aids (ONGs), além de representantes de universidades gaúchas.

A partir desse Acordo, em novembro de 2014, foi lançada a Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST⁸. Atualmente, trata-se do principal documento utilizado para gestão governamental do enfrentamento ao HIV/aids no Rio Grande do Sul. Ela foi construída com o objetivo de responder às necessidades epidemiológicas de maior relevância (RS, 2014a). Além do mais, cabe destacar que a Linha de Cuidado às PVHA considera e se articula às ações da Rede Cegonha⁹, conforme indica a resolução que a instituiu no estado (RS, 2014b), pois, ganha destaque, no documento, a alta taxa de detecção em gestantes e, sobretudo

⁸ Ao longo desta pesquisa, ao me referir à ‘Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST’, utilizarei apenas o termo ‘Linha de Cuidado para PVHA’, de forma a encurtar o longo nome, sem recorrer a abreviaturas e siglas.

⁹ A Rede Cegonha é uma estratégia lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde, que tem como finalidade básica estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país. Apresenta-se em quatro componentes: 1) Pré-natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e 4) Sistema Logístico (transporte sanitário e regulação).

na capital, Porto Alegre – 2% das mulheres grávidas residentes na capital estão infectadas com HIV (RS, 2014a).

Segundo o Ministério da Saúde, a ‘taxa de detecção de HIV em gestantes’ é um potente indicador da infecção entre as mulheres, possibilitando a detecção precoce de flutuações da prevalência ou das alterações do perfil epidemiológico da infecção (BRASIL, 2015b). Ainda que possamos observar a importância da discussão acerca do elevado número de infecções em mulheres (RS, 2015), a ‘feminização’ não é discutida pela Linha de Cuidado às PVHA, sendo citada uma única vez e como exemplo, ao lado de interiorização. Mas como se torna possível falar em HIV/aids em mulheres grávidas sem falar na feminização, uma vez que o Plano de Enfrentamento da Feminização toma a gestação, no contexto da epidemia, como uma especificidade das mulheres, como parte da resposta à feminização?

Essa foi uma questão que me encaminhou, dentro de um contexto mais amplo sobre a feminização do HIV/aids, para a definição de uma população alvo para este estudo, particularmente posicionada pelas políticas públicas direcionadas à epidemia: as mulheres grávidas.

Grande parte dessas mulheres descobrem a infecção pelo HIV/aids durante o pré-natal, e, em menor número, ainda existem mulheres que descobrem no momento do parto. A partir daí, uma série de recomendações são direcionadas a elas: uso de antirretrovirais durante a gestação e parto (e, atualmente, de forma contínua após esse período); possibilidade de indicação de cesariana eletiva; impossibilidade de amamentar (incluindo uso de medicação inibidora da amamentação). Além, é claro, de serem frequentemente lembradas de que a infecção ou não de seu filho, depende, em grande parte, dela mesma, de sua disposição para seguir as recomendações da equipe de saúde. Outrossim, para Neide Emy Kurokawa Silva, Augusta Thereza de Alvarenga e José Ricardo de C. M. Ayres (2006), o discurso da transmissão vertical permeia as discussões sobre a saúde reprodutiva das mulheres que vivem com HIV/aids.

Não se trata, pois, da falta de reconhecimento sobre a importância de ações que mobilizem as políticas públicas e ações dos serviços de saúde na prevenção da transmissão vertical, tanto do HIV quanto da sífilis. O que me desacomodou diz respeito ao posicionamento do sujeito mulher nessas políticas e ações. A persistente priorização da função reprodutiva da mulher nos serviços de saúde, conforme Regina Campos (1998), parece contribuir para certa invisibilidade daquilo que

transborda a esse foco. A política atual voltada à saúde da mulher, Rede Cegonha, tem sido criticada por representar um retrocesso, sobretudo se comparada ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984. O atual programa parece substituir uma política mais ampla voltada à saúde integral da mulher, enfatizando uma concepção materno-infantil de saúde da mulher, e baseando seus princípios orientadores de política de saúde na especificidade biológica das mulheres e de sua função ligada à maternidade.

Sendo assim, e aliando-me à afirmação contida no Plano de Enfrentamento à Feminização – e também a outros estudos baseados em Oliveira *et al.* (2004) e Wilza Villela e Simone Monteiro (2015), ao dizer que as desigualdades de gênero são apontadas como “fatores estruturantes da vulnerabilidade das mulheres à epidemia de aids e outras DST” (BRASIL, 2009, p.24), objetivei problematizar a feminização do HIV/aids no Rio Grande do Sul a partir do enfrentamento da doença em mulheres grávidas, na perspectiva de Gênero. Dessa maneira, tomei as seguintes questões como orientadoras deste estudo:

- a) Como a feminização da infecção pelo HIV/AIDS tem sido definida e explicada e como essa questão de saúde tem sido pautada nos programas atuais de enfrentamento no Rio Grande do Sul?
- b) Como o gênero atravessa e dimensiona as concepções e ações aí delineadas?
- c) A partir dessas concepções e ações, como o sujeito mulher grávida tem sido posicionado no contexto da infecção do HIV/aids na atualidade?

Embora existam muitas formas de conduzir esta pesquisa de modo a respondê-las, indico, a seguir, sob que perspectivas olhei para elas, pontuando conceitos que julguei importantes para essa problematização e que me orientaram e/ou me inspiraram nesse processo.

2 SOBRE UM JEITO DE OLHAR

Neste capítulo, proponho-me a discutir as lentes que me fizeram olhar para meu objeto de análise, e, posicionadas de determinadas formas, me permitiram a visão de um determinado ‘cenário’. São alguns pressupostos a serem delimitados, concepções que me orientaram em todas as etapas de construção deste trabalho.

Primeiramente, é importante pontuar que aliar-se à pesquisa qualitativa demanda a subordinação do método a uma perspectiva teórica evidente. Como afirma Dagmar Estermann Meyer (2014, p.50), “teoria e método são indissociáveis”. E se uma pesquisa é feita a partir de encontros, devo dizer então que a perspectiva teórica de escolha representou, para mim, não só um modo de pensar aquilo que me propus problematizar aqui, mas também um novo jeito de olhar para o meu fazer cotidiano e para o mundo. Digo ‘novo’, pois, como profissional da saúde, já transitava pelo campo da Saúde Coletiva, assim como a mim já tinham sido apresentados, muito brevemente, os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais antes do mestrado; o pós-estruturalismo entrou recentemente em meus estudos, permeando o meu olhar crítico.

Por isso situo esta pesquisa na interface dos Estudos de Gênero, dos Estudos Culturais e da Saúde Coletiva, apoiando-me na perspectiva teórica pós-estruturalista. Tal inserção “inscreve marcas visíveis em todas as etapas constitutivas desse ato que nomeamos de ‘fazer pesquisa’” (MEYER, 2014, p.52). Isso demanda reforçar que as escolhas e o modo de fazer (e pensar) a pesquisa se conectam com tal inscrição e, portanto, assumem seus pressupostos: a linguagem e seu espaço na produção das relações que a cultura estabelece entre corpo, sujeito, conhecimento e poder; a ampliação do conceito de educação; a problematização das políticas como artefato cultural; e a noção de gênero como “organizador do social e da cultura (o que inclui políticas e programas sociais) e, assim, engloba todos os processos pelos quais a cultura constrói e distingue corpos e sujeitos femininos e masculinos” (MEYER, 2014, p.53).

2.1 DIÁLOGOS POSSÍVEIS COM A SAÚDE COLETIVA

O pós-estruturalismo não se reduz a um conjunto de pressupostos compartilhados, a um método ou a uma teoria. Seguindo Michel Peters (2000), é

melhor reconhecê-lo como um movimento de pensamento, assim como uma forma de escrita, que permite pensar o mundo e o sujeito como dependentes dos sistemas linguísticos e, portanto, como sendo construídos discursivamente.

Além disso, a constatação de que se trata de um movimento, decididamente, interdisciplinar, permitiu ancorar a intersecção/diálogo entre outras diferentes teorias, como proposto nesse trabalho, trazendo-o para o interior de uma discussão da Saúde Coletiva. Esta, longe de apresentar um arcabouço teórico consensual, pode ser entendida como um campo que tenta superar uma determinada visão sobre o processo saúde-doença, tomando-o também como social e não meramente biológico. Assim, conforme argumenta Luis Eugênio Souza (2014), ela busca contribuições nas Ciências Sociais tanto quanto na Epidemiologia Crítica, Planejamento e Gestão.

Embora a Saúde Coletiva também possa ser entendida como uma área de conhecimento, concordo com Maria Lúcia Bosi (2012, p.576), ao defendê-la enquanto campo, visto que esse conceito “devolve ao espaço científico sua dimensão política”, o que acredito ser uma visão fundamental para a proposta/aposta de entrelace de campos realizada por esta pesquisa. Ademais a autora salienta que a Epidemiologia segue se configurando como núcleo hegemônico da Saúde Coletiva, o que penso se desdobrar em muitos desafios para a pesquisa de abordagem qualitativa nesse campo, ainda que esta venha sendo cada vez mais difundida nas últimas décadas.

Considero que a contínua incorporação de teorizações advindas das Ciências Sociais e Humanas nas discussões da Saúde Coletiva seja importante para sua consolidação como campo científico. Ademais, vai ao encontro de sua proposta de “superação das intervenções sob a forma de programas temáticos, voltados a problemas ou grupos populacionais específicos e baseados em uma epidemiologia meramente descritiva e em uma abordagem normativa de planejamento e administração” (SOUZA, 2014, p.11).

Por esse caminho, acredito também na potência da incorporação do conceito de gênero na Saúde Coletiva. Sobre isso, concordo com Daniela Knauth (2009, p.1009) ao defender que tal incorporação implica numa (re)politização da área,

[...] um comprometimento desta não apenas com os parâmetros acadêmicos, mas também com o referencial dos direitos humanos, cuja promoção hoje encontra-se relacionada a políticas afirmativas, que buscam compensar desigualdades sociais e historicamente construídas, como são as desigualdades de gênero e raça.

Na mesma direção, Lilia B. Schraiber (2012, p.2638) diz que “tornar visível a desigualdade de gênero é a politização da intervenção técnico-científica que está na base da ação profissional”.

Além disso, a evocação do gênero nos estudos da Saúde Coletiva parece crescente. Ao analisar as publicações científicas que mencionaram gênero e saúde no período de 1991 a 2008, utilizando a base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), Wilza Villela (2009) observam que o conceito de gênero tem aparecido como temática crescente nos artigos – de 2 artigos publicados em 1991 a 74 publicados no ano de 2007 (ao todo foram selecionados 307 artigos). Para as autoras, isso é reflexo do “vigor da produção acadêmica da saúde coletiva brasileira e sua capacidade de absorção de novas ideias” (VILLELA, 2009, p.999).

Porém, longe de apontar uma saturação do tema, as autoras observam que a maioria dos artigos analisados se refere a abordagens quantitativas e que apresenta gênero como sinônimo de sexo. Nesse estudo, as autoras ainda buscaram indicar “possibilidades de um diálogo que considere gênero como uma dimensão essencial ao entendimento do processo saúde-doença de homens e mulheres” (VILLELA, 2009, p.1004), sendo essa uma das apostas que faço nesta pesquisa ao me aliar aos Estudos de Gênero.

Em outro estudo, Maria de Fátima Araújo, Lilia Schraiber e Diane (2011) observaram a produção científica brasileira baseada em gênero na Saúde Coletiva entre 1990-2008. Os resultados encontrados coadunam com o estudo anterior feito por Villela (2009), ao apresentarem a crescente introdução da categoria gênero nesse campo. Porém, ao analisarem a “coerência epistemológica entre a intenção e o uso efetivo de gênero ao longo do estudo e quanto à consistência metodológica de aplicação do conceito”, observaram que, apesar da grande relevância do gênero para os estudos da Saúde Coletiva, “ainda é trabalhado de modo pouco preciso metodologicamente e inferior a seu potencial analítico” (ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2011, p.1). Ou seja, para as autoras, ainda há uma dificuldade tanto de compreensão do conceito de gênero, quanto de utilização como ferramenta analítica, sobretudo quando os estudos se referem a agravos em saúde.

Concordando com as autoras citadas acima, defendo que a incorporação da categoria gênero nos estudos da Saúde Coletiva, a partir de uma perspectiva pós-estruturalista, seja potente não só para compreender como as coisas tornam-se o que são, ou como as desigualdades entre homens e mulheres se constroem e incidem em diferentes contextos, mas também para ampliar o próprio conceito de saúde, que me parece ainda muito conectado aos saberes biológicos.

2.2 ESTUDOS DE GÊNERO

Ainda que o conceito de gênero tenha surgido a partir do movimento feminista e de mulheres, não se trata de um conceito de compreensão universal, ou mesmo que possa ser localizado a partir de uma única vertente teórica. Ao contrário, este pode ser descrito como um conceito polifônico. Gênero, por vezes, é entendido/utilizado para se referir a homem/mulher, como sinônimo de sexo, mas também acaba sendo entendido como sinônimo de mulheres (como observado em alguns estudos ou através da análise de algumas políticas públicas).

Antes de tudo, acredito que seja relevante contextualizar o momento em que o conceito de gênero emerge em nossa sociedade. No Brasil, o movimento feminista apresenta dois momentos distintos. O mais relevante se inicia na década de 1970, sendo marcado pela oposição ao regime ditatorial de 1964. Nessa circunstância, já havia se iniciado um processo de modernização no país, propiciando mudanças na situação das mulheres, como por exemplo, o advento da pílula anticoncepcional e os questionamentos endereçados ao modelo patriarcal, desde os anos 1960. As mulheres se inserem na resistência à ditadura, participando da luta armada e negando, portanto, o “lugar tradicionalmente atribuído à mulher ao assumirem um comportamento sexual que punha em questão a virgindade e a instituição do casamento, 'comportando-se como homens'”, de acordo com Cynthia A. Sarti (2004, p.37), embora não possuíssem ainda uma proposta claramente feminista.

Foi nessa época que algumas estudiosas feministas levaram para a academia temáticas até então estranhas nesse meio, como a família e o trabalho doméstico. Nesse contexto, as teóricas feministas questionaram e abalaram, desde o início e de muitas formas, pressupostos básicos do paradigma de Ciência hegemônico, tais como: a universalidade, a racionalidade, a neutralidade, a objetividade, a prerrogativa de definir 'a' verdade, a ascendência sobre qualquer outra forma de

saber que não compartilhasse de tais requisitos, a suposição de uma essência humana, masculina e branca, centrada na razão, dentre muitos outros (MEYER, 2004).

Algumas delas perceberam a importância de demonstrar que as desigualdades entre homens e mulheres não estavam ligadas às suas constituições biológicas, mas sim a uma construção cultural do feminino e do masculino. “Um grupo de estudiosas anglo-saxãs começaria a utilizar, então, o termo gender, traduzido para o português como ‘gênero’, a partir do início da década de setenta do século passado” (MEYER, 2004, p.14).

Gênero não é sinônimo de mulher, por isso não só estudos e/ou políticas públicas voltadas para as mulheres devem incorporar a dimensão de gênero (FERRAZ, KRAICZYC, 2010). Ainda que alguns estudos de gênero priorizem as análises sobre as mulheres, estão falando, ao mesmo tempo, de homens, devido ao aspecto relacional implicado no conceito, coloca Guacira Louro (1997). Outrossim, um ponto importante a ser considerado sobre esse aspecto se refere à necessidade de desconstruir o “caráter permanente da oposição binária masculino-feminino”, problematizando “tanto a oposição entre eles, quanto a unidade interna de cada um” (LOURO, 1997, p.32), o que implicaria em dizer que não existe a mulher, mas as mulheres e os homens, diferentes entre si.

A concepção de gênero a qual me alio, nesta pesquisa, articula-se com alguns conceitos pós-estruturalistas, sobretudo os formulados por Michel Foucault e Jacques Derrida, assumindo um conceito ampliado de linguagem, compreendido como “lôcus central de produção dos nexos que a cultura estabelece entre corpo, sujeito, conhecimento e poder” (MEYER, 2004, p.15).

Uma das principais contribuições de Jaques Derrida para pensarmos gênero se dá através da proposta de desconstrução das dicotomias nas quais o pensamento moderno se sustenta (feminino/masculino, teoria/prática, presença/ausência), o que desafia a estabilidade de categorias, como ‘natureza’ e ‘essência’, que, de certa forma, fundamentam esse modo de pensar.

A desconstrução nos indica que a oposição presente nos binarismos é construída e, portanto, não é fixa. As relações entre homens e mulheres transbordariam compreensões generalizadas que se apoiam em uma suposta ‘naturalidade’. Aquilo que pode ser entendido como o que é ser mulher/homem ou feminino/masculino é algo que é ‘aprendido’ social e culturalmente e que, por sua

vez, se traduz e organiza com relação desigual. Esse processo através do qual nos constituímos como homens e mulheres não é linear e definitivo, pois se dá ao longo de nossas vidas, através de diversas instituições e práticas sociais, e por isso nunca se encontra finalizado ou completo.

Sendo assim, o gênero não se encontra restrito a papéis que homens e mulheres desempenham na sociedade, mas atravessa e organiza o próprio social (instituições, políticas, doutrinas). Aqui vale dizer, já apontando a contribuição de Michel Foucault para a reflexão sobre o conceito de gênero nessa perspectiva, que qualquer relação social é uma relação de poder e, portanto, não é vivida somente entre homens e mulheres, mas também entre as mulheres e entre os homens.

Gênero, neste trabalho, é ainda pensado, segundo Scott (1995, p.76), como “um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente a sexualidade”. Para a autora “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”. Isso significa afirmar que a distinção masculino/feminino não poderia ser explicada com base na biologia, ficando nela “as raízes das diferenças entre mulheres e homens”, afirma Linda Nicholson (2000. p.7). Por outro lado, não se trata de pensar o gênero com foco nem na biologia, nem na cultura, mas na intersecção entre esses elementos.

Sendo o gênero fundamentado na noção de construção cultural, é possível pensar que diferentes discursos, símbolos, representações e práticas fazem com que “os sujeitos vão se constituindo como femininos e masculinos, arranjando e desarranjando seus lugares sociais, suas disposições, suas formas de ser e de estar no mundo” (LOURO, 1997, p.28).

Portanto, ao assumir gênero nesta perspectiva e tomá-lo como uma ferramenta analítica, é necessário atentar para alguns pressupostos, tais como: reconhecer que as desigualdades entre homens e mulheres não estão dadas biologicamente, sendo construídas social, cultural e discursivamente; pensar que gênero apresenta um caráter relacional, e, portanto, operar com o conceito, a partir desta perspectiva teórica, supõe levar em consideração as relações de poder existentes na sociedade; procurar opor-se à homogeneidade, essencialização e universalidade presentes no interior de categorias como mulher e homem (MEYER, 2004).

Isso significa que, ao analisar as políticas voltadas ao enfrentamento do HIV/aids, com atenção para o processo de feminização, não pretendi fazer um uso do conceito de gênero meramente descritivo, por tratar-se de um estudo relativo a mulheres. Tomo gênero como “um operador de análises de políticas públicas – de saúde em particular e dos modos de cuidados aí forjados – as quais tendem a ser tecidas também de modo generificado”, segundo Michele Vasconcelos (2013, p.37).

A utilização da perspectiva de gênero na análise de políticas e programas de saúde tenta “chamar a atenção para a construção social e histórica do feminino e do masculino e para as relações sociais entre os sexos, marcadas em nossa sociedade por uma forte assimetria”, argumenta Marta Farah (2004, p.48). Assim, acredito que tal incorporação contribui para a discussão em Saúde Coletiva, visto que o conceito do gênero está relacionado à produção de desigualdades em saúde.

No interior dessa discussão, capaz de deslocar o foco de análise do corpo em si, enquanto uma evidência biológica, para os discursos que o (re)produzem, e que, de certa forma, se propõem a desconstruir o binômio cultura/natureza, é que o conceito de cultura demanda ser (re)pensado, sendo esse um ponto de intersecção importante entre os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais, expostos a seguir.

2.3 ESTUDOS CULTURAIS

Algumas características acerca do conceito de gênero, especialmente como ferramenta analítica, trabalhado por esta pesquisa, se dá a partir de sua confluência com os Estudos Culturais. Tal aliança permite-nos pressupor que todo conhecimento é cultural, pois analisa, como campo teórico, diversas instâncias, instituições e processos como constituintes de um sistema de significação. Isso nos possibilita trabalhar também com uma noção de educação ampliada, “considerando-a como conjunto de processos pelos quais indivíduos são transformados ou se transformam em sujeitos de uma cultura” (MEYER, 2004, p.52).

Além disso, eu diria que a articulação entre os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais permite um deslocamento de foco em nossas análises no campo da saúde (e também em outros): do esforço para a identificação sobre o que as coisas são de fato, para como elas se tornam isso que são, permitindo, por exemplo, problematizar os discursos que estariam envolvidos nesses processos de ‘tornar-se’.

Os Estudos Culturais, desde seu surgimento em meados do século XX, representaram uma mudança significativa na teoria cultural, disseminando-se e ancorando-se em diversos campos, além de apropriar-se de teorias e metodologias da antropologia, da linguística, da filosofia, da psicologia, entre outros. Sob essa perspectiva, cultura “deixa, gradativamente, de ser domínio exclusivo da erudição, da tradição literária e artística, de padrões estéticos elitizados e passa a contemplar, também, o gosto das multidões”, portanto, o conceito “incorpora novas e diferentes possibilidades de sentido” (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003, p.36).

Dessa forma, cultura passa a ser compreendida como um campo de produção de significados, coloca Stuart Hall (1997a), estando “implicada nas formas pelas quais diferentes grupos produzem e manifestam suas crenças, atitudes e costumes por meio dos sistemas de significação, das estruturas de poder e das instituições”, diz Carin Klein (2003, p.17). Tal expansão do entendimento acerca do que é cultura, mais amplo e abrangente, permite que falemos em uma “cultura” das corporações, do trabalho, das masculinidades, da maternidade, da família, entre muitas mais, tornando possível pensar que “cada instituição ou atividade social gera e requer seu próprio universo distinto de significados e práticas — sua própria cultura” (HALL, 1997b, p.12).

Essa ‘nova’ abordagem da cultura, enquanto condição constitutiva da vida social, acabou provocando uma mudança de paradigma nas ciências sociais e humanas, conhecida como “virada cultural”. Nesse contexto, a noção de linguagem como produtora de significados também aqui será central. Trata-se de considerar que aquilo que tomamos como natural é, na verdade, uma cadeia de fenômenos discursivos – o que não quer dizer que os objetos não existam ‘fora’ da linguagem, mas sim que “o significado surge, não das coisas em si — a “realidade” — mas a partir dos jogos da linguagem e dos sistemas de classificação nos quais as coisas são inseridas” (HALL, 1997b, p.10).

Outro conceito importante de ser trazido para esta discussão refere-se à noção de artefato cultural. Catharina da Cunha Silveira (2014, p.16) o compreende como “instâncias sociais que veiculam linguagem e que, portanto, divulgam e instituem significados”. Tais artefatos são capazes de produzir modos de ser e de viver nos mais variados contextos: como ser homem, mulher, como ser saudável, profissional da saúde, mãe, mulher que vive com HIV/aids. É desse modo que as políticas públicas de saúde ligadas ao enfrentamento do HIV/aids em mulheres,

incluindo seus documentos, são tomadas como artefatos culturais, uma vez que instituem modos de ser mulher e de estar grávida, no contexto do HIV/aids.

Operar com o conceito de gênero em articulação com conceitos dos Estudos Culturais permite olhar para as políticas públicas de saúde como artefatos discursivos que participam, na produção ou reprodução, dos processos constitutivos do feminino e do masculino em nossa sociedade, assim como do corpo e também da própria saúde.

Portanto, eu diria que a articulação com os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais se justifica, uma vez que a Saúde Coletiva tem investido em discussões que politizem o campo da saúde, rearticulando ao social seus referenciais particulares. Afinal, a análise acerca “da produção cultural de uma sociedade – para entender os padrões de comportamento e a constelação de ideias compartilhadas por homens e mulheres que nela vivem” (COSTA, SILVEIRA; SOMMER, 2003, p.38) se torna potente para pensar os determinantes da saúde – incluindo as concepções de saúde com a qual temos operado nas políticas públicas, na organização dos sistemas de saúde ou do próprio trabalho em saúde.

Problematizar a partir de e com estes conceitos me possibilitou compreendê-los (gênero e as demais concepções que a ele se articulam) não somente como ferramentas analíticas, mas, ao mesmo tempo, como uma “ferramenta política” (LOURO, 1997, p.21).

2.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COMO FERRAMENTA ANALÍTICA

Foi a partir da discussão sobre epidemiologia que, num primeiro momento, me propus a discutir conceitualmente o termo vigilância epidemiológica, lançando-me à tentativa de ressignificar aquilo que já está posto sobre o termo, trazendo-o para o interior da perspectiva teórica que venho trabalhando. Esse conceito me ajudou a problematizar o enfrentamento do HIV/aids em mulheres grávidas, visto que se trata de uma área que participou/participa intensamente da constituição/definição de uma história dessa e de outras doenças no Brasil.

Retomo, mais uma vez, a já assumida noção de linguagem, pela qual o real e seus sujeitos são tomados como “efeito das linguagens, dos discursos, dos textos, das representações, das enunciações, dos modos de subjetivação, dos modos de endereçamento, das relações de saber-poder” (PARAÍSO, 2014, p.31). Lembrando

que é com e na linguagem “que se constitui o que é dizível e, portanto, pensável e compartilhável, em cada época, em cada lugar e em cada cultura” (MEYER, 2014, p.54).

Assim, aponto para a necessidade de multiplicar os sentidos, de compreender que discursos permitem que determinadas coisas sejam ditas, em determinados contextos, e destaco a relevância do questionamento acerca dos conhecimentos e saberes com os quais lidamos, como o da vigilância epidemiológica.

Etimologicamente, ‘epidemiologia’ se refere ao ‘estudo sobre a população’ (epi=sobre, demio=povo, logia=estudo). Atualmente, existem diversos conceitos de epidemiologia presentes na literatura da saúde coletiva, mas boa parte deles converge para descrevê-la como uma ciência que estuda o ‘processo saúde-doença’ nas coletividades humanas. Sobretudo ao tratar das doenças infecciosas, a epidemiologia se inscreve no interior de outros discursos que incidem com frequência sobre as políticas públicas de saúde, como o da medicina, por exemplo, que ainda se constitui, nesse campo, como “o mais prestigiado” entre aqueles “que constituem o lugar do contaminado/a, do/a doente”, representando “o que a ciência diz”, segundo Luís Henrique Sacchi (2002, p.33).

Essa disciplina se constituiu a partir de um determinado interesse científico na “busca do conhecimento das relações entre os fenômenos de saúde e doença e os modos como os grupos e indivíduos humanos organizavam socialmente seus modos de viver”, conforme José Ricardo Ayres (2002, p.28). Inicialmente, localizou seu conceito na higiene social do fim do século XVIII, onde ainda predominavam as teorias miasmáticas, para em seguida se aliar aos conceitos e métodos das ciências no plano dos eventos fisiopatológicos. Esse processo teve enorme influência na configuração da epidemiologia como um poderoso discurso do campo da saúde.

Ainda que possa ser vista por alguns como “limitada para dar conta da dinâmica das relações sociais e do comportamento individual, fenômenos imbricados e mutuamente condicionados”, diz Luis David Castiel, Maria Cristina Guilam e Marcos Ferreira (2010, p.41), a epidemiologia está amplamente presente e segue sendo considerada de grande importância, no planejamento e avaliação das políticas públicas de saúde.

A partir da epidemiologia, emerge a vigilância epidemiológica, que é oficialmente definida na Lei nº 8080/90, que regulamenta o SUS, como um

[...] conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (BRASIL, 1990, p.9)

Este conceito, que orienta o trabalho desenvolvido no campo da saúde, atualmente, apresenta-se de forma mais ampliada do que o observado em décadas passadas, embora continue sob forte influência das perspectivas orientadoras anteriores. Além disso, também toma a doença como objeto/referente principal, o que dificulta uma abordagem sobre os fatores determinantes da saúde, coloca Rita Barata (1993). Retomando a etimologia da palavra epidemiologia, parece que esses números produzidos em seu interior seriam capazes de dizer mais sobre uma história das doenças/agravos, do que de uma história das pessoas, das populações, como sua origem no grego clássico aponta.

No início do século XX, as intervenções orientadas por uma noção de vigilância, apoiadas pelas descobertas da bacteriologia, davam-se basicamente sob o modelo de campanhas sanitárias, visando ao controle de doenças que incidiam sobre a capacidade produtiva da população (BRASIL, 2015b). Tal modelo operacional apresentava grande inspiração bélica, que é possível de ser observada através das nomenclaturas relacionadas à atividade. Dentre elas, destacaria algumas palavras que até hoje são facilmente encontradas, incluindo a própria nomeação dessas ações como 'vigilância', ou o que se refere ao 'combate' de doenças.

Trata-se de uma 'guerra', onde é preciso ser vigilante. Combater e também enfrentar as doenças seria, nesse contexto, como libertar a população das garras de um inimigo. Aliás, o corpo também é entendido/explicado enquanto um campo de batalhas, onde é possível identificar essa cadeia de significação bélica: tem um sistema de 'defesa' (imunológico), capaz de proteger o organismo contra o 'ataque' de 'invasores' (patógenos), em um 'combate' às doenças, que, eventualmente, e cada vez mais, necessita de intervenções (medicalizantes, sobretudo) para vencer a guerra.

Esse 'campo de batalhas' em que o organismo é transformado, poderia ser redimensionado para o coletivo, entendendo-o também como um organismo que luta contra as doenças (ou pessoas doentes?). Assim, a vigilância poderia atuar tanto na direção do zelo quanto na de controle.

Só poderia haver medicina das epidemias se acompanhada de uma polícia [...] seria necessário que depois de um estudo detalhado de todo o território, se estabelecesse, para cada província, um regulamento de saúde para ser lido 'na missa ou no sermão, todos os domingos e dias santos', e que diria respeito ao modo de se alimentar, de se vestir, de evitar as doenças, de prevenir ou curar as que reinam: 'Estes preceitos seriam como as preces que mesmo os mais ignorantes e as crianças conseguem recitar' (FOUCAULT, 1987, p.27-28).

Ainda que a ideia de vigilância sobre as epidemias seja antiga, o termo 'vigilância epidemiológica' só passou a ser utilizado de fato na década de 1950, apresentando como característica central uma "vigilância de pessoas", pois tinha como base medidas de isolamento e quarentena. Com o passar dos anos, a vigilância epidemiológica foi se solidificando no interior das políticas de saúde e, com as mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira nos últimos anos, quando se observa a redução na taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescimento do número de mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas, amplia seu escopo, não só ao incorporar agravos como as violências, mas também ao trabalhar com a noção de risco para doenças crônicas não transmissíveis.

Cátia de Oliveira e Marli Cruz (2015, p.259) compreendem a importância das atividades tradicionalmente ligadas à vigilância epidemiológica, voltadas à notificação, investigação de casos, transmissão de dados, mas defendem que elas precisam "ganhar nova amplitude, ultrapassando as limitações no que concerne à perpetuação de um sistema direcionado a um grupo de doenças específicas", para que se possa levar em consideração a complexidade das doenças e seus determinantes em cada território, contribuindo para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Naomar de Almeida Filho (2000) avalia que o conceito de 'saúde', ao afastar-se da noção de ausência de doenças, ao complexificar-se, constitui um ponto-cego para a ciência epidemiológica, postulando que não há base lógica para uma definição negativa da saúde, seja no nível individual, seja no coletivo, visto que essa ciência parece continuar tomando as doenças como objeto central, o que acaba criando obstáculos para se pensar numa 'epidemiologia da saúde'.

Penso que nem mesmo a coletivização da doença através do conceito de morbidade consegue indiciar "essa coisa chamada saúde". Não é por acaso que os textos epidemiológicos sobre a saúde mostram-se sinuosos e inconvincentes; os seus formuladores patinam sobre metáforas, inventam maneiras indiretas de falar sobre saúde, porém o seu objeto continua sendo a enfermidade e a morte. (ALMEIDA FILHO, 2000, p.7).

Se atentarmos para as edições dos últimos anos do Guia de Vigilância Epidemiológica, que orienta essas ações em território nacional, veremos que tem se estruturado basicamente a partir de uma extensa lista de doenças ou agravos de notificação compulsória, sendo apenas recentemente incorporadas à lista as violências (como a doméstica, sexual e tentativa de suicídio).

Atualmente, os dados e informações reunidos/produzidos pelos sistemas de informação geram indicadores quantitativos, ou seja, basicamente a vigilância trabalha, "com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos" (BRASIL, 2005, p.21), a partir de números. A tentativa aqui, porém, é de problematizar esse conceito, desnaturalizando-o, em grande parte, na direção de mapear redes e relações de poder "que constituem, classificam e posicionam sujeitos e objetos de conhecimento, delimitando e descrevendo discursos em que tais posições de sujeito e objetos se constituem" (MEYER, 2014, p.60).

Sendo assim, ao refletir sobre o conceito de vigilância epidemiológica, compreendo-o como um discurso que, através de seus agrupamentos numéricos, viabiliza uma determinada forma de olhar para as doenças e participa da produção de sujeitos doentes ou em risco de. Por exemplo: se, por um lado, foi através da observação desses números que o processo de feminização do HIV/aids foi reconhecido como um problema, por outro, um dos indicadores ainda hoje mais utilizados para classificar as mulheres como prioridade toma os homens como referência, que é a razão de sexo (quantos homens notificados para cada mulher notificada, ou razão M:F). O que poderia ser problematizado, ampliando a noção de vigilância epidemiológica, é como esse dado contribui para delimitar o espaço e a posição que as mulheres ocupam no contexto dessa doença.

Portanto, se partirmos do pressuposto que "a extensão com que estamos aptos a lutar contra a aids depende grandemente do quanto lutamos (ou lidamos) com uma epidemia das significações acerca da aids" (SACCHI, 2002, p.28), parece necessário atentar para como os discursos de uma vigilância epidemiológica e seus

números são capazes de constituir, classificar e posicionar sujeitos de uma cultura, e como isso poderia incidir na saúde da população. Ou, ainda, como esses dados e indicadores têm ajudado a posicionar o sujeito mulher grávida nos discursos do enfrentamento à infecção pelo HIV/aids. Torna-se possível, então, o questionamento acerca de como os números ajudaram/ajudam a produzir discursos e (re)significar não só as doenças, mas também a saúde, já que seriam resultado de um conjunto de saberes e práticas.

Além disso, a noção de políticas públicas de saúde enquanto respostas do Estado a determinados problemas na sociedade (FERRAZ; KRAICZIK, 2010) possibilita a inscrição da vigilância epidemiológica como área que teria a legitimidade 'científica' de identificar/controlar esses problemas na área da saúde, constituindo sujeitos e propondo modos de ser e de viver considerados 'saudáveis'.

Desse modo, Dagmar Meyer (2005, p.83), refletindo sobre “as redes de poder-saber que atravessam e constituem determinados tipos de conhecimento que sustentam e conformam políticas e programas públicos, ênfases educativas, instrumentos de diagnóstico e modos de assistir e monitorar mulheres-mães”, levou-me a pensar, por outro lado, como a vigilância epidemiológica, ao se articular com outros diferentes discursos, tem contribuído para “reinscrever o corpo materno [sobretudo o que vive com HIV/aids] em um poderoso regime de vigilância e regulação” (MEYER, 2005, p.83).

3 SOBRE UM JEITO DE FAZER

Como profissional da saúde que trabalha com doenças infecciosas, sinto-me permeada pelos discursos positivistas que rodeiam o binômio saúde/doença. Segundo Denise Gastaldo (2014, p.9), é comum profissionais e usuários dos sistemas de saúde considerarem principalmente dados estatísticos como produção de conhecimento científico, sendo possível a identificação de duas características: aquilo que a autora chama de “mítica possibilidade de generalização de resultados” e certa crença na neutralidade de quem pesquisa, como alguém separado do seu próprio estudo. Além disso, ao se falar sobre pesquisa qualitativa, na área,

É comum encontrar manuais de pesquisa sobre “como fazer” estudos qualitativos nos quais autores/as, inclusive alguns pesquisadores/as teoricamente sofisticados/as, ao explicarem técnicas de geração de material empírico, desfazem uma condição *sine quo non* para o rigor de qualquer estudo qualitativo: a subordinação do método a uma perspectiva teórica explícita (GASTALDO, 2014, p.11).

Sendo assim, embora presente ‘jeitos de olhar’ e ‘jeitos de fazer’, referindo-me ao referencial teórico e metodológico, respectivamente, em capítulos separados, eles precisaram estar em permanente articulação durante todo o processo da pesquisa. Até porque os conceitos significativamente considerados no estudo configuraram-se, conforme dito, como ferramentas analíticas, ou seja, concepções que me fizeram olhar, atuar no material empírico (desde a sua escolha) e empreender uma análise. Eis o grande desafio teórico-metodológico ao qual me lancei, pois ver-se implicada na pesquisa não se constituiu como algo acalentador, pelo contrário, perturba, uma vez que nos vemos também imersos dentro das formações discursivas que interrogamos. Assim, não acredito que seja possível pesquisar ‘fora de si’, tomando o mundo e o outro como meros objetos de estudo que nada têm a ver com quem pesquisa. Compreender que minha pesquisa é implicada, levou-me a admitir que “o saber não é feito para consolar”, sendo algo que “decepciona, inquieta, secciona, fere” (FOUCAULT, 2000, p.255).

3.1 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE

Num primeiro momento, iniciei uma busca por diferentes materiais, em diferentes instâncias, que me fornecessem elementos necessários à discussão que propunha. Parti, pois, do local onde trabalho, perseguindo cartazes, novos e antigos, pôsteres, publicações que guardamos em uma pequena biblioteca, registrando impressões sobre conversas com colegas, sobre casos discutidos em equipe. Percorri tudo na intenção de me fornecerem pistas acerca de que tipo de material eu poderia tomar como empírico para a pesquisa que eu esboçava.

Ao mesmo tempo, realizei várias buscas no site do Ministério da Saúde, na página do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, à procura de materiais relacionados ao tema. Entre protocolos assistenciais direcionados à prevenção da transmissão vertical do HIV e alguns outros materiais de distribuição à população (cartazes e pôsteres), delimiti aqueles que objetivavam orientar ações e estratégias tanto de enfrentamento da feminização, quanto ao HIV/aids em mulheres grávidas. Encontrei um bom número de materiais, incluindo publicações internacionais e boletins epidemiológicos.

Além disso, realizei visitas à Seção Estadual de DST/Aids e de Saúde da Mulher do Rio Grande do Sul, atrás de todo e qualquer tipo de material que, em princípio, tivesse relação com o tema 'feminização do HIV/aids': cartazes, pôsteres, portarias, atas de reuniões, entre outros documentos oficiais, conversando sobre o tema, também, com profissionais que lá atuam. Entre os locais em que busquei elementos que me ajudassem na escolha do material empírico, o âmbito estadual foi o que menos oferta apresentou.

Como já referi, o estado não tem plano de enfrentamento à feminização (sequer plano estadual de enfrentamento do HIV/aids), não existem atas das reuniões realizadas por grupos de trabalho temáticos que existem atualmente, assim como o site da secretaria estadual de saúde não disponibiliza as campanhas realizadas em anos anteriores. Fui informada de que, há algum tempo, nada era produzido no âmbito do HIV/aids, exceto a Linha de Cuidado às PVHA, lançada em 2014 e amplamente discutida por minha equipe de trabalho no município, com ênfase, dentre outras coisas, no enfrentamento do HIV/aids em mulheres grávidas no Rio Grande do Sul.

Assim, elenquei esse documento oficial como base para meu estudo. O que, conseqüentemente, me fez consolidar a escolha do procedimento de investigação: uma pesquisa documental. Para Víctora, Knauth e Hassen (2000, p.72), “são objeto de pesquisa documental os documentos oficiais (leis, regulamentos), pessoais (cartas, diários, autobiografias), públicos (livros, jornais, revistas, discursos)”.

De acordo com Jackson Sá-Silva, Cristóvão De Almeida e Joel Guindani (2009, p.2), o uso de documentos em pesquisa se faz relevante uma vez que a profusão de informaoes possíveis de serem deles extraídas “justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualizaao histórica e sociocultural”, o que na perspectiva desta pesquisa seria imprescindível.

Uma vez que o documento sul-rio-grandense foi eleito, e por não se tratar de uma política especificamente voltada à feminizaao, tomei como referência para a discussão do processo de feminizaao do HIV/aids o plano nacional, em sua versão mais recente, de 2009. Dessa forma, os dois documentos fundamentais nesta pesquisa são:

- a) Plano Integrado de Enfrentamento da Feminizaao da Epidemia de Aids e outras DST, 2009¹⁰;
- b) Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST, 2014¹¹.

A partir dessas escolhas e levando em consideraao a busca descrita no início desta seao, elegi outros artefatos que, de alguma forma, se articulam com pressupostos de ambas as políticas. Esses documentos foram encontrados nas buscas pelo site do Ministério da Saúde e também nas visitas à esfera de gestão estadual. Abaixo listo cada um deles, sua relaao com as políticas que os embasam, e como foi possível acessá-los.

¹⁰ Trata-se de um documento que, em sua versão digital, apresenta 64 páginas, onde apresenta a trajetória de sua organizaao; discute os contextos de vulnerabilidade para o enfrentamento da feminizaao da epidemia; apresenta objetivos, diretrizes e aoes estratégicas, assim como um breve discussão acerca do que intitula como ‘Agendas Afirmativas’, além de anexos e referências.

¹¹ Este documento contem, ao todo, 59 páginas, dividido-se em: uma parte mais introdutória, onde discute aquilo que apresenta como cenário epidemiológico e outros aspectos importantes na constituiao de redes de atenao a saúde; a linha de cuidado para PVHA; e a linha de cuidado de preveao da transmissão vertical – gestante e criança exposta ao HIV, sífilis e Hepatite B, além de anexos, referências e fluxogramas.

Quadro 1 - Documentos analisados na investigação

Documento de referência	Nome do artefato	Onde foi acessado
Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST, 2014.	Cartaz 'Calendário Pré-natal RS', 2016	A ser distribuído pela Secretaria Estadual de Saúde RS para os serviços da Atenção Básica e SAE.
Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para redução e eliminação, 2014. Este documento tem como referência a Rede Cegonha, sendo incluído na pesquisa por, no estado, ser trabalhado junto à Linha de Cuidado às PVHA.	Vídeo 'Dia das Mães – Transmissão Vertical', 2015	Veiculado nos meios de comunicação – televisão, a partir de maio de 2015, e disponível no site do Ministério da Saúde.
	Cartaz 'Pré-natal testagem', 2015	Disponibilizados para os serviços de saúde, a partir de maio de 2015, e disponível no site do Ministério da Saúde.
Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, 2009	Vídeos 'Sem camisinha não dá', 2011, episódios 1, 2 e 3.	Veiculado nos meios de comunicação – televisão, como campanha de prevenção ao HIV/aids no carnaval de 2011, e disponível no site do Ministério da Saúde.
	Cartaz 'Quem tem amor próprio usa', 2010	Disponibilizados nos serviços de referência em assistência social dos municípios e no site do Ministério da Saúde.
	Cartaz 'Quem tem paixão pela vida usa', 2010	
	Cartaz 'Quem tem respeito por si mesma usa', 2010	

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Levando em consideração que, desde o Plano de Enfrentamento da Feminização, outras políticas voltadas à saúde das mulheres foram lançadas, sendo a principal delas a Rede Cegonha, considerei acrescentar o documento 'Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para redução e eliminação' (BRASIL, 2014b). O documento se articula com o enfrentamento do HIV/aids em mulheres grávidas, em especial durante o pré-natal, para ampliação das testagens do HIV, sífilis e hepatites virais durante este período. Além disso, alguns outros documentos e políticas me serviram de base contextual para a análise empreendida, entre os quais aqueles relacionados à Rede Cegonha, e a principais políticas de saúde da mulher vigentes no lançamento dos documentos analisados.

Uma vez selecionados os documentos que compunham aquilo que chamei de ‘material empírico’, investi substancialmente em sua leitura/estranhamento, de modo a delimitar um *corpus* de pesquisa, um conjunto de elementos ‘recortados’ do meu material empírico. A intenção era organizar esse *corpus* em unidades analíticas que me permitissem responder às questões centrais deste estudo.

Entendo essa delimitação como parte do movimento de rastrear pistas capazes de me auxiliar no processo de problematização proposto. Rafael Haddock-Lobo (2014, p.25), ao falar da tarefa do/a filósofo/a a partir da obra de Derrida, me fez pensar também na tarefa do/a pesquisador/a:

[...] seria a de pensar o real como uma cadeia de rastros, como a infinitude de trilhas e pistas de animais em uma floresta chuvosa, no escuro, sem ao menos uma lanterna à mão, tateando de modo incerto e impreciso numa interpretação hiperbólica de tais rastros, uma espécie de aposta sem garantias [...]

Esse rastrear (os documentos), porém, não é realizado de forma aleatória, ou de forma a buscar *a verdade*, mas preocupa-se “com a produção de conhecimentos para compreender o mundo cotidiano e as relações de poder que o constituem e atravessam” (MEYER, 2002, p.380). Para isso, o exame do material empírico foi feito levando sempre em conta aquilo que me propus a investigar, porém a partir de algumas perguntas, já utilizadas em outros estudos de metodologia semelhante, conforme Carin Klein (2010), Jamile Peixoto Pereira (2015) e Catharina da Cunha Silveira (2014), tais como: quem fala? O que fala? Sobre o quê e para quem? Quais são os possíveis efeitos disso?

Aquilo que foi possível de ser rastreado por mim no material empírico, foi organizado em uma tabela, conforme cada pergunta acima listada. Nela, separei o que extraí de cada documento, de modo a ‘colocar em movimento’ o que me chamava a atenção nos textos, na tentativa de transformar afirmações em perguntas (de “isso é de tal forma” para “poderia ser de outra?”), num exercício complexo e desafiador para uma pesquisadora iniciante nas metodologias pós-críticas.

Uma vez constituído o *corpus* da pesquisa, novamente me pus a ler e a indagar acerca de associações possíveis de serem feitas no sentido de pensar a feminização do HIV/aids e suas concepções, os possíveis posicionamentos do sujeito mulher grávida nesse contexto e os atravessamentos de gênero delineados nesses processos. Neste ponto, novamente se estabeleceu um movimento, algo

que me permitiu agrupar, reagrupar, desagrupar as questões que orientam esta pesquisa e também na direção de problematizar o enfrentamento da feminização do HIV/aids da maneira proposta.

Para tal agrupamento, foi necessário lançar mão de um exercício que, para mim, foi valioso para a constituição de minhas duas unidades analíticas: 'Mulheres, gravidez e cuidados' e "A feminização do HIV/aids e seus enfrentamentos'. Tal dinâmica está brevemente descrita no capítulo que antecede a discussão da primeira unidade de análise. Em linhas gerais, com ela, tratei de colocar em suspenso dois termos centrais que nomeiam as duas principais políticas desta pesquisa: cuidado, de 'linha de cuidado', e 'enfrentamento' de 'plano de enfrentamento'. A partir desse exercício de pensamento, empreendi a análise, em cada uma das unidades, tomando 'cuidado' e 'enfrentamento' como fios condutores, articulados ao referencial teórico e, em especial, aos Estudos de Gênero.

Desde o entendimento das políticas públicas de saúde como artefatos culturais, e a cultura "como o conjunto dos processos com e por meio dos quais se produz um certo consenso acerca do mundo em que se vive" (MEYER, 2014, p.54), escolhi pela realização de uma análise cultural. Tal metodologia propõe o exame daquilo que é dito, silenciado, como é dito, em que circunstâncias, como algo se constitui como 'verdade' na sociedade e, através das relações de poder pautadas no gênero, estabelece os modos como os enfrentamentos, os cuidados, as mulheres, grávidas ou não, os corpos, as feminizações aparecem, sendo (re)produzidas, vigiadas e reguladas nas políticas públicas de saúde.

Para isso, foi preciso assumir o pressuposto de que a linguagem é constitutiva do social e da cultura, levando a pensar que esses discursos, com os quais nos deparamos e os quais nos incomodam/desacomodam, "constroem e implementam significados na sociedade por meio de diferenciações que dividem, separam, incluem e excluem e que, por se constituírem em dinâmicas de poder, produzem e legitimam o que, aí, é aceito como verdade" (MEYER, 2000, p.55).

Nessa direção, se concebem as perguntas tão ou mais importantes (no limite da perspectiva na qual me inscrevo) do que as respostas e soluções. Portanto, inicialmente, inspirei-me no conceito de problematização de Michel Foucault, como uma estratégia de análise cultural dos textos. Ele pretende apontar "o como e o porquê de certas práticas e conhecimentos em um dado momento histórico, a relação contingente estabelecida entre ambos os domínios", diz Christian Correio

(2014, p.104). A partir dessa perspectiva, uma análise que se articule com tal conceito deve levar em consideração que:

Problematização não quer dizer representação de um objeto pré-existente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc.) (FOUCAULT, 2010, p.242).

Isso nos leva à importante noção/movimento de dar um passo para trás, o que se distancia da noção de verificar algo como verdadeiro ou falso. Trata-se “da liberdade de separar-se do que se faz, é o movimento pelo qual alguém se separa do que faz, de forma a estabelecê-lo como um objeto de pensamento e a refletir sobre ele como um problema”, diz James Marshall (2008, p.31).

Desse modo, tenciono a problematização acerca do processo de feminização do HIV/aids no Rio Grande do Sul, a partir do enfrentamento da doença em mulheres grávidas, na perspectiva de Gênero.

3.2 PRESSUPOSTOS ÉTICOS

As pesquisas documentais, em geral, não necessitam de exame e aprovação em Comitês de Ética em Pesquisa, o que não significa que não tenhamos que atentar para o modo como, enquanto pesquisadores/as, nos relacionamos com o material selecionado para investigação e análise. O desafio maior se estabelece uma vez que quem examina os documentos, no caso, as políticas públicas de saúde, também atua como profissional de saúde naquele contexto.

Encontrando-se ‘no interior’ dessas políticas, torna-se, acredito, difícil dar um passo atrás, como demanda a estratégia de problematização. Embora pense não ser possível ‘afastar-se’ de fato daquilo que se pretende observar, é necessário criar condições de considerar o documento e a si mesmo como objetos de permanente indagação. Trata-se de trocar os pontos e tons afirmativos pelas interrogações. É nelas e a partir delas que uma pesquisa como esta deve se construir.

Além disso, a intenção de uma análise documental de políticas públicas, nesta perspectiva, não é enveredar por julgamentos de valor (do tipo certo/errado; verdadeiro/falso; bom/mau) nem assumir um tom de denúncia de suas fragilidades

ou a defesa, a priori, de determinados pontos de vista. Penso, pois, que a ética de uma pesquisa documental se localiza no modo como estabelecemos um exercício de pensamento que nos permita reconhecer as informações analisadas como 'constituídas por', e 'constituidoras' de uma cultura e de um determinado momento histórico.

Ademais, a pesquisa documental, por lidar com registros, papéis, não significa que não envolva pessoas – como a própria pesquisadora. A ética que proponho neste trabalho, sobretudo por situar-se no campo da saúde, relaciona-se à sua capacidade de conexão com a vida das pessoas, com a forma como inventamos e produzimos essas vidas, nos espaços onde a 'política-papel' pretende se transformar em “trabalho vivo em ato”, afirma Emerson Merhy (2002, p.32).

4 ENTRE CUIDADOS E ENFRENTAMENTOS

Inicialmente, gostaria de considerar um pressuposto importante para a constituição da análise aqui empreendida: a necessidade de olhar para as políticas públicas de saúde como territórios de ensino e organização corporais capazes de “operar como pedagogias, como elementos formadores de conduta” (VASCONCELOS; SEFFNER, 2015, p.271), incluindo modos de ser corpo, e, portanto, de ser homem e mulher.

Em outros termos, tais pedagogias objetivam a incorporação de hábitos e valores capazes de dar suporte à sociedade mais ampla, compreendida como corpo social; “que possam preparar, moral e fisicamente, homens e mulheres, tendo por base uma educação de seus corpos, uma educação eficiente na produção de corpos” (MEYER *et al.*, 2013, p.862).

Assim, ao tomar o Plano de Enfrentamento da Feminização e a Linha de Cuidado às PVHA e seus desdobramentos como artefatos culturais e pedagógicos capazes de apontar para determinados modos de ser mulher e (con)viver, de diferentes formas, com o HIV/aids, faço-o a partir da noção de linguagem como “uma instância muito importante de construção de sentidos, verdades e subjetividades nas sociedades”, coloca Dagmar Meyer (2012, p.6).

A linguagem é, portanto, “um “lugar” de exercício de poder que precisa ser ocupado e problematizado” (MEYER, 2012, p.6), sendo essa a justificativa para iniciar essa discussão colocando em suspenso, ainda que de forma breve, duas expressões centrais na nomeação das políticas analisadas: ‘linha de cuidado’ e ‘plano de enfrentamento’. Tal problematização contribui para pensar as palavras, a forma como as coisas são nomeadas, como constituintes e constituídas de significados múltiplos, disputados e instáveis.

Tulio Batista Franco e Camila Maia Franco (2011, p.60) entendem as *linhas de cuidado* como desenhos pensados “para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde”. Segundo Deborah Malta e Emerson Mehry (2010), uma *linha de cuidado* deve prover os mecanismos para a garantia do cuidado aos usuários, tendo início em qualquer ponto do sistema e possibilitando a construção de um percurso que se estende de acordo com as necessidades do indivíduo. Para os autores, o que se busca é “potencializar o espaço cuidador”, o que implicaria na necessidade de

deslocar os processos assistenciais centrados em procedimentos fragmentados, por aqueles pautados pela “responsabilização, vinculação e o cuidado” (MALTA; MEHRY, 2010, p.595).

A política sul-rio-grandense analisada conceitua *linha de cuidado* como uma ferramenta de gestão que auxilia na organização da rede de saúde, mas que não seria, sozinha, suficiente para garantir seu funcionamento (RS, 2014a). E ainda pontua que:

As linhas de cuidado (LC) constituem uma estratégia de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção em determinado território, visando a condução adequada (oportuna, ágil e singular) das diversas possibilidades de diagnóstico e terapia, frente aos usuários do sistema de saúde, como resposta às **necessidades epidemiológicas** de maior relevância (OPAS, 2011, p.12, grifo nosso).

Entre as definições acima, tanto as dos pesquisadores da área quanto a da própria política, seria possível destacar as palavras *cuidado*, parte da expressão que a nomeia, e *necessidade*, que vai aparecer em dois sentidos: um que se relaciona com as “necessidades dos usuários” e outro que vai se relacionar a “necessidades epidemiológicas”.

Em sua dissertação de mestrado, Márcia Carvalho Cruz (2009) pesquisou os usos das noções de *cuidado* no campo da Saúde Coletiva, considerando o termo como de caráter polissêmico e atravessado pelas diferentes concepções de saúde e doença. Trata-se, portanto, de um termo compreendido de acordo com o contexto histórico e paradigmático em que se insere. Para a pesquisadora, o cuidado à saúde pode ser apreciado sob diversas dimensões, sendo que um ponto de convergência entre seus diferentes usos refere-se a um *encontro* como condição primordial para que o cuidado aconteça.

Na área da saúde, esse encontro pode se dar de diferentes formas, e, conforme os conceitos de *linha de cuidado* acima apresentados, vai se relacionar às necessidades de saúde (seja dos indivíduos, seja epidemiológica). Assim, podendo variar a noção de cuidado implícita numa linha, é possível dizer que “a potencialidade desse encontro” também poderia variar, inclusive na direção de ser “amordaçada” em função do modelo de assistência praticado e dos seus pressupostos” (MALTA; MERHY, 2010, p.595).

Na Linha de Cuidado às PVHA, *cuidado* vai aparecer, de forma central, na discussão sobre a urgência em mudar o modelo assistencial – especialmente a partir da indicação de que um dos entraves para o enfrentamento do HIV/aids no Rio Grande do Sul se localiza na organização do atual modelo de assistência gaúcho, que apresenta “baixa cobertura de Atenção Básica e Saúde da Família” e “centralização do cuidado em grandes hospitais” (RS, 2014a, p.5), operando como um cuidado fragmentado, centrado em procedimentos clínicos e laboratoriais.

Além disso, a palavra *cuidado* aparece frequentemente ligada à *necessidade*, tanto em suas conceituações teóricas quanto na própria política. Laura Feuerwerker (2011, p.99), ao considerar a amplitude das necessidades de saúde, pontua que podem ir “desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente e ter acesso a todos os serviços e tecnologias que se façam necessários”. A autora, ao percorrer uma trama de produção de cuidado, pondera acerca do lugar do usuário nesse processo e as implicações de tomar as **necessidades de saúde dos usuários** como referência: o que pode ser considerado necessidade para uma política, ou determinada ação, pode não ter o mesmo significado para o indivíduo.

Ao retomar a citação da OPAS presente na Linha de Cuidado às PVHA, durante a discussão sobre conceito de linha de cuidado, a palavra *necessidades* vai aparecer junto à *epidemiológicas*, como em “visando a condução adequada (oportuna, ágil e singular) das diversas possibilidades de diagnóstico e terapia, frente aos usuários do sistema de saúde, como resposta às **necessidades epidemiológicas** de maior relevância” (RS, 2014a, p.15), indicando que necessidades em saúde nem sempre serão compreendidas como aquilo que o indivíduo pode tomar como necessário para si.

A forma e o contexto, portanto, com que as palavras e seus conceitos são posicionados ao longo do texto, poderiam significá-lo como um campo de disputas e tensões. No caso das necessidades, na sua relação com o cuidado em saúde, seria possível pensar que a política transita entre as necessidades de saúde dos usuários e as epidemiológicas, que podem não ser coincidentes nem excludentes, representando fissuras que poderiam significar tanto a manutenção do modelo assistencial criticado pela Linha de Cuidado às PVHA, quanto a superação pretendida, como no excerto a seguir:

Adequar a oferta de ações e serviços de saúde ao atual cenário **epidemiológico** e qualificar o **cuidado** às PVHA, requer uma mudança de modelo de atenção não mais baseado na oferta de serviços e procedimentos na atenção especializada, mas centrado nas **necessidades dos sujeitos** inseridos em seus diferentes contextos de vida (RS, 2014a, p.10, grifo nosso).

Desse modo, caberiam as perguntas: como, nas ações a serem desenvolvidas a partir das políticas públicas, os significados de cuidado e necessidades de saúde serão estabelecidos? Como se dá esse tensionamento entre aquilo que a epidemiologia vai estabelecer como um cuidado necessário e aquilo que será estabelecido como urgente pelo indivíduo? E mais: como, tomando como base as diretrizes do enfrentamento da feminização do HIV/aids no Brasil, um determinado cuidado às mulheres grávidas será balizado?

Enfrentamento, assim como *cuidado*, também não estaria imune a tensionamentos nas políticas analisadas. Ademais, nesse campo de disputas por significados, ambas as concepções tendem a ser atravessadas por outras diferentes categorias. Gênero, pensado como “uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades” (FERRAZ; KRAICZYC, 2010, p.71), seria uma delas, atuando sobre o cuidar e o enfrentar a vida e a gravidez com o/no contexto do HIV/aids.

A discussão empreendida até aqui me auxiliou a melhor delinear as unidades analíticas com as quais opero a problematização pretendida: ‘*Mulheres, gravidez e cuidados*’ e ‘*A feminização do HIV/aids e seus enfrentamentos*’. Ressalto, porém, que o fato de cuidado estar nomeando a política sul-rio-grandense e enfrentamento nomear a política nacional, não significa que as tenha analisado de forma desvinculada, ou pensado em uma unidade para cada documento ou grupo de documentos. Trata-se, pois, de uma estratégia de análise que me possibilitou colocar, permanentemente, a Linha de Cuidado às PVHA na relação com uma resposta à feminização do HIV/aids no Brasil que, sob certo aspecto, se sobrepõe a ela.

A seguir discuto a unidade analítica ‘Mulheres, gravidez e cuidados’ no contexto do HIV/aids’ e seus componentes: *Vigiar corpos grávidos* e *Ser mãe é fazer “tudo direitinho”?*.

4.1 MULHERES, GRAVIDEZ E CUIDADOS

Se cuidado pode ser entendido como um conceito de significados múltiplos e diversos, por vezes divergentes entre si, como ele vai se constituir/ser constituído no âmbito do enfrentamento ao HIV/aids em mulheres grávidas? Como diferentes elementos se organizariam para tornar possível tal constituição na atualidade? E ainda: como diferentes posições de sujeito poderiam ser forjadas no interior desses processos?

Para me ajudar a pensar sobre essas questões no contexto da análise de uma política pública e, de alguma forma, investir na problematização acerca de certo modo de ser mulher que (con)vive com HIV/aids, algumas escolhas teóricas foram feitas, entre elas o uso do conceito foucaultiano de poder. Em torno dele, outros conceitos que serão importantes no delineamento desta análise e suas discussões vão sendo mobilizados: a noção pós-estruturalista de gênero, uma definição de sujeito e a formulação do conceito de biopolítica.

Uma boa parte do trabalho de Michel Foucault privilegiou a discussão e análise das formas de funcionamento do poder nas sociedades modernas. O autor afastou-se da compreensão de um poder unificado, coerente e centralizado, ao tomá-lo não como algo que se possui, mas como algo que se exerce, uma prática social constituída historicamente. Assim, o poder não se encontraria localizado em uma pessoa ou instituição, mas nas relações que se estabelecem entre sociedade e suas instituições, conhecimento e sujeito.

Além disso, Klein (2003, p.43) assinala que a análise das relações de poder nas sociedades modernas inclui e implica considerar as “formas de controle e regulação dos indivíduos e das populações”. Nessa perspectiva, tal poder não pressupõe uma renúncia da liberdade, só podendo ser exercido sobre sujeitos livres, que tenham “diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento” possam acontecer (FOUCAULT, 1995, p.244). Ao mesmo tempo, o poder é entendido como um conjunto de relações capaz de produzir tanto os diferentes tipos de sujeito quanto as assimetrias que entre eles se estabelecem e que resultam em desigualdades sociais.

Nessa direção, gênero será compreendido como “uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p.86), assim como organizador do

social e da cultura. A partir disso, torna-se possível dizer que as relações de poder pautadas pelo gênero produzem e hierarquizam masculinidades e feminilidades e posicionam sujeitos de gênero em lugares sociais diferentes (KLEIN, 2003). Tal posicionamento, naturalizado e essencializado, define o que é ser homem e ser mulher em cada tempo e lugar.

Quando o Plano de Enfrentamento da Feminização (BRASIL, 2009, p.26) fala em relações de gênero, refere-se “às relações sociais entre homens e mulheres que estão fundamentadas na percepção do que significa “ser homem” e “ser mulher”, em uma dada cultura e em um dado momento histórico”. Eu diria, ainda, que são relações de poder também entre as mulheres e entre os homens, e que generificam conhecimento, políticas e instituições. Dessa forma, o poder, na sua relação com o saber, é capaz de produzir determinados modos de ser mulher com HIV/aids, estabelecendo formas de cuidar, de viver a gravidez, de ser e de estar no mundo.

O excerto abaixo aparece no documento quando esse aponta para a necessidade de problematizar as “diferenças sexuais como identidade e a construção de um eixo diferencial que atribui poder ao masculino em detrimento do feminino” (BRASIL, 2009, p.26), e nos ajuda a refletir sobre algumas representações sociais do que é ser homem e ser mulher:

[...] são definidos padrões de comportamentos para cada um dos sexos, associando a mulher à fragilidade, natureza e **cuidado** e os homens à agressividade, racionalidade e iniciativa. (BRASIL, 2009, p.26, grifo nosso)

Na perspectiva de que somos constituídos como sujeitos de gênero, a associação das mulheres à “fragilidade, natureza e cuidado”, e dos homens à “agressividade, racionalidade e iniciativa” possibilita problematizar os “modos pelos quais aprendemos e somos ensinados [...] a nos tornarmos homens e mulheres, masculinos e femininos” (FÉLIX, 2012, p.15) em um determinado contexto histórico e cultural.

Scott (1995, p.75) aponta para a necessidade de “rejeitar o caráter fixo e permanente da oposição binária”. Conforme já referido, a autora se apoia no referencial de Jacques Derrida, ao sugerir que o pensamento moderno estaria dividido em dicotomias como feminino/masculino, teoria/prática, presença/ausência.

Ela indica a importância da desconstrução dessas dicotomias, desafiando a estabilidade de categorias como 'natureza' e 'essência', que, de certa forma, fundamentam esse modo de pensar. As relações entre homens e mulheres transbordariam as compreensões generalizantes e apoiadas em uma suposta 'naturalidade', tomando como construto social e cultural aquilo que entendemos por ser homem/mulher e que, por sua vez, acaba construindo relações desiguais.

A partir do excerto, poderíamos atentar para uma relação dicotômica entre aquilo que está apresentado como sendo características fixas e inatas de homens e de mulheres. Ou seja, gênero vai ser pensado a partir de dois polos opostos e fixos para explicar o feminino/masculino e também fragilidade/agressividade, racionalidade/natureza. Assim, estudar sobre mulheres implica estudar sobre homens, uma vez que "qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens" (SCOTT, 1995, p.73), dado o aspecto relacional implicado nessa concepção de gênero. O Plano de Enfrentamento da Feminização parece estar atento a isso, uma vez que reconhece o funcionamento da oposição binária e propõe modos de modificá-la. Em diferentes momentos do texto, por exemplo, indica a importância da inclusão dos homens nas atividades e ações programáticas, tendo como diretriz a: 'Promoção da igualdade e equidade de gênero, com garantia da participação e envolvimento de homens em todas as faixas etárias' (BRASIL, 2009, p.39).

Ao mesmo tempo, seria possível dizer que o plano reitera a expectativa social que associa cuidado à natureza das mulheres, e não dos homens e, dessa forma, em muitos momentos e paradoxalmente, parece seguir enfatizando que a responsabilidade por cuidar será cobrada delas. Cuidado, assim, deve ser problematizado como característica ligada às mulheres e ao feminino, o que nos levaria às questões: de que cuidar falamos aqui? Seria o mesmo cuidado que emergiu na problematização acerca do termo quando se falou em linha de cuidado? Como a relação entre cuidado e gênero repercute nos processos de produção das assimetrias entre homens e mulheres? Essa relação poderia, também, estar implicada com a produção de vulnerabilidades no contexto do enfrentamento ao HIV/aids?

Como já foi dito, cuidado é um termo polissêmico, instável e, por vezes, contraditório. Assim, a concepção de que ele seria inerente à natureza das mulheres, expressa no excerto, pode ser problematizada em várias dimensões. Em

primeiro lugar, cuidado, no contexto apresentado, pode ser pensado na sua relação não só com mulheres, mas, sobretudo, com gênero. Ao ser associado à 'natureza', por exemplo, o conceito de cuidado distancia-se daquele significado articulado no interior das práticas da área da saúde, conectando-se a certa noção de essência feminina e participando da produção de um determinado sujeito mulher.

Segundo Elizabeth Badinter (2011), a noção de instinto materno tem sido recorrentemente mobilizada nas ciências, especialmente em estudos científicos que tentam estabelecer uma relação causal entre o vínculo/cuidado das mulheres mães com seus/suas filhos/as com alguns hormônios secretados por elas (como ocitocina e prolactina, por exemplo). Acontece que nem todas as mulheres mães vivenciam a maternidade e o vínculo da mesma forma, nem todas as mulheres que exercitam a maternidade são mães biológicas dos filhos que maternam, nem todas as mães que hoje maternam são "mulheres biológicas" e nem só mulheres maternam, o que faz com que, em geral, esses estudos acabem tendo que levar em conta as influências culturais sobre a maternidade.

Para além dos conhecimentos científicos, o discurso acerca da maternidade como algo instintivo das mulheres está, também, fortemente incorporado no discurso do senso comum, no âmbito do qual uma série de características consideradas 'naturais' são coladas ao feminino, entre elas o cuidado, a amorosidade, o compromisso com os outros. Segundo Céli Pinto (1989, p.45), o discurso do senso comum pode ser entendido como aquele que teria a capacidade de "dar sentido à vida cotidiana", além de possibilitar articulações com diferentes visões de mundo, uma vez que incorpora, rearticula e veicula fragmentos de diferentes discursos.

Tais atributos femininos veiculados e atualizados no discurso do senso comum podem ser facilmente observáveis nas mais variadas peças publicitárias, matérias de jornais e revistas, sendo sustentados pelo pressuposto biologicista de que é no corpo das mulheres que a gravidez é possível e que, portanto, a maternidade (e o cuidado maternal como sua extensão) se dá naturalmente.

Uma vez que cuidado passa a ter significado em articulação com natureza feminina e maternidade, vai abarcar uma série de sentimentos, valores, práticas e ações relacionadas à criação/bem-estar dos/as filhos/as, o que, como algo inato, poderia estender-se à família. Pode-se compreender o funcionamento dessa discursividade em um dos cartazes endereçados às mulheres mães, que objetiva incentivá-las para a realização das testagens de HIV, hepatites e sífilis durante a

gestação, quando ali se diz: “Os **cuidados** com seu bebê começam mesmo antes de ele nascer”.

Figura 1 - Cartaz Pré-natal testagem



Fonte: BRASIL, 2015a

No caso do cartaz, além da frase destacada, a imagem da mulher sorrindo para o/a bebê reforça que ela está feliz/realizada por ter cuidado de seu/sua bebê conforme o recomendado: “**Estes sorrisos são resultados de um pré-natal completo**”. O discurso midiático sobre saúde acaba mediando a reelaboração do saber científico em discurso do senso comum. A mídia é capaz de apreender vários outros discursos, dadas as peculiaridades da sua linguagem. As imagens, no interior dos discursos midiáticos, serão entendidas como dispositivos de produção de sentidos, de modos de subjetivação. Para Rosa Maria Fischer (2002, p.153), “os espaços da mídia constituem-se também como lugares de formação”, o que torna possível tomar propagandas, filmes, cartazes, programas de rádio e TV, assim como as políticas públicas, como dispositivos pedagógicos.

Então, se a política fala aos gestores e profissionais envolvidos, as peças visuais e audiovisuais, aqui tomadas e analisadas como desdobramentos das políticas, costumam falar diretamente às mulheres mães que (con)vivem com HIV/aids, convocando-as ao cuidado com seus/suas filhos/as: “Faça os testes!”.

Cuidar, concebido como tarefa inerente às mulheres, além de evocar um determinado modo de exercer a maternidade e torná-lo único ou o verdadeiro – a

mulher mãe que se preocupa com a saúde do filho *antes dele nascer* –, também pressupõe que essa mulher realize todos os cuidados com seu filho, como dar banho, vestir, colocar para dormir, amamentar, promover e monitorar o crescimento e o desenvolvimento, dentre outras coisas, *depois que ele nascer*.

Se o cuidado maternal, assim como a constituição de um sujeito mãe, começa antes mesmo de a criança nascer, seria possível dizer que o *cuidado consigo*, “**fazer um pré-natal completo**”, deverá integrar também o cuidado maternal, pois o/a bebê ainda está na barriga dessa mulher, significando que ela precisará cuidar de si, da sua própria saúde, do seu próprio corpo para poder cuidar do filho.

No que diz respeito às mulheres que vivem com HIV/aids, é possível dizer que esse sujeito mãe vem sendo interpelado, de forma cada vez mais incisiva, como *corpo grávido*, cujo núcleo – o útero – atualmente definido e abordado como *ambiente fetal*, deve dar condições ao desenvolvimento de crianças saudáveis. Isso resulta em uma série de recomendações e de ações para que suas crianças nasçam saudáveis e, portanto, sem HIV/aids.

O cuidado demandando depois do nascimento do/a filho/a pode ser observado ao longo de uma propaganda televisiva, com os mesmos objetivos, lançada pelo Ministério da Saúde para o dia das mães. Nela, a mesma mulher mãe do cartaz anterior vai aparecer dando banho, vestindo, amamentando, enquanto diz ao filho que fez “**tudo direitinho**” (Vídeo Dia das Mães, 2015) para que ele nascesse “**lindo e saudável**” (BRASIL, 2015a). Assim, o cuidado com o/a filho/a parece começar antes mesmo de ele nascer, tão logo a mulher se descobre grávida. Eu diria que, conforme apontado adiante, e especialmente no contexto do HIV/aids, o cuidado inicia antes até da gravidez, uma vez que se espera que as mulheres cuidem de si e não se infectem, para não virem a expor seu/sua futuro filho/a.

Nessa perspectiva, talvez seja possível dizer que uma *mãe responsável* cuida de si e cuida do/a seu/sua filho/a. Mas ela não o faz de qualquer jeito, parecendo existir um modo correto de cuidar, de “**fazer tudo direitinho**”, o que faz pensar que, também no contexto do HIV/aids, em cada momento (gravidez, puerpério), diferentes discursos indicarão qual a maneira certa de cuidar.

Como vimos, a ideia de cuidado, no contexto da maternidade, se traduz em determinadas práticas, ações e sentimentos, já que no vídeo analisado a mulher mãe não só realiza os cuidados mencionados, como também beija e acarinha o filho, o que poderia ser entendido como expressão de um “amor materno”. Cuidar,

portanto, pressupõe nutrir e expressar sentimentos como amor incondicional, abnegação, paciência, persistência, força de vontade para superar dificuldades, disposição para aprender, para citar os mais evocados.

Klein (2010) argumenta que o discurso do amor materno pode ser tomado como uma metáfora de poder que tem interpelado mulheres, em diferentes contextos históricos e sociais, a se reconhecerem como mães. A pesquisadora acredita que “um dos efeitos de poder dessa metáfora pode residir em tornar todas as mulheres mães e, como mães, torná-las uma só” (KLEIN, 2010, p.40). Segundo Joan Scott (2002), isso apagaria as diferenças, reduziria as multiplicidades, as especificidades e os conflitos, ou seja, invocaria a maternidade (e eu acrescentaria, o cuidado maternal) como uma identidade coletiva dirigida às mulheres.

Esse processo – incansável e, ao mesmo tempo, inalcançável – de investimentos discursivos para a homogeneização dos modos de ser das mulheres e das mães, especialmente a partir de sua função cuidadora, poderia ser pensado no contexto de uma modalidade de funcionamento da relação poder-saber que Foucault nomeou como biopolítica. Segundo o autor, a partir da época clássica, ocorreu uma profunda transformação nos mecanismos de poder descritos até então. Antes, o soberano exercia seu poder sobre a vida exercendo seu direito de matar ou não, ou seja, a ele era concedido “o direito de *causar* a morte ou de *deixar viver*” (FOUCAULT, 2014, p.146). Com a emergência do capitalismo industrial, esse poder passa a ser exercido sobre os corpos considerados como máquinas que necessitam de adestramento, tendo desenvolvidas suas utilidades e docilidade, através de mecanismos disciplinares eficazes. Nesse novo contexto, substitui-se o velho direito de causar a morte ou deixar viver, por um poder de “fazer viver e de deixar morrer” (FOUCAULT, 2010, p.202), sendo preciso, para isso, lançar mão de determinadas tecnologias de poder que irão investir sobre a vida – o *biopoder*.

No contexto do enfrentamento à feminização do HIV/aids, esse investimento em “fazer viver” as mulheres grávidas que vivem com HIV/aids, é enunciado explicitamente em um dos documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS). Ele se destina ao enfrentamento/eliminação da transmissão vertical no mundo, chamado ‘Plano global para eliminar novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas’ (OMS, 2011). O impacto social da morte de mulheres, especialmente por doenças infecciosas, como aids ou tuberculose, sobretudo nos países de renda média ou baixa, tem sido bastante discutido e enfatizado. Em geral,

nesses contextos, as mulheres são as principais, quando não as únicas, responsáveis/responsabilizadas pelo cuidado e educação das crianças, e por isso parece ser tão importante ‘mantê-las vivas’ – uma vez que cuidado não está aí associado aos homens e pais.

Isso implica dizer que o biopoder vai ser exercido de maneira positiva sobre a vida, maximizando suas forças a fim de “distribuí-las em um campo de valor e utilidade”, diz Edgardo Castro (2014, p.103). Assim, será possível falar também em uma “gestão da vida” (MEYER, 2005, p.82), que Foucault nomeará de biopolítica, referindo-se “ao conjunto de tecnologias de poder-saber¹² que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e morar, as condições de vida, todo o espaço da existência” (FOUCAULT, 2014, p.150), incluindo os modos de cuidar e de ser mulher grávida em tempos de HIV/aids.

“Fazer viver” as MVHA, grávidas ou não, e, em certa medida, fazê-las cuidarem de si, é importante não só porque serão responsabilizadas pelos cuidados com seus/suas filhos/as, mas também porque costumam cuidar de outros integrantes da família, conforme o excerto:

[...] a maior carga social recai sobre as mulheres que assumem os cuidados com os membros da família que estão doentes e que, muitas vezes, secundarizam o autocuidado e as suas necessidades em saúde. (BRASIL, 2009, p.34)

O trecho aparece na política quando são discutidos os contextos de vulnerabilidade das mulheres a serem enfrentados, entre eles, o combate à pobreza, que é apresentado como “condição essencial para o controle da epidemia de aids e outras DST” (BRASIL, 2009, p.34). O sentido de cuidado que é mobilizado no excerto parece indicá-lo como componente de condições sociais que podem aumentar a vulnerabilidade de mulheres ao adoecimento, chamando a atenção para a ideia de uma “**carga social**” vinculada a esse cuidado.

Em estudo no qual foram entrevistadas cuidadoras de homens com doença renal crônica, em Porto Alegre, Elisabeth Thomé e Dagmar Meyer (2011, p.510) apontam que as falas de algumas delas reiteram “as representações de gênero que

¹² Saber-poder é entendido aqui como um conjunto de conhecimentos que possuem a capacidade de gerar um regime de poder, e ainda, um regime de poder só se mantém através de um saber que lhe ampare.

instituem o cuidado como essência e como destino de certas mulheres”. As pesquisadoras destacam que, segundo as entrevistadas, ser *respeitosa, zelosa e carinhosa* são qualidades importantes e parecem fazer parte de suas obrigações como mulheres para com os doentes. Essas mulheres assumem, muitas vezes sozinhas, não só os cuidados diretos aos seus parceiros, como também cuidados com a casa e a alimentação, por exemplo. Isso faz com que as próprias cuidadoras procurem acompanhamento de saúde, como o psiquiátrico, por exemplo, devido ao sofrimento que passa a fazer parte de suas vidas, pois a exigência e sobrecarga dos cuidados informais têm efeitos negativos sobre a saúde, tanto física quanto psíquica, da cuidadora.

Da mesma forma, Kelly Cristine Piolli, Marcelo Medeiros e Catarina Aparecida Sales (2016, p.111), ao estudarem os significados de ser cuidadora entre mulheres que realizavam todos os cuidados ao companheiro com câncer, destacam que é de notória significância a função cuidadora da mulher, pois, “além do cuidar exercido no lar e família, a mulher constitui-se como referência principal do cuidado de pessoas enfermas com dependência”, o que pode implicar não só na secundarização do autocuidado, como pode desvalorizar ou até marginalizar as mulheres que não se identificam, ou negam, as atribuições que lhe ensinam como sendo naturais de sua constituição.

Assim, através do reconhecimento de que as mulheres poderiam secundarizar “**o autocuidado e as suas necessidades em saúde**”, seria possível apontar para outro significado que pode surgir da relação entre cuidado com os outros e cuidado consigo: um cuidado como produtor de vulnerabilidades para as mulheres. Uma vez que essa atribuição, o cuidar, é capaz de fazer com que as mulheres negligenciem os cuidados consigo mesmas, torna-se necessário pensar em que direção as desigualdades de gênero devem ser enfrentadas. Seria em função do que a saúde e as condições socioeconômicas das mulheres representam para a família, a sociedade? Esse lugar reservado às mulheres na família e na sociedade seria, em grande parte, produtor de suas vulnerabilidades?

No contexto do HIV/aids, quando as mulheres morrem em função da doença, costumam ser outras mulheres da família, incluindo suas filhas, que passam a assumir os diversos cuidados. Ademais,

Em todo o mundo, são usualmente as mulheres que cuidam de doentes e crianças. Nos locais que estão entrando em colapso sob o impacto da aids, são principalmente as mulheres – incluindo as mais velhas – que assumem, com pouco apoio, essa assistência (BRASIL, 2009, p.15)

Sueli Aparecida Moreira *et al.* (2012, p.658), ao relatarem uma pesquisa realizada com jovens órfãs/órfãos em função do HIV/aids, indicam que são as meninas-jovens-mulheres que “assumem o cuidado desde cedo” (cuidados com a casa, comida, irmãos mais novos ou com os idosos), sendo isso comumente naturalizado no âmbito familiar. Além disso, tal condição, muitas vezes, as impede de prosseguir os estudos, contribuindo para o empobrecimento dessas mulheres, e aumentando a *carga social* do cuidado sobre elas.

Ao mesmo tempo que cuidado pode ser articulado à natureza e instinto femininos, no Plano de Enfrentamento da Feminização, a palavra *cuidado* também indica aquilo que deve ser fortalecido e valorizado nas mulheres, como autoestima e autonomia, por exemplo: “valorizando a **autoestima** e o **cuidado**” (BRASIL, 2009, p.48), e em “fortalecimento da **autonomia** e **autocuidado** em relação a seu corpo” (BRASIL, 2009, p.32). Nessas circunstâncias, o cuidado consigo aparece como algo que necessitaria ser “fortalecido” pelas políticas – e talvez, por isso, possa ser entendido como algo que não é ‘inerente’ às mulheres.

Estudos realizados com mulheres, Mariângela Silveira *et al.*, (2002), Naila Santos *et al.* (2009) Camila Gonçalves, Beatriz Weber e Adriane Roso (2013), vivendo ou não com HIV/aids, em diferentes regiões do país, têm apontado para uma possível “baixa percepção de risco, como também impossibilidade de negociar de modo efetivo o uso do preservativo ou os termos da relação afetiva, ou ainda de sair dela” (SANTOS *et al.*, 2009, p.329).

No documento nacional, o preservativo, sobretudo o feminino, é considerado “**um dos instrumentos de autonomia das mulheres e precisa ser fortalecido, valorizado e informado**” (BRASIL, 2009, p.27). Na campanha de prevenção do carnaval de 2011, foram lançados, entre outras peças, três vídeos, de 30 segundos cada, a serem veiculados nas emissoras televisivas. A campanha foi direcionada às adolescentes e é apresentada como parte das ações de enfrentamento à feminização do HIV/aids, especialmente em mulheres entre 15 e 24 anos.

Os vídeos, embora possam ser assistidos separadamente, apresentam uma sequência. O primeiro episódio tem como objetivo alertar as adolescentes para que

levem camisinha às festas de carnaval; o segundo apresenta uma adolescente negociando o uso do preservativo, no caso, o masculino, com um rapaz; e o terceiro divulga a importância da testagem de HIV no caso de quem ‘esqueceu’ a camisinha.

Figura 2 - Vídeo Sem camisinha não dá/Episódio 2



Fonte: BRASIL, 2015a

Esta campanha reitera fragmentos de vários discursos que instituem e apresentam o preservativo como um instrumento de autonomia das mulheres (e também de cuidado), e, como se vê, a referência dessa autonomia segue sendo representada pelo uso do preservativo masculino. A campanha tem um apelo para que as adolescentes se cuidem, carregando consigo para as festas de carnaval o preservativo (masculino) e, de certa forma, ‘imponham’ o seu uso perante suas parcerias sexuais, ao dizer: **“Meu amor, sem camisinha não dá. Se liga!”**.

Ao mesmo tempo, poderíamos pensar que as mulheres seriam as responsáveis pela prevenção, afinal, como aparece em dois dos vídeos, os homens com frequência não levam consigo o preservativo. Ao que parece, a atual estratégia educativa continua a focar as mulheres como principais agentes de promoção do sexo seguro, a partir de noções como autonomia e autoestima, que permitiriam a imposição do uso do preservativo pelo parceiro. Ou seja, às mulheres cabem a

“iniciativa e a responsabilidade pela negociação”, sendo que os “discursos da saúde, entre outros, produzem, reforçam e colocam em circulação” tais características (MEYER *et al*, 2004, p.66).

No primeiro vídeo, uma adolescente diz para outra levar a camisinha porque, no carnaval passado, o rapaz estava sem: “Olha aqui ó, vocês tão levando camisinha, né? Porque vocês lembram no carnaval passado... O cara cheio de graça? Ô, gata, tô sem!”. E, no episódio seguinte, quando a adolescente pergunta ao rapaz se ele tem camisinha, ele responde: “Pra quê? Deixa pra lá, vai gata!”. O que poderia nos fazer ratificar que aquilo que é associado como ‘ser homem’, ligando-os à iniciativa e racionalidade, poderia ser também colocado em questão – pois tal iniciativa não parece, nas peças, se relacionar ao uso do preservativo. Ao contrário, os homens são representados como os que não querem, não gostam ou não se responsabilizam pelo uso do preservativo, não estando preocupados com sua saúde.

Curiosamente, os mesmos discursos que instituem a subordinação como sendo uma marca do ser mulher que pode ser modificada pelo fortalecimento da autoestima parecem reiterar a inexorabilidade da existência de um instinto sexual masculino que pode, quando muito, ser contornado (MEYER *et al*, 2004, p.72)

Dessa forma, os discursos parecem universalizar o que é ser mulher, e também o que é ser homem, associando-as e responsabilizando-as pelo cuidado consigo e com os outros, já que os homens não o fazem – no caso do vídeo, parece haver uma naturalização desse comportamento masculino.

Os cuidados, aqui entendidos como constituídos a partir de múltiplos significados, quando pensados na intersecção com mulheres e com gravidez, ainda possibilitam a problematização de duas posições de sujeito endereçadas às mulheres grávidas, que tomam diferentes contornos no contexto da infecção do HIV/aids: o corpo grávido e a mãe responsável, os quais delinhamos nos subcapítulos que seguem.

4.1.1 Vigiar corpos grávidos

Para falar sobre a constituição de um sujeito é preciso antes retomar a noção de sujeito com a qual lidamos nesta pesquisa. Na chamada Filosofia da

Consciência, o conceito de sujeito é utilizado para “expressar a ideia de que o ser humano é constituído de um núcleo autônomo, racional, consciente e unificado no qual se localiza a origem e o centro da ação”, conforme Tomas Tadeu da Silva (2000, p.102). Distanciando-se desta concepção, na perspectiva teórica que assumo, entende-se que é no interior de uma conjunção de estratégias de poder, que o sujeito vai se constituindo, como agente social complexo, “por uma intersecção de discursos que convivem em uma sociedade e que se articulam em uma unidade às vezes contraditória que constitui o sujeito individual” (PINTO, 1989, p.27). Sendo assim, sujeito é entendido, aqui, como uma função do discurso e do poder, “como um artifício da linguagem, uma produção discursiva, um efeito das relações de poder-saber”, passando a ser “aquilo que dele se diz” (PARÁISO, 2014, p.31).

Desse modo, é possível argumentar que, nos processos de significação tensionados no interior do enfrentamento ao HIV/aids em mulheres grávidas, determinadas posições de sujeito serão produzidas e definidas. O que permite indagar, também: que diferentes discursos, sobretudo aqueles que conectam mulheres e cuidado no contexto do HIV/aids, se articulam na produção da posição de sujeito que nomeio de ‘corpo grávido’? Como a sua produção/reprodução reverbera nas práticas institucionais da saúde?

Voltando-me à ideia de pensar o sujeito a partir da discursividade que o constitui, proponho-me a pensar como o corpo, especialmente o grávido, aparece nas políticas analisadas e de que modo ele atua na constituição de uma determinada posição de sujeito, o *corpo grávido*, estabelecendo formas de cuidado e até organizando as redes de atenção à saúde.

Na Linha de Cuidado às PVHA, o corpo aparece, mais explicitamente, de duas formas: uma relacionada ao modelo de atenção e outra relacionada diretamente à organização de uma rede de cuidados às PVHA.

Ao encontro da necessidade de mudanças de modelo de atenção, de uma lógica biomédica voltada para a doença e individualidade do **corpo** para outra que prioriza a saúde como construção histórica e social [...] (RS, 2014a, p. 11)

O excerto parece apresentar corpo e doença como peças chaves para que aconteça uma mudança no modelo de atenção. Segundo Aluísio Gomes Silva Júnior e Carla Almeida Alves (2007, p.4), o modelo biomédico tornou-se hegemônico no país, enfocando a medicalização e centrando-se em procedimentos médicos voltados aos corpos, tomando-os, sobretudo, como elemento biológico, passivo de intervenções.

Do ponto de vista tecnológico, ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens fantásticas, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos.

Assim, um determinado corpo será produzido no interior das práticas referentes ao modelo biomédico. Talvez seja possível afirmar que cuidado, nessa perspectiva, estaria ligado mais às necessidades epidemiológicas (aqui relacionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV e outras doenças) do que às necessidades dos indivíduos (entendidas como aquelas que podem encontrar-se além de seus corpos biológicos).

Silvana Vilodre Goellner (2003), apoiada nos Estudos Culturais, argumenta que o corpo é produzido na e pela linguagem e, portanto, não se reduz a um organismo biológico, mas engloba também os adereços e gestos que o formatam. A autora, ao historicizar as práticas sociais de cuidado com o corpo entendendo-as como sendo constitutivas de sua produção, ressalta que esta produção é sempre política, já que vai implicar em exclusão de uns e aceitação de outros corpos. Ou seja, o corpo resulta tanto daquilo que é possível dizer sobre ele, quanto daquilo que é possível fazer com ele e no entorno dele.

Isso significa que, no interior do discurso biomédico, um determinado corpo será produzido, podendo ser entendido – uma vez que saúde, nesse contexto, encontra-se ainda fortemente relacionada à doença e ao biológico –, como mais ou menos saudável. Trata-se de pensar, portanto, que os modos pelos quais as práticas de saúde são organizadas, constituem corpos e também os classificam, hierarquizam e marcam.

O documento sul-rio-grandense organiza sua linha de cuidado, estabelecendo as competências no cuidado às PVHA nos diferentes níveis de atenção. Assim,

apresenta o que chama de “estratificação de risco”, que, de uma forma geral, leva em conta determinadas formas nas quais o corpo aparece, conforme:

Estrato 1: pessoas sem diagnóstico ou com resultados não reagentes para HIV, com a presença de fatores de vulnerabilidade individual, social e/ou programática;
Estrato 2: soropositivos assintomáticos (usuários com LT CD4+ \geq 500);
Estrato 3: soropositivos assintomáticos (usuários com LT CD4+ < 500 até 350);
Estrato 4: portadores de HIV sintomáticos com doenças oportunistas, condição clínica complexa, coinfeção TB e hepatites; usuários com LT CD4+ < 350); usuários que necessitem modificar terapia antirretroviral já em uso por falhas ou paraefeitos;
Sem estratificação: gestantes portadoras de HIV sem comorbidades que definam alto risco; crianças expostas ao HIV; crianças e adolescentes com HIV/Aids. (RS, 2014a, p.21, adaptado pela autora).

Sem negar, de forma alguma, a importância dos exames clínicos para o acompanhamento e promoção de qualidade de vida às PVHA, assim como a relevância de organizarmos no estado uma linha de cuidado voltada ao HIV/aids, atento para o modo como o corpo aparece nesse contexto. Especialmente, nos estratos 2, 3 e 4, o número de células de defesa ligadas à infecção pelo HIV é o que vai direcionar o indivíduo para atendimento nesse ou naquele nível de atenção/serviço/equipe.

Dessa forma, o corpo nem sempre é representado pelo discurso biomédico como um elemento sólido, visível e palpável, composto por membros, órgãos, tecidos, sangue. Segundo Foucault (1987), a exploração do corpo morto, o cadáver, possibilitou a visualização da doença, dos tecidos e das marcas corpóreas do sofrimento, representando uma ruptura com a até então denominada medicina teórica especulativa. Eis que surge a medicina moderna (anatomofisiológica) e científica, rejeitando a subjetividade de sua antecessora e direcionando-se ao invisível com objetividade.

Embora a análise de Foucault tenha sido realizada na década de 1960, época pontuada como “era de ouro” da medicina clínica, Nikolas Rose (2011, p.13) defende que o corpo biológico ainda permanece como “foco do olhar clínico”. Se esse foco,

no decorrer do século dezenove, era o corpo “molar” a ser acessado em vida por uma série de instrumentos e práticas que permitiam a perscrutação dos corpos, na atualidade, cada vez mais, a vida é considerada pela biomedicina de forma diferente. Para Rose (2011, p.14), a “vida é entendida e sobre ela se opera no nível molecular”. O autor fala de nucleotídeos, sequenciamentos genéticos, componentes intracelulares, porém, apesar de muitos diagnósticos e tratamentos serem feitos em nível molar, essa virada molecular sobre a vida é significativa, visto que é através dela que agentes terapêuticos são desenvolvidos e explicados em termos moleculares.

Dessa forma, o corpo tende a aparecer em níveis mais microscópicos. Exames clínicos, ainda que não referentes a estruturas moleculares, têm ganhado espaço na prática clínica nas últimas décadas, o que também vai instaurar um modo de governo da vida dos indivíduos, uma determinada biopolítica, que cada vez mais parece ter (ou desejar ter) controle sobre o biológico. O corpo saudável, nesse contexto, também será ressignificado, não mais bastando ser limpo, magro, apresentando ruídos normais ou sem sinais e sintomas desagradáveis. A saúde de um corpo estará, cada vez mais, naquilo que não se vê a olho nu, não se palpa, não se ausculta.

É importante atentar, uma vez que o foco aqui serão os corpos das mulheres grávidas, que, se aquilo que é possível falar sobre o corpo é aquilo que o constitui, sendo ele uma produção discursiva, essa formulação tem implicações para a concepção de gênero também. Nicholson (2000), por exemplo, argumenta que o corpo não pode ser tomado como uma essência biológica e, portanto, como uma invariável, uma constante. Para a autora, “a sociedade forma não só a personalidade e o comportamento, mas também as maneiras como o corpo [e, portanto, também o sexo] aparece” (NICHOLSON, 2000, p.9). Nessa mesma direção, e naquilo que me interessa argumentar – ou seja, que corpo grávido pode ser tomado e analisado como uma posição de sujeito nesta política –, Guacira Lopes Louro (2000, p.75) refere que “os corpos são o que são na cultura” e que estes corpos e as marcas neles impressas são evidentes indicadores de posições de sujeito, já que elas se constituem como marcas de poder.

Assim como os significados que o corpo carrega são construídos, podendo ser multiplicados e disputados na cultura; os significados de gravidez, que acontece no corpo, também não estão dados. Para Dagmar Meyer e Maria Simone

Schwengber (2015, p.279), trata-se, dentre outras coisas, “de um acontecimento que transforma a identidade social e cultural de mulher para mãe”, produzindo muitas mudanças nas vidas dessas mulheres, sobretudo, e mais especificamente, se estas forem MVHA.

Se, sob o ponto de vista biológico, a gravidez pode ser entendida como o período que se inicia com a fixação de um óvulo fecundado no endométrio, um corpo grávido não se reconhecerá até que a gravidez seja ‘descoberta’. No contexto da feminização do HIV/aids, é a partir do momento que a MVHA se sabe “infectada” e “gestante”, que ela se torna alvo de uma série de discursos que irão investir em seu corpo de modo a educá-lo e manejá-lo como um corpo grávido que vive com HIV/aids, ou ainda, de modo a ensiná-lo a ser corpo grávido que vive com HIV/aids e que previne, ao máximo, a transmissão vertical.

Nesse contexto, os corpos grávidos serão especialmente interpelados pelo discurso biomédico produzido a partir das práticas já descritas, pois não só precisam ser saudáveis como qualquer outro corpo, mas, sobretudo, por se constituírem como ‘ambiente’ de desenvolvimento de uma nova vida. Será preciso vigiar e controlar este espaço, para garantir a produção de outros indivíduos saudáveis e, no caso, sem HIV/aids.

Em sua tese de doutorado, Maria Simone Schwengber (2006, p.20) utiliza o termo “invenção do corpo grávido” ao discutir a lógica de educação dos corpos que emerge no século XVIII que, com forte apoio no discurso médico, atua na conformação dos cuidados com a família, significando-os como atribuições praticamente exclusivas das mulheres desde a gravidez.

Portanto, a noção de um sujeito corpo grávido será significada no âmbito de um discurso fortemente biomédico, ao qual, no contexto do HIV/aids, se articula o discurso de vigilância epidemiológica, uma vez que se impõe a necessidade de diminuir as taxas de transmissão vertical. Trata-se de uma posição de sujeito limitada à gravidez e relacionada à constituição do útero mais como um ambiente fetal, como espaço de desenvolvimento de uma nova vida, do que como parte integrante do corpo da mulher. Cuidado, nesse contexto, também ganhará novos contornos, por exemplo, ao centrar-se em intervenções médicas nos corpos das mulheres grávidas.

No sentido de enriquecer essa reflexão, recorro a um desdobramento da Linha de Cuidado às PVHA (RS, 2014a). Embora seja necessário afirmar que se

trata de um documento de publicação recente, e que, por isso, muitos desdobramentos ainda poderão ser observados, acredito ser relevante atentar para os primeiros artefatos pedagógicos produzidos a partir do documento, sobretudo sob a forma de cartazes, pois poderiam ser entendidos como prioritários. Um deles se direciona exclusivamente a médicos/as e se relaciona com certa vigilância endereçada aos corpos grávidos.

Figura 3 - Cartaz Calendário Pré-natal RS

CALENDÁRIO DE EXAMES NO PRÉ-NATAL E CONDUTAS

Table with columns: EXAMES, 1º Trimestre (1º Trimestre), 2º Trimestre (2º Trimestre), 3º Trimestre (3º Trimestre), ATIVIDADES, and Condutas/Recomendações Importantes. Rows include: 1º Tri: Ultrassom (1º Tri), 2º Tri: Ultrassom (2º Tri), 3º Tri: Ultrassom (3º Tri), 4º Tri: Ultrassom (4º Tri), 5º Tri: Ultrassom (5º Tri), 6º Tri: Ultrassom (6º Tri), 7º Tri: Ultrassom (7º Tri), 8º Tri: Ultrassom (8º Tri), 9º Tri: Ultrassom (9º Tri), 10º Tri: Ultrassom (10º Tri), 11º Tri: Ultrassom (11º Tri), 12º Tri: Ultrassom (12º Tri).



A participação do parceiro da gestante no Pré-natal é fundamental! Incluir o parceiro nas consultas estimula a paternidade responsável. Solicitar os exames de rotina, não esquecendo do exame de HIV e Sífilis. Testar e tratar o parceiro é necessário para prevenir a transmissão vertical do HIV e a Sífilis congênital!

Quadro 1: Esquema Terapêutico para sífilis e Controle de Cura. Table with columns: Estadiamento, Esquema Terapêutico, Alternativa (caso não seja possível), Regime de teste não expandido - VDRL ou RPR. Rows: Sífilis primária, Sífilis secundária, Sífilis terciária.

Quadro 2: Outras IST no Gestante. Table with columns: Tricomoníase, Vaginite bacteriana, Gardnerella Vaginosa. Rows: Tricomoníase, Vaginite bacteriana, Gardnerella Vaginosa.

Quadro 3: Esquema Vacinal. Table with columns: Vacinas, Esquema. Rows: Atualização, Vacina BCG, Vacina Hepatite B.

Fonte: Arquivo pessoal, 2015

Figura 4 - Cartaz Calendário Pré-natal RS (zoom)

CALENDÁRIO DE EXAMES NO PRÉ-NATAL E CONDUTAS

EXAMES	1º Trimestre 1ª Consulta	2º trimestre (>20 sem)	3º Trimestre (>28 sem)	RESULTADOS	Condutas/ Recomendações importantes
Tipagem Sanguínea e Fator Rh	X			Gestante com Rh - e parceiro com Rh + ou desconhecido	Solicitar teste de Coombs indireto; -Coombs Negativo: repetir exame a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana -Coombs Positivo: encaminhar a gestante para pré-natal de alto risco
Hemograma	X		X	Hb > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato/dia (200 mg), que corresponde a 40 mg de ferro elementar/dia.
				Hb entre 8g/dl e 11g/dl – Anemia leve a moderada	A) solicitar exame parasitológico de fezes e tratar as parasitoses, se presentes. B) tratar a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Recomenda-se 5 drágeas/dia de sulfato ferroso pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite) 1 hora antes das refeições; C) Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: - Se níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a Hb atingir 11g/dl. Neste momento, iniciar a dose de 40mg de ferro elementar; Repetir a dosagem no 3º trimestre. - Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou diminuir, referir ao pré-natal de alto risco.
				Hb < 8 g/dl – Anemia grave	Encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco.
Glicemia de Jejum	X		X	85 – 119 mg/dl > 110 mg/dl	Realizar TTG de 24 a 28 semanas de gestação Repetir o exame de glicemia de jejum. Se for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional
TTGO 75g (se glicemia estiver ≥ de 85mg/dl ou se houver fator de risco – preferencialmente na 24ª a 28ª semana)		X		Jejum < 110mg dl 2h < 140mg/dl Jejum > 110mg dl 2h > 140mg/dl	Teste negativo DM gestacional
Exame para Sífilis (Preferencialmente Teste Rápido - TR ou VDRL)	X		X	TR ou VDRL Não Reagente	Realizar aconselhamento. Repetir exame após 28ª semanas e na internação para parto ou aborto.
				TR ou VDRL Reagente	Seguir esquema terapêutico para sífilis na gestante (quadro1) e testar parceiro (iniciar tratamento imediatamente). Nos casos de TR Reagente , o VDRL é obrigatório para acompanhamento e controle de cura. Nos casos de VDRL Reagente , confirmar com teste treponêmico (TR, FTA-Abs, ou MHA), se for Não Reagente . Na impossibilidade de realizar confirmatório, sem história de tratamento anterior e sem evidências clínicas latente tardia. Controle de Cura sorológica: VDRL mensal. A elevação de títulos dos testes não treponêmicos em 2 diluições consecutivas, justifica um novo tratamento.
Anti- HIV (preferencialmente Teste Rápido – TR)	X		X	HIV Não Reagente	Realizar aconselhamento. Repetir exame no 3º trimestre de gestação e na internação para parto ou aborto.
				HIV Reagente*	Instituir medidas para Profilaxia de Transmissão Vertical do HIV . - Pré-natal: solicitar imediatamente a Carga Viral (CV) e CD4. Agnotipagem está indicada (conforme fluxo de trabalho) a partir da 14ª semana em todas gestantes, independente dos exames acima. Orientar sobre o uso do AZT IV no parto e AZT xarope para RN por 4 semanas, contra-indicação de acompanhamento do RN até confirmação diagnóstica. (18 meses). O PN da gestante com HIV será compartilhado entre a Atenção Básica e SAE *Considera-se HIV reagente resultados conforme o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção do HIV (Pt

Fonte: Arquivo pessoal, 2015

O cartaz será disponibilizado para todos os serviços do estado. Nele, constam todos os exames que devem ser feitos pelas mulheres grávidas, dependendo do trimestre de gestação, e quais condutas clínicas, recomendações e encaminhamentos devem ser feitos de acordo com os resultados dos exames. Uma vez que sugere a existência de falhas no cuidado pré-natal no país, é importante que se atente para o fato de que,

[...]apesar de 98,5% das gestantes terem acesso ao pré-natal, e do aumento da detecção do HIV e sífilis em gestantes, são observadas elevadas taxas de incidência de casos de sífilis congênita e de transmissão vertical do HIV. (BRASIL, 2014b, p.13).

A situação é ainda mais preocupante no Rio Grande do Sul, que apresenta uma alta taxa de HIV em gestantes e também de sífilis. Além disso, uma das estratégias do Plano de Enfrentamento da Feminização foi assegurar a “Garantia de acesso ao diagnóstico e ao tratamento das DST nas gestantes adultas, adolescentes e jovens, com atenção nas ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis” (BRASIL, 2009, p.39).

Nesse contexto, e sem desconsiderar a importância das ações sugeridas, seria importante, a meu ver, olhar para esses corpos grávidos, assim examinados, prescritos e conduzidos, para além de sua constituição ‘molar’, ou seja, considerando o contexto cultural e social em que se inserem e se constituem como mulheres. O Plano de Enfrentamento da Feminização refere, por exemplo, a escolaridade de mulheres grávidas que vivem com HIV/aids: dos 47.405 casos notificados no país de 2000 a 2009, 14,5% têm entre nenhum e 3 anos de estudo; 38,3% têm de 4 a 7 anos de estudo; e, 24%, de 8 a 11 anos de escolaridade.

Os índices de baixa escolaridade dessas mulheres, rearticulados no âmbito do quadro conceitual da vulnerabilidade, me levam a indagar: que características e, sobretudo, que condições de vida dessas mulheres que vivem com HIV/aids, representadas para além de corpos grávidos que deveriam ter acesso a um cuidado pré-natal adequado, poderiam ser levadas em conta de modo a influir neste processo de “redução da transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita no nosso país” (BRASIL, 2014b, p.13)? Será esse apenas um desafio epidemiológico ou, de forma muito mais importante, um desafio político a ser superado – uma vez que compreendamos o HIV/aids não somente como doença biológica, mas política?

Além disso, no interior de processos de significação do cuidado a esse corpo grávido, outro tensionamento se dará: a noção do feto como um sujeito de direitos (à vida, à saúde, a nascer sem HIV). E torna-se, nessa perspectiva, possível falar em um *cuidado consigo* como justificativa para um *cuidado com o outro*. O excerto a seguir, me leva a tal reflexão:

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, que visa assegurar **à mulher uma rede de cuidados** (planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério) e **à criança o direito** ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.” (BRASIL, 2014b, p.10, grifo nosso)

O trecho acima foi retirado do documento ‘Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para a redução e eliminação’, no momento em que apresenta a prevenção e tratamento das DST, HIV/aids e hepatites virais como ações do componente pré-natal da Rede Cegonha. O que me chama a atenção é como

“direito” encontra-se articulado à criança. Não que se coloque em xeque tal concepção, ou mesmo que não se reconheça a importância da instituição de uma rede de cuidados às mulheres mães como um direito delas, porém, em certa medida, pode constituir-se num paradoxo para as mulheres.

Poderíamos pensar, nessa direção, que assumir e realizar os cuidados prescritos para as mulheres constitui-se como um dever (delas e dos/as profissionais da saúde), direcionado à realização de um direito de outro indivíduo. Nessa perspectiva, seria possível afirmar que esse sujeito *corpo grávido* é, em grande medida, um sujeito de deveres, ou seja, cuidado teria mais um sentido a ser explorado: o cuidado consigo, como uma instância de realização do direito do feto, seria um dever das mulheres grávidas.

Nessa espécie de jogo (cuidado como direito e como dever), o útero, para além de sua função biológica, emerge como objeto político, afinal, passa a integrar a justificativa de uma “medicalização minuciosa dos corpos e do sexo das mulheres em nome da responsabilidade que elas teriam relativamente à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (FOUCAULT, 2014, p.159). O útero, como um espaço de garantias de direitos [do feto], não é mais tomado apenas em sua dimensão anatomofisiológica, pois passa a ser gerido pelo Estado numa perspectiva que transborda ao biológico; a ele são direcionadas tecnologias de gestão política, ideológica e jurídica.

Em relação à esfera jurídica, Naiara Bittencourt (2015) refere que há uma cumplicidade e articulação entre essa e a esfera disciplinar da biopolítica. A autora argumenta que existem tipos penais exclusivos de mulheres, como o aborto e o infanticídio, ambos sustentados pela representação que significa a maternidade como instinto inato das mulheres. Porém, no Código Penal Brasileiro, não se observa a existência de “nenhum crime tipificado exclusivamente ao sexo masculino”, não determinando nenhuma conduta específica que seja relacionada com o fato de ser homem (BITTENCOURT, 2015, p.239). Na mesma direção é possível dizer, também, que para as mulheres grávidas, e sobretudo para as MVHA, o cuidado de si acaba se tornando um imperativo, visto que por meio dele se realiza o direito à vida saudável do sujeito feto/criança.

Meyer (2005), ao discutir o processo de politização da maternidade, reflete acerca dos dilemas relacionados ao campo dos direitos, permeado de conflitos e de disputas que o inserem em contextos sociais e políticos historicamente variáveis. A

autora aponta para a crescente representação do feto como um “cidadão portador de direitos”, direito que se desdobra, entre outras coisas, em um ambiente saudável e adequado para completar seu desenvolvimento até o nascimento: o corpo da mulher grávida.

Não se trata, aqui, de negação das recomendações, exames e condutas a serem dispensadas às mulheres durante o período pré-natal, mas de refletir sobre os efeitos de poder dessa representação que, dentre outras coisas, pode significar a mulher grávida como uma ameaça, contribuindo para processos de marginalização de determinadas populações, conforme a matéria abaixo, publicada pela jornalista Giovanna Balogh (2015):

Grávida de nove meses é internada contra a sua vontade
em hospital municipal

Uma moradora de rua de 22 anos, grávida, está internada contra a sua vontade há um mês na Santa Casa de Suzano, na Grande SP. A mulher, que tem o nome preservado, está no último mês de gestação e é mantida com escolta policial mesmo sem haver razões clínicas ou uma ordem judicial para mantê-la internada.

A Justiça determinou, em agosto, a busca e apreensão dela para fazer exames e avaliar as condições do bebê e da mãe após um pedido feito por uma promotora da Vara da Infância e Juventude da cidade. A Promotoria alegava que era preciso garantir o direito da gestante e do nascituro (feto) e, por isso, foi pedida a antecipação da tutela para deferir a internação compulsória da paciente. A juíza, porém, determinou que ela fosse apenas examinada por médicos.

A cesárea da gestante, segundo denúncia, teria sido agendada para sexta-feira (11). A cirurgia, no entanto, teria sido adiada após o caso ter se tornado público. “Claramente esse é mais um caso Adelir onde querem obrigar uma mulher a ter a cesárea contra a sua vontade e ser tratada como uma criminosa”, diz a defensora pública, referindo-se ao caso de Adelir Carmem Lemos de Goes, que em abril de 2014 foi submetida a uma cesárea contra sua vontade após uma determinação judicial. O caso ocorreu na cidade de Torres (193 km de Porto Alegre). O hospital, no entanto, nega a intenção de fazer a cirurgia na paciente. (BALOGH, 2015, p.1).

Na mesma direção, esse processo de criminalização não é incomum no meu cotidiano de trabalho. Com frequência cada vez maior, mulheres grávidas que vivem com HIV/aids e que não conseguem ou, em alguma medida, não querem realizar os exames e tomar a medicação antirretroviral durante o pré-natal são, também ali, denunciadas a instituições jurídicas de proteção à infância e juventude. Ainda por minha experiência profissional, observo que, após o parto, ou após os/as filhos/as deixarem de ser acompanhados pelo serviço, ou mesmo com a perda da guarda da criança, essas mulheres deixam de ser alvo desses serviços, uma vez que não há atividades direcionadas às MVHA que não se encontram no período gestacional.

Aline Albichequer (2007, p.134), em sua pesquisa, observa como as ações educativas nos serviços de saúde costumam abordar as mulheres apenas enquanto potenciais cuidadoras. Para a autora, a partir dessa atitude, corre-se o risco de “não enxergá-las enquanto mulheres que vivem em determinados contextos socioeconômicos e culturais que facilitam ou não a prevenção de DST/aids”.

Desse modo, reduzido ao habitat de uma nova vida, os corpos das mulheres grávidas irão entrar em um regime de controle e regulação. Como vimos, um importante poder-saber que vai incidir sobre os corpos e a vida refere-se à medicina. Foucault (2008) toma a medicina como uma estratégia biopolítica e a define como importante forma de controle das sociedades capitalistas sobre os indivíduos, que vai se efetuar *no corpo e para o corpo*. Em linhas gerais, a biopolítica nomeia a forma como se desenvolveu a organização do poder sobre a vida e aponta para os processos biológicos assumidos mediante intervenções e controles reguladores: a proliferação, os nascimentos, a mortalidade, o nível de saúde (FOUCAULT, 2014, p.150), estando o corpo implicado em grande parte delas.

As mulheres têm sido particular e historicamente interpeladas pela medicina e pelas políticas públicas de saúde com base em sua função reprodutiva. Segundo Tonia Costa e demais autores (2006, p.368), por exemplo, desde o fim do século XVIII, as descrições médicas dos corpos de mulheres aliavam-se a evidências de que a sexualidade feminina “associava-se às funções de mãe e esposa, e que o desejo sexual das mulheres era, por natureza, menor do que o dos homens”.

Essas formas como o corpo grávido aparece nas políticas e práticas da saúde, de certa maneira, convoca as mulheres a outro posicionamento: como mães responsáveis. Se desses corpos é esperado responsabilidade para seguir as recomendações e condutas médicas e da equipe de saúde durante a gravidez, das

mães responsáveis será esperado que façam “tudo direitinho”. Assim, tal posicionamento não cessa com o parto, ou mesmo inicia na gravidez, mas estende-se por toda a vida das mulheres.

4.1.2 Ser mãe é fazer “tudo direitinho”?

Como vimos, a “maternidade continua sendo afirmada como um elemento muito forte da cultura e da identidade feminina pela sua ligação com o corpo”, diz Lucila Scavone (2004, p.184), fazendo com que as mulheres acabem sendo concebidas como ‘cuidadoras naturais’. Como decorrência dessa biologização da maternidade, designa-se a elas, por exemplo, a responsabilidade de um determinado cuidado aos filhos e à família.

Se o discurso biomédico tem responsabilidade na condução dos corpos grávidos, a responsabilidade de seguir tais condutas parece ser atribuição exclusiva das mulheres, o que vai tornar possível, juntamente com a interpelação por outros discursos, a constituição de outra posição de sujeito: *a mãe responsável*.

Nessa direção, é possível afirmar que a biopolítica investe nos indivíduos enquanto “sujeitos de aprendizagens corporais, administráveis e gerenciados intensivamente desde sua forma de embrião, no útero, até o seu leito de morte”, fazendo das mulheres alvos em potencial de estratégias de uma vigilância que “continua atribuindo especialmente à mãe a responsabilidade de gerar e criar seres humanos perfeitos” (MEYER, 2005, p.87), saudáveis e, no caso, sem HIV/aids.

Acredito que a constituição do *sujeito mãe responsável*, nesta investigação, pode ser sustentada por três importantes argumentos: a) trata-se de uma posição de sujeito que transborda o corpo grávido, ou seja, o antecede e não se finda com o parto ou fim da gravidez; b) é um sujeito que apresenta uma relação peculiar com o cuidado, sobretudo no contexto do enfrentamento à transmissão vertical do HIV/aids; e c) a responsabilidade materna conecta-se com uma responsabilidade social. Além disso, trata-se de um processo que se dá na articulação de diferentes discursos. À medida que me proponho a discutir as características desse sujeito mãe responsável, tenciono discutir também alguns desses discursos.

a) *Sujeito mãe responsável: uma posição para toda a vida?*

Tomo uma das peças publicitárias encomendadas pelo Ministério da Saúde para o dia das mães de 2015 para iniciar esta discussão, porque ela me forneceu algumas pistas para pensar a mãe responsável como uma posição que transborda o corpo grávido. Trata-se de um vídeo articulado ao documento ‘Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: estratégias para a redução e eliminação’, conectado ao componente pré-natal da Rede Cegonha quando se trata do enfretamento do HIV/aids. Endereçado às mulheres mães, objetiva orientá-las não só a fazer os testes de HIV, hepatites e sífilis, mas, sobretudo, a fazer *“tudo direitinho”*.

Música de ninar ao fundo. Cenas de uma mulher dando banho em um bebê, pegando-o depois no colo.

Voz da mãe: ***“É, filhão, eu fiz tudo direitinho para esperar você. Este quartinho lindo, as roupinhas fofas, os bichinhos e o mais importante: um pré-natal completo”***.

A mãe aparece amamentando o bebê numa poltrona com a mão esquerda amparada por um travesseiro, de modo a mostrar uma aliança dourada no dedo anelar, enquanto continua a fala.

Voz da mãe: ***“Eu fiz todos os testes de HIV, hepatites e sífilis”***.

Mãe coloca o bebê para dormir e agora fala diretamente a ele:

Mãe: ***“Tudo para você nascer assim: lindo e saudável”***

Ela apaga a luz e sai de cena, deixando o bebê centralizado na imagem, que vai desfocando.

Locutor: ***“Procure uma unidade de saúde. Faça os testes. Ministério da Saúde. Governo Federal”*** (BRASIL, 2015a)

Mais do que atentar para a testagem de HIV, hepatites e sífilis durante o pré-natal como um dever das mulheres mães para com seus/suas filhos/as (vide verbo no imperativo: “Faça”), o vídeo provoca questionamentos e problematizações acerca dos processos que constituem o que se nomeia como *mãe responsável*. A primeira questão se refere ao grupo de mulheres representado no artefato acima descrito e

que possíveis efeitos essa representação tem para a constituição da posição de sujeito aqui a delinear. Assim, uma das características do vídeo que primeiro me chamou a atenção se refere à representação de uma mulher mãe que não vive com HIV/aids, visto que aparece amamentando (a amamentação é enfaticamente contraindicada às mulheres mães com HIV/aids).

Sendo possível identificar a peça acima como um artefato cultural de prevenção, fazer “tudo direitinho” significa, em primeira instância, prevenir-se, seja da infecção pelo HIV/aids, seja fazendo os testes preconizados para evitar a transmissão vertical. Segundo Vera Paiva (2009, p.41-42), em geral, as PVHA não costumam ser tomadas como sujeitos prioritários de programas preventivos, mas sim os indivíduos soronegativos – a “metáfora de ‘todos’”. É “como se as PVHA pertencessem a uma outra nação, sem direitos (à prevenção segundo suas necessidades)”. Além disso, se vivem com HIV/aids, é porque já ‘falharam’, de alguma forma, em sua prevenção, no seu autocuidado, não fazendo “tudo direitinho”.

Para a autora, ainda que tais programas preventivos não possam transformar de forma radical o cenário de desigualdades de gênero, classe social e outros processos de discriminação relacionados a vulnerabilidades ao HIV/aids, poderiam fazer a diferença, desde que atentassem para uma nação constituída de cidadãos que vivem e que não vivem com HIV/aids, aprofundando, assim, uma necessária continuidade entre prevenção e assistência.

No que diz respeito diretamente ao sujeito *mãe responsável*, para constituir-se como tal será preciso, antes, ser uma mulher responsável. E, nesse contexto, uma mulher responsável evitaria infectar-se com HIV, protegendo-se, usando preservativo em todas as suas relações sexuais, inclusive com parceiros estáveis, como namorado e marido – conforme tem sido recomendado no âmbito do aconselhamento para testagem de HIV nos serviços de saúde. O Plano de Enfrentamento da Feminização (BRASIL, 2009, p.21) aponta a “dificuldade [das mulheres] em negociar o sexo protegido” e “o não uso do preservativo com o/a parceiro/a” como um dos vários fatores “que contribuem para que as mulheres estejam mais susceptíveis às DST” referindo, ao mesmo tempo, que as desigualdades de gênero são centrais para a construção das vulnerabilidades femininas ao HIV/aids.

Os discursos oficiais de prevenção, ao recomendarem o uso de preservativo – usualmente o masculino – em todas as relações sexuais, incorporam, também, a

priori, a necessidade de ‘capacitar’ mulheres para a negociação do sexo seguro. Mas quando a prevenção ‘falha’ e a mulher se infecta, o posicionamento desta como ‘mais’ ou ‘menos culpada’ dependerá muito do contexto da infecção. Esse argumento se sustenta com reflexões sobre minha prática profissional, na qual, me parece, sentidos diferentes emergem e circulam quando: a) a infecção acontece no interior de uma relação estável, a princípio, monogâmica, quando a mulher foi traída pelo parceiro, ou b) se aconteceu a partir de um relacionamento extraconjugal dessa mulher, evidenciada especialmente por um exame não reagente do parceiro. Essa questão mereceria uma densa problematização em torno dos processos que instituem expectativas sociais sobre o exercício da sexualidade de homens e mulheres – onde homens seriam culturalmente concebidos como ‘mais inclinados a traições conjugais’. Porém, particularmente, o meu interesse aqui é enfatizar que, sob o ponto de vista do discurso preventivo, que diz a *todos/as* para usarem sempre camisinha, não deveria existir diferença entre ter se infectado em uma relação sexual conjugal ou extraconjugal. Porém, parece haver uma articulação entre discurso preventivo e discurso moral, que faria deslizar os significados da infecção pelo HIV/aids.

Tal deslizamento, por sua vez, poderia incidir, inclusive, na decisão pela negociação ou não do uso do preservativo. Adotar um comportamento preventivo em uma relação estável significa que a infidelidade do/a parceiro/a é uma possibilidade, o que “é problemático, na medida em que põe em xeque a lealdade e a reciprocidade de sentimentos que, na nossa cultura, devem pautar as relações conjugais estáveis” (MEYER *et al.*, 2004, p.1315).

Outro aspecto interessante a ser observado refere-se ao fato de que, além de não estar infectada pelo HIV/aids, a mulher do vídeo é casada: “**a mão esquerda amparada por um travesseiro, de modo a mostrar uma aliança dourada no dedo anelar**”. A aliança, que aparece com certo destaque, poderia ser tomada aqui como símbolo do casamento monogâmico e da família heteronormativa. Para Bárbara Sordi *et al.* (2015), no contexto do HIV/aids, ainda parece funcionar o pressuposto que representa o casamento, pautado pela moral heteronormativa, como garantia de proteção às mulheres.

Essa representação, segundo Louro (2000), é uma construção histórica que, além de remeter à heterossexualidade, remete também ao homem branco, de classe média urbana e cristão, como uma referência de lugar social, a partir da qual todos

os outros sujeitos que aí não se encontram representados deverão ser marcados e nomeados. Dessa forma, a heterossexualidade passa a ser concebida como a 'normal' e, como tal, é naturalizada. Por conseguinte, outras formas de sexualidade serão compreendidas como antinaturais e anormais. Surpreendentemente, todavia, “essa inclinação, tida como inata e natural, é alvo da mais meticulosa, continuada e intensa vigilância” (LOURO, 2000, p.10), exercida por meio de inúmeras práticas e instituições.

Assim, pode-se supor que, ao apresentar como aquela que fez “tudo direitinho”, uma mulher branca, que não vive com HIV/aids e que teve um filho biológico, em uma família heterossexual e monogâmica, o vídeo parece seguir reforçando a ideia de que o HIV/aids estaria ligado a comportamentos promíscuos. Para Fernanda de Carvalho e Cesar Augusto Piccinini (2008, p.1893), a “associação do HIV/aids a desvios sexuais, promiscuidade e prostituição pode ser considerada uma ampla marca na história da epidemia e segue hoje como o aspecto mais enraizado do estigma”.

Até mesmo ao discutir as vulnerabilidades das prostitutas ao HIV/aids, nas Agendas Afirmativas que o compõem, o Plano sugere que, pelos estudos com esta população, o uso inconsistente do preservativo se relaciona à vida sexual com parceiros estáveis não clientes. O documento admite que “com outros grupos populacionais a realidade não é diferente, sendo aspectos advindos das relações afetivas e sociais o fator principal para a exposição” (BRASIL, 2009, p. 47).

De uma mulher responsável se espera que siga as recomendações dos discursos oficiais e previna-se. Não se infectando, essa mulher poderá, por exemplo, amamentar - prática autorizada e legitimada no vídeo quando a mãe diz: “**Eu fiz todos os testes de HIV, hepatites e sífilis**”, enquanto amamenta.

A amamentação por MVHA é contraindicada, devido ao elevado risco de transmissão do HIV por meio do leite materno (BRASIL, 2005). Às mulheres mães que, por falta dessa informação ou desconhecimento de sua sorologia, amamentarem seu/sua filho/a, o Ministério da Saúde indica suspender a amamentação imediatamente. Além disso, há indicação de uso de medicação inibidora da lactação a ser administrada nas MVHA logo após o parto¹³.

¹³ Portaria nº 822 GM/MS, de 27 de junho de 2003, institui o uso da medicação cabergolina nas puérperas que vivem com HIV/aids a fim da supressão da lactação. (BRASIL, 2003).

Acontece que diferentes discursos se articulam, contemporaneamente, para constituir a amamentação como expressão de uma determinada forma – hegemônica e desejável – de vivenciar a maternidade, evocando, a partir de uma função biológica das mulheres (mais precisamente de seus corpos, mamas e úteros), comportamentos, sentimentos e práticas entendidos como naturais, e, portanto, fixos, das mulheres mães (MEYER, 2000). Um desses discursos é o científico que, através de inúmeros estudos, tem apontado, de diversas formas, os benefícios (físicos, emocionais e cognitivos) da amamentação nos dois primeiros anos de vida, seja para o desenvolvimento durante a primeira infância, seja, inclusive, na fase adulta.

Em estudo prospectivo de coorte, Cesar Victora *et al.* (2015), por exemplo, estabeleceram uma associação entre amamentação e inteligência, nível de escolaridade e renda aos trinta anos de idade. Em linhas gerais, o estudo *demonstra* que as crianças amamentadas por até um ano, apresentaram um QI 4 pontos superior do que aqueles que foram menos ou não foram amamentados. Não se trata, aqui, de colocar em xeque os resultados da pesquisa. A interessante reflexão que ela suscita é como tais resultados se incorporam a um discurso científico que ajuda a produzir e atualizar representações de maternidade e, no caso, de amamentação, como uma prática imperativa, capaz de garantir não só a saúde física dos/das filhos/as e a construção do vínculo mãe-filho, como também o seu desenvolvimento cognitivo e, numa relação linear de causa-efeito, o sucesso escolar e profissional dessas crianças.

Acontece que, paradoxalmente, para as mulheres mães que vivem com HIV/aids, a amamentação que simbolicamente representa saúde em seus termos mais amplos e, conforme a pesquisa amplamente divulgou, até uma certa garantia de sucesso escolar, passa a ser representada como uma ameaça para o/a filho/a. Charmênia Cartaxo *et al.* (2013, p.424), em sua pesquisa, apontam que gestantes vivendo com HIV/aids demonstram certo receio diante dos familiares e amigos, pois se estes as “perceberem em condições de amamentação, sem fazê-lo, poderão emitir repreensões por sua recusa, o que exigiria a revelação da soropositividade ou um maior esforço para ocultá-la”. Além disso, e de forma importante, as gestantes entrevistadas no estudo sentiram-se frustradas e culpadas pela impossibilidade da amamentação, entendida por elas como fundamental para o vínculo afetivo com os/as filho/as, uma vez que ela é assim representada, intensiva e cotidianamente,

nas pedagogias da amamentação vigentes no país. É importante que se diga que as mulheres fazem essas aprendizagens, da amamentação associada ao vínculo e suas vantagens, muito antes de engravidarem e/ou mesmo de se descobrirem vivendo com HIV/aids.

Então, uma vez infectada, uma mãe responsável que vive com HIV/aids, ao contrário de outras, não amamenta. Talvez fosse possível pensar que esse interdito acaba sendo vivido, por muitas delas, como uma expiação por terem se infectado, ou ainda, uma vez sabidamente infectadas, por terem engravidado mesmo assim.

No vídeo, a fala “**É filhão, eu fiz tudo direitinho para esperar você. Este quartinho lindo, as roupinhas fofas, os bichinhos, e o mais importante: um pré-natal completo**” nos ajuda a pensar o que poderia ser entendido como fazer “tudo direitinho”. Pelo visto, não se trata apenas da realização de “um pré-natal completo”, já que esse é colocado no interior de uma série de outras ações, como fazer um “**quartinho lindo**”, providenciar “**roupinhas fofas**” e “**bichinhos**” de pelúcia. Um dos apontamentos possíveis se refere ao planejamento dessa gestação.

A literatura médica tem apresentado como ideal o início do pré-natal cerca de três meses antes da concepção, o que poderia indicar que “**um pré-natal**” bem “**direitinho**” começa com o planejamento da gravidez – sendo este, em grande parte, responsabilidade das mulheres. Além disso, planejar a gestação não implica somente em mais saúde, mas parece implicar certo planejamento econômico, uma vez que a representação de mulher mãe que o vídeo veicula parece se conectar com referenciais de uma classe média urbana, ao mostrar o quartinho lindo, as roupinhas fofas e os bichinhos de pelúcia, como parte de “fazer tudo direitinho”.

No contexto do HIV/aids, diria que a responsabilidade de planejar a gravidez coloca a mulher diante da necessidade de seguir outras importantes recomendações a fim de minimizar mais os riscos de transmissão vertical ou, no caso de casais sorodiscordantes, o risco de transmissão do HIV para um dos/das parceiros/as.

Em estudo realizado em Porto Alegre, Fernanda Cordova *et al.* (2013, p.99) apontaram para o fato de que dificilmente mulheres que vivem com HIV/aids e seus companheiros conseguem “discutir o assunto gestação com os profissionais de saúde que os acompanham”, o que limita “a oportunidade de exercerem seus direitos sexuais e reprodutivos” e se constitui como um dos principais dilemas referentes às escolhas reprodutivas dessas mulheres. É provável que a opção das MVHA pela gravidez também venha sendo entendida e abordada *a priori*, em muitos

serviços e por profissionais de saúde, como uma gravidez irresponsável, visto que, além da impossibilidade de amamentação, expõe o feto/criança ao risco de nascer infectado. A rejeição dos profissionais de saúde à gravidez no contexto do HIV/aids já tinha sido observada em pesquisa de Silva, Alvarenga e Ayres (2006, p.479), que explica essa rejeição “com o papel preponderante da noção de risco epidemiológico nas práticas assistenciais”.

Mesmo que, a partir do exposto, uma mulher grávida com HIV/aids possa ser representada como mãe irresponsável nas culturas maternas vigentes, seria possível dizer que delas se espera responsabilidade social para que “corrijam” ou revertam os efeitos dessa condição; assim, a essas mulheres se direcionarão discursos específicos durante toda a gestação (corpo grávido) e também após o parto, posicionando-as como as principais responsáveis pela negativação da sorologia das crianças expostas ao HIV.

b) *Sobre um sujeito que apresenta uma relação peculiar com o cuidado.*

O sujeito mãe responsável ao qual me refiro, no contexto da feminização do HIV/aids, além de ter que assumir a responsabilidade pelos cuidados endereçados às mulheres mães e já discutidos na seção anterior, também será interpelado, incisivamente, pelo discurso do risco à transmissão vertical. Assim, quem/o que vai dizer o que significa fazer “**tudo direitinho**” para uma mulher grávida vivendo com HIV/aids será, em grande parte, o discurso biomédico.

Por meio da noção de que a biopolítica “é normatizadora, ou seja, tão importante quanto é para ela, por um lado, potencializar a vida também é, por outro, um empenho em torná-la dócil e amestrada”, coloca Ana Maria Escobar (2009, p.7), seria possível pensar que uma mãe responsável pressupõe um corpo grávido dócil. Não basta, portanto, apenas tomar o corpo grávido como objeto de intervenção, uma vez que ele se encontra *livre* para tomar as decisões que lhe apresentam e que tendem a ser múltiplas. Assim, vale lembrar que o próprio conceito de poder foucaultiano enseja que liberdade é condição de existência para as relações de poder (que nesse contexto poderiam ser entendidas como aquelas que se instituem entre o corpo grávido e os agentes biomédicos), sendo da ordem do governo destes corpos e não da coação ou da força (FOUCAULT, 1995).

Para governar os corpos grávidos, então, será necessária a articulação do discurso do risco epidemiológico com outros discursos, incluindo o do amor materno,

por exemplo, de modo a fazer com que as mulheres grávidas que vivem com HIV/aids sigam todas as orientações das equipes de saúde. De certa forma, são investimentos realizados ao longo de toda a vida das mulheres, para que elas sejam constituídas como mães responsáveis (das brincadeiras generificadas na infância à pressão que sofrem para serem mães quando atingem uma determinada idade).

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) argumentam que a implementação de políticas e ações de saúde fundadas exclusivamente na noção de risco epidemiológico pode (paradoxalmente) ser potente para a difusão de ideias e valores que tendem a culpabilizar as vítimas. Isso permite à mulher mãe que não segue as condutas prescritas pelos profissionais da saúde, não importando a sua realidade sociocultural, por exemplo, ser culpabilizada pela infecção do/a filho/a e, muito provavelmente, qualificada como irresponsável – mas não uma irresponsável qualquer, e sim como uma mulher que ‘nega a sua natureza’, que não cuida, que não ama. Então eu diria que as mulheres, num contexto de gravidez e cuidados maternos, não seguindo condutas biomédicas, colocam em xeque sua própria ‘natureza’ feminina, o que pode causar efeitos sérios em suas vidas.

Talvez seja possível dizer ainda que, na relação com mulheres grávidas com HIV/aids, a noção de **cuidado** tem seu sentido ressignificado em alguns aspectos importantes: cuidar será entendido como não amamentar, talvez não ter parto normal, ingerir fortes medicações, realizar exames adicionais específicos, além daqueles aos quais todas as outras mulheres mães aderem (ou deveriam aderir) num pré-natal. O que significa considerar que, para além de ampliar o escopo das aprendizagens necessárias ao exercício dessa gravidez e maternidade específicas, a condição de soropositividade demanda, ao mesmo tempo, desaprendizagens complexas relativas ao que está estabelecido como 'dever ser' da maternidade.

Além do mais, os cuidados com a criança após o nascimento também serão mais específicos, com a administração de medicamentos após o parto e exames periódicos para acompanhar se houve ou não infecção por HIV, atitudes de responsabilidade quase que exclusiva das mulheres mães. Não podemos esquecer que essa mulher vive com HIV/aids, devendo também fazer uso correto de sua medicação antirretroviral por toda a vida, uma vez que ela tem uma criança que precisa dela para viver (ainda mais se for infectada); assim, é preciso “manter suas mães vivas” (OMS, 2011, p.8).

Em estudo sobre a adesão aos antirretrovirais realizado no interior de São Paulo, entre as mulheres entrevistadas, mais da metade alegou já ter abandonado o tratamento ao menos uma vez desde o seu início. Todas apresentaram piora em seu estado de saúde com o abandono. Porém, a ocorrência de doença oportunista e a preocupação de deixar seus filhos órfãos e não vê-los crescer foram apontadas como os principais responsáveis pelo retorno ao tratamento, conforme Gabriela Felix e Maria Filomena Ceolim (2012). Segundo as autoras

[...] as mulheres referiram buscar forças na maternidade para manterem a adesão. A mulher deixa, muitas vezes, de se preocupar com a morte em seu contexto individual e passa a se preocupar com a morte em função dos filhos, pois sabe que os mesmos dependem dela para sobreviver e sente-se na obrigação de protegê-los contra o preconceito que possam vir a sofrer frente à visão que persiste na sociedade quanto aos estereótipos relacionados à aids (FELIX; CEOLIM, 2012, p.890).

O estudo das autoras visibiliza como as mulheres incorporam, fortemente, os pressupostos do amor incondicional e da abnegação que são constitutivos da noção de responsabilidade materna hegemônica em nossa cultura. Assim, poderíamos dizer que o discurso da maternidade serve à biopolítica na medida em que essa articulação permite que a vida dessas mulheres passe a ser governada em função da vida de suas crianças (ou talvez até de outros familiares). Para além disso, reforça-se a ideia de que os encargos atribuídos às mulheres no exercício da maternidade consomem grande espaço em suas vidas, demandando tempo, esforços e podendo gerar desgaste físico e emocional. Ou seja, segundo Dolores Juliano em entrevista para Juliana Przybysz (2016), da forma como vem sendo socialmente representada e demandada, a maternidade possui um custo biológico e social diferente, maior, do que a paternidade.

Em síntese, às mulheres grávidas com HIV/aids serão direcionados quase os mesmos discursos que para outras mulheres, porém existirão peculiaridades do cuidado consigo e com o/a filho/a, em função do risco de transmissão vertical, que aumentam consideravelmente o peso da maternidade e as possibilidades de culpabilização dessas mulheres mães.

c) Sobre a responsabilidade materna como responsabilidade social.

Como já visto, cuidar parece ser a mais importante responsabilidade atribuída às mulheres mães. Muitas são as ações maternas que implicam não só em saúde

para seus/suas filhos/as (e demais membros da família) na infância, como também incidem, segundo pesquisas já citadas, na vida futura dos adultos. Por isso, nessa perspectiva, manter os corpos dóceis e as “mães vivas” e responsáveis se traduziria tanto em crianças mais saudáveis e sem HIV/aids quanto teria repercussões sociais mais amplas.

O Plano de Enfrentamento da Feminização (BRASIL, 2009, p.6) evoca a afirmação abaixo ao falar sobre a importância das políticas intersetoriais que trabalham para a afirmação e efetivação dos direitos assegurados às mulheres, nos tratados internacionais e na legislação brasileira, e da redução das desigualdades no país. Além disso, fomenta uma discussão acerca do posicionamento da mulher como parceira do Estado e agente de desenvolvimento social.

No mundo, há cada vez mais consenso que mulheres com saúde, escolaridade e autonomia incidem positivamente na produtividade econômica, na educação das gerações futuras e na construção de uma cultura de paz.” (BRASIL, 2009, p.6)

Parece-me que, em grande parte, o posicionamento das mulheres, sua saúde e seu bem-estar, colocados em relação com a população e, inclusive com a economia, é o que vai justificar o enfrentamento às desigualdades de gênero. Ou seja, pode significar que a posição de sujeito mulher, nos discursos da saúde, atrelada à posição de mãe, cuidadora, pacificadora, historicamente atribuída às mulheres e ao feminino, é constantemente atualizada e passa a ser cada vez mais importante nos discursos sobre desenvolvimento social da atualidade.

Em seus estudos sobre a “politização da maternidade”, Meyer (2005, p.83) defende que “políticas e programas públicos, ênfases educativas, instrumentos de diagnóstico e modos de assistir e monitorar mulheres-mães” são configurados por meio de determinados tipos de conhecimento. Para ela, uma das “forças sociais” que, confluindo-se com outras, vai contribuir para que esses discursos sobre a maternidade sejam constituídos e sustentados, diz respeito ao tipo de sujeito que emerge com a racionalidade neoliberal. A pesquisadora se ampara em vários autores/as para argumentar que tal racionalidade tem como uma de suas características “conceber a vida e o indivíduo como empreendimentos infinitamente

“aperfeiçoáveis” e pressupor que todos os indivíduos têm o direito e, sobretudo, o dever de manter, gerir e potencializar o seu próprio bem-estar” (MEYER, 2005, p.87). Penso que seja nessa direção que o excerto apresenta a importância de as mulheres terem: “saúde”, a ser entendida também como “mantê-las vivas”, ou seja, com aptidão física para cuidar de si e dos outros; “escolaridade”, como algo que a capacita não só para o mercado de trabalho, mas ainda para fazer escolhas saudáveis e educar melhor as “futuras gerações”; e “autonomia”, pois elas devem ser capazes de se “autogovernar mais e melhor” na medida em que se capacitam (ou são capacitadas) “para fazer escolhas e responsabilizar-se por elas” (MEYER, 2005, p.87).

Ainda seguindo o argumento de Dagmar Meyer (2005, p.88) a respeito da politização da maternidade, a partir do excerto, torna-se possível observar que a noção de “indivíduo mulher-mãe” pressupõe, além da ideia da mulher como a responsável pelo cuidado das crianças e demais membros da família, a “existência de “um ser que incorpora e se desfaz em múltiplos”: a mãe como parceira do estado, a mãe como agente de promoção de inclusão social”. Assim, os discursos que investem nas mulheres mães o fazem na direção de produzir sujeitos que participem positivamente na produção econômica, **“na educação das gerações futuras e na construção de uma cultura de paz”**.

Essa responsabilidade social com a economia, com o futuro e com a paz, envolvendo as mulheres, especialmente as mães, indica que não bastará apenas “mantê-las vivas”, num sentido *ipsis litteris*, mas é preciso torná-las, de alguma forma, também sujeitos de direitos (à saúde, educação, autonomia, à igualdade no mercado de trabalho, dentre outros), o que vai, inclusive, ao encontro de discursos feministas.

Ao que parece, no contexto da política analisada, uma grande parte desses direitos acaba sendo conectada à responsabilidade das mulheres com o cuidado maternal e seus efeitos na sociedade. Assim, paradoxalmente, o que se define como direito acaba sendo traduzido como dever, e não dar conta deles implica em ser inserida em determinadas classificações e sistemas de controle e regulação, alguns deles sustentados, justamente, pelo vocabulário do risco, tendo efeitos de poder muito concretos na vida dessas mulheres.

Uma vez entendida como ‘natural’ e, portanto, instintiva, a maternidade poderá ser concebida, no contexto brasileiro de saúde pública, como aquilo que justifica o “fazer viver” das mulheres. Porém, se, de acordo com Foucault (2014), o biopoder nas sociedades ocidentais modernas apoia-se na premissa de “fazer viver” e “deixar morrer”, quem seriam as mulheres deixadas à morte? Entendendo o aborto induzido, por exemplo, como um modo de negação da natureza feminina traduzida como instinto materno, seria possível dizer que, no contexto brasileiro, as mulheres que o realizam se incluem nestas vidas que se “deixa” morrer?

É bom lembrar, no contexto da discussão que venho realizando, que a Rede Cegonha emerge considerando a necessidade de reduzir o número de óbitos entre mulheres em idade fértil e óbitos maternos¹⁴; porém, o primeiro componente da política se refere ao pré-natal, ou seja, embora tenha ações voltadas ao “planejamento reprodutivo”, não se propõe a discutir direitos reprodutivos. Reconhecendo que as complicações relacionadas ao aborto inseguro são citadas como uma das principais causas de mortalidade materna, em países subdesenvolvidos, conforme Júlia Gonçalves Dias *et al.* (2015), era de se esperar que a abordagem de tal problema devesse integrar uma política como essa.

Os discursos que dificultam o debate relacionado ao aborto no Brasil, acredito, em muito se conectam com aqueles que estão envolvidos na produção do sujeito mãe responsável: o do amor incondicional e cuidado maternal, um discurso moral e também um discurso fortemente religioso, que, no Brasil, nos últimos anos, encontra-se ligado à “questão da representação política da comunidade confessional no parlamento brasileiro”, onde vemos agendas defendidas pelos movimentos feministas e LGBTTI serem ativamente contestadas (e derrubadas) por grupos evangélicos, coloca Maria Campos Machado (2013, p.63). A reconfiguração dos valores no campo da sexualidade e da reprodução humana ocorre com a assimilação de argumentos científicos – das áreas biomédicas, jurídica e psicológica – e políticos, gerando diferentes discursos no interior do que classificamos como segmentos pentecostais e igrejas renovadas.

Embora não existam muitas pesquisas que associem aborto e MVHA, um estudo realizado por Flávia Pilecco (2014), que entrevistou 684 mulheres vivendo com HIV/aids e 639 que não viviam com HIV/aids, em Porto Alegre, concluiu que,

¹⁴ PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. (BRASIL, 2011).

embora os determinantes encontrados fossem similares entre os dois grupos, a prevalência de aborto entre as MVHA é mais alta, indicando uma maior vulnerabilidade social e necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção do HIV/aids associada à saúde reprodutiva.

Sendo assim, aquilo que justificaria o “fazer viver” das mulheres mães, uma vez que se constituam em (ou se aproximem da constituição de) corpos grávidos dóceis e mães responsáveis pelo futuro das novas gerações, seria o que justificaria o seu “deixar morrer”, na ausência ou negação dessas características. Outro ponto a ser destacado se relacionaria ao fato de que alguns indicadores epidemiológicos serão utilizados para justificar determinadas políticas, o que me faz pensar que aquilo que nos é apontado como “cenário epidemiológico” é uma construção social e que, portanto, expõe como as políticas públicas voltadas à saúde são constituídas no interior de discursos e forças por vezes contraditórias.

De qualquer forma, penso que as questões que surgem ao longo desta discussão possam ser potentes para colocarmos em suspenso os modos pelos quais as mulheres têm sido interpeladas pelos discursos de enfrentamento do HIV/aids. Trata-se de colocarmos em permanente movimento de estranhamento aquilo que é dito e, por isso, praticado, desconstruindo formas de significar cuidado, especialmente na sua relação com gênero.

5 A FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS E SEUS ENFRENTAMENTOS

Para a construção desta unidade analítica, retomo alguns conceitos importantes discutidos ao longo deste trabalho. Linguagem, como pressuposto central desta pesquisa, continua orientando a análise, uma vez que é produzida, mantida e modificada “no contexto de lutas e disputas pelo direito de significar” (MEYER, 2014, p.54).

Assim como na unidade anterior a palavra *cuidado* foi utilizada como fio introdutor da discussão, nesta proponho que a palavra *enfrentamento* tenha atributo semelhante. Embora comum nos documentos atrelados à resposta ao HIV/aids, o termo *enfrentamento* não é de uso corrente na área da saúde, como *cuidado*, por exemplo, e talvez por isso seja difícil encontrar discussões teóricas sobre ele nesse contexto.

Ao iniciar uma reflexão acerca de alguns sentidos que o termo *enfrentamento* pode carregar, procuro problematizar como tais sentidos incidem sobre as ações programáticas propostas pelas políticas em foco. Essa palavra aparece no título da política pública em resposta à feminização do HIV/aids no Brasil: Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (BRASIL, 2007a; 2009), e também tem aparecido nos planos voltados à HSH¹⁵, gays e travestis (BRASIL, 2007b). Além de que muitos de nós a utilizamos ao nos referirmos a ações e políticas relacionadas com o HIV/aids.

Enfrentamento, substantivo masculino que se refere ao ato ou efeito de enfrentar; situação de quem se defronta; confrontação. Vem de *enfrentar*, pôr-se ou estar defronte, encarar, atacar de frente, conforme Antônio Houaiss e Mauro de Salles Villar (2001). Creio que *enfrentar*, sob o ponto de vista semântico, é diferente de *combater* – ainda que também se relacione à embate, confronto – comum na referência a doenças como tuberculose e dengue, por exemplo. Imagino que o termo se conecte também com a participação da sociedade civil, da mobilização de grupos de apoio e solidariedade no que diz respeito à resposta brasileira à doença.

Na política nacional analisada (BRASIL, 2009), enfrentamento aparece frequentemente ligado a lutas lideradas por movimentos sociais, em contextos como: “**enfrentamento ao racismo**” (BRASIL, 2009, p.37), “**a todas as formas de**

¹⁵ HSH – homens que fazem sexo com homens. Trata-se de uma categoria epidemiológica que se refere à exposição sexual, mas que não se relaciona com uma identidade sexual.

violência contra as mulheres” (BRASIL, 2009, p.7), **“das vulnerabilidades institucionais, abrangendo relações de gênero, violações dos direitos humanos”** (BRASIL, 2009, p.42), **“à lesbofobia”** (BRASIL, 2009, p.57). De certa forma, o documento vai delineando que enfrentar a feminização implica enfrentar situações que consideram contextos de vulnerabilidade vivenciados pelas mulheres e que, por sua vez, encontram-se associados às desigualdades de gênero. Enfrentar, desse modo, poderia significar uma luta que extrapola o setor da saúde, inclusive porque uma das características do plano de enfrentamento à feminização deveria ser a intersectorialidade. É possível dizer também que se trata de um termo ligado à conquista de direitos e tentativa de superação das vulnerabilidades, no caso, das mulheres ao HIV/aids.

Aqui, como já referi, é importante considerar que o próprio conceito de vulnerabilidade surge, com Jonathan Mann e outros, ligado aos direitos humanos e à epidemia de HIV/aids. Conforme Mariângela Simão e Eduardo Barbosa (2008), não seria possível desassociar enfrentamento das DST/HIV/aids do referencial dos direitos humanos, uma vez que estigmas e discriminações incidem negativamente no acesso universal à saúde.

O Plano de Enfrentamento da Feminização (BRASIL, 2009, p.3) aponta para essa questão quando objetiva “reafirmar a incorporação da perspectiva de gênero e a garantia dos direitos humanos” como aspectos fundamentais para enfrentar as DST e o HIV/aids em mulheres. Segundo Kimberlé Crenshaw (2002, p.172), ainda que a Declaração Universal dos Direitos Humanos seja extensiva a todos/as, sem distinção de gênero, no passado, os direitos das mulheres e as situações específicas em que sofriam violência eram formulados como distintos de uma visão clássica de abuso de direitos humanos e, portanto, “marginais dentro de um regime que aspirava a uma aplicação universal”, uma vez que se fundamentava nas experiências dos homens. Nessa direção, a autora ressalta a incorporação da perspectiva de gênero (*gender mainstreaming*), destacando a importância das conferências mundiais de Viena e Beijing¹⁶ para a ampliação dos direitos humanos

¹⁶ Na II Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993. A IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, conhecida como Conferência de Beijing, foi realizada em 1995, na cidade de Beijing (Pequim) e discutiu os esforços para o alcance da igualdade plena da mulher na sociedade. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, Egito, em 1994, foi a maior conferência intergovernamental relacionada às populações e também um marco na história dos direitos das mulheres. (CRENSHAW, 2002).

das mulheres. Assim, o ativismo das mulheres possibilitou que seus direitos englobassem especificidades decorrentes das desigualdades de gênero, não se limitando apenas a situações nas quais as vulnerabilidades e abusos sofridos se igualassem aos dos homens.

Entre os princípios e pressupostos que sustentam o Plano de Enfrentamento da Feminização, conforme o próprio documento, estão aqueles ligados aos direitos sexuais e reprodutivos propostos pelas Conferências de Cairo (ONU, 1994)¹⁷, Beijing (ONU, 1995) e reiterados na I e II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2004; 2007) (SPM, 2015). Tais documentos sintetizam conquistas e acordos decorrentes de movimentos globais de mulheres que, desde a década de 1960, colocaram o foco nos direitos reprodutivos. Assim, em 1994, no Cairo, direitos reprodutivos foram definidos como aqueles que

[...] se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo o casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e os meios de assim fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (ONU, 1994, p.1).

Foi, inclusive, na IV Conferência Mundial das Mulheres, em Beijing, que a estratégia *gender mainstreaming* acabou sendo reconhecida e registrada como “transversalidade de gênero”. No Brasil, desde 2004, tal princípio foi incorporado às políticas públicas, na direção de “eliminar todas as formas de desigualdades entre os sexos, nas políticas comunitárias, de emprego, do mercado laboral, da educação, entre outras”, diz Lourdes Bandeira e Hildete Melo (2014, p.142). Dessa forma, quando falamos no processo de feminização do HIV/aids no Brasil, enfrentamento não só se conecta com direitos humanos, como também incorpora a perspectiva de gênero para explicar o que torna as mulheres vulneráveis, em sentido amplo, e que precisaria ser enfrentado no contexto dessa epidemia.

Além disso, é preciso lembrar que as ‘mulheres’ das quais fala a política não compõem um grupo homogêneo e coeso. Nem mesmo significa que exista consenso sobre o que pode ser entendido como ‘mulher’, já que, no plano nacional (BRASIL,

¹⁷ A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, Egito, em 1994, foi a maior conferência intergovernamental relacionada às populações e também um marco na história dos direitos das mulheres. (ONU, 1994)

2009), as mulheres que vivenciam a transexualidade, por exemplo, foram a ele incorporadas – ainda que, na minha experiência profissional, a maioria delas esteja sendo notificada como ‘sexo masculino’¹⁸, aparecendo nas estatísticas como homens.

Como vimos nas discussões anteriores, corpo e, portanto, sexo podem ser entendidos como construtos culturais, assim como gênero. Tal concepção, segundo Silvana Aparecida Mariano (2005), se afasta da ideia de gênero como sendo uma interpretação cultural de sexo, uma vez que sexo também vai ser entendido como uma produção cultural e, por isso, discursiva. Para a autora, é “o discurso cultural hegemônico que normatiza as estruturas binárias de sexo e gênero, estabelecendo limites e possibilidades de configurações do gênero na cultura” (MARIANO, 2005, p.492).

Atualmente, no sistema de informação em saúde, as análises de gênero têm sido feitas a partir do que é informado sobre o sexo do indivíduo, sendo este, muito provavelmente, no âmbito dos serviços de saúde, apreendido e traduzido como o sexo biológico e baseado em documentos oficiais de identificação (ou seja, classificados biologicamente ao nascer como menino ‘ou’ menina). Mas seria possível notificar determinados agravos, como HIV/aids por exemplo, considerando a autodeclaração dos indivíduos a respeito do gênero, assim como é feito em relação à raça? Como isso nos ajudaria a pensar as vulnerabilidades e os enfrentamentos necessários em diferentes segmentos da população de mulheres?

Outro ponto importante trazido pela política nacional se refere à compreensão de que as mulheres não vivenciam as vulnerabilidades ao HIV/aids da mesma forma (BRASIL, 2009), sabendo-se que existem determinados grupos que estão sendo mais fortemente afetados pela doença. Assim, poderíamos dizer que diferentes enfrentamentos, modos de enfrentar e de constituir diferentes frentes, deveriam se organizar no âmbito da feminização.

Uma vez que o enfrentamento não será o mesmo para todas as mulheres, mas estando ele ligado às desigualdades de gênero, será preciso levar em conta que outras marcas sociais se articulam com gênero. Essa articulação acaba produzindo modificações relevantes na constituição das feminilidades

¹⁸ No Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) há o campo ‘sexo’, de preenchimento obrigatório, a ser preenchido como ‘feminino’, ‘masculino’ ou ‘ignorado’. Em geral, se refere ao sexo biológico do indivíduo.

experimentadas por diferentes grupos, ou no interior dos mesmos grupos e, até mesmo, “pelos mesmos indivíduos, em diferentes momentos de suas vidas” (NICHOLSON, 2000; MEYER, 2014).

Por isso, quando nos referimos à feminização é preciso atentar para outros processos que se encontram estreitamente articulados, como a pauperização – o que deveria levar-nos a considerar que o enfrentamento do HIV/aids em mulheres em situação de pobreza demanda um conjunto de ações ainda mais específicas. O mesmo acontece quando o enfrentamento é colocado na relação com raça. Laura Cecilia López (2011), por meio de pesquisa junto ao movimento negro e sua demanda pelo enfrentamento ao HIV/Aids no sul do Brasil, examinou políticas de enfrentamento do agravo, tomando como foco campanhas realizadas em análise na perspectiva da interseccionalidade¹⁹ de raça e gênero. Um dos apontamentos feito pela autora, considerando a relevância da sexualidade na articulação entre raça e gênero no cenário do movimento de mulheres negras, sugere, entre outras coisas, que a disseminação do HIV/aids nessa população precisaria ser dimensionada, também, como uma violência simbólica e física sobre seus corpos baseada na hipererotização.

Nessa perspectiva, esse seria apenas um exemplo de como **enfrentar o HIV/aids** pressupõe **enfrentar o racismo**, por exemplo, compreendendo como opera e reconhecendo

[...] que tanto ele quanto a discriminação racial e as desigualdades sociorraciais e étnicas e suas interações com outros fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos podem produzir efeitos negativos em sua condição de saúde e aumentar a sua vulnerabilidade aos agravos diversos e também às DST e ao HIV/aids (BRASIL, 2009, p.33)

Portanto, tais apontamentos ratificam que o enfrentamento não se relaciona apenas ao combate a uma doença, ao HIV/aids em si, como aquele que comumente emerge no interior dos discursos médicos e biológicos, mas como parte de um movimento de luta das mulheres por direitos. Assim, prevenir e controlar o HIV/aids “Não é uma responsabilidade exclusiva do setor de saúde e, também, **não é responsabilidade exclusiva das pessoas**, como se afirmava nos anos 90” (BRASIL, 2009, p.37).

¹⁹ O termo interseccionalidade se refere às articulações entre a discriminação de gênero, de classe social, a homofobia e o racismo.

Ao mesmo tempo, o Plano de Enfrentamento da Feminização, que foi construído com a participação de diversos movimentos de mulheres, apresenta uma série de termos que surgem ao longo do texto, dos quais destaco **empoderamento** (BRASIL, 2009). São palavras que vão sendo utilizadas para apontar direções, falar sobre um enfrentamento do HIV/aids que, por vezes, parece diretamente relacionado às mulheres.

Em 2010, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), lança a campanha “Camisinha, um direito seu”, ligada ao Plano de Enfrentamento da Feminização e dirigida às beneficiárias do Bolsa Família, com o objetivo de realizar ações de prevenção às DST/aids e disponibilizar preservativos nos serviços ligados ao MDS. Abaixo, cartazes da campanha.

Figura 5 - Cartaz Quem tem amor próprio usa



Fonte: BRASIL, 2015a

Figura 6 - Cartaz Quem tem paixão pela vida usa

Cartaz foi feito da Unida de Saúde de Brasília DF Brasil 2015a

Quem tem
Paixão
pela vida usa. Camisinha, um direito seu.

Se você transou sem camisinha, faça o teste de aids.
Procure a Unidade de Saúde mais próxima de você e informe-se.
Disque Saúde: 0800 61 1997.

SUS | Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres | Ministério da Saúde | Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome | **BRASIL** GOVERNO FEDERAL

Fonte: BRASIL, 2015a

Figura 7 - Cartaz Quem tem respeito por si mesma usa

Cartaz foi feito da Unida de Saúde de Brasília DF Brasil 2015a

Quem tem
Respeito
por si mesma usa. Camisinha, um direito seu.

Se você transou sem camisinha, faça o teste de aids.
Procure a Unidade de Saúde mais próxima de você e informe-se.
Disque Saúde: 0800 61 1997.

SUS | Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres | Ministério da Saúde | Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome | **BRASIL** GOVERNO FEDERAL

Fonte: BRASIL, 2015^a

No Plano de Enfrentamento da Feminização, ao discutir ‘Pobreza e outras desigualdades socioeconômicas’, o documento fala sobre a necessidade de “romper os ciclos de violência, **desempoderamento** e desvalorização aos quais” as mulheres brasileiras estariam submetidas (BRASIL, 2009, p.34). Pensando que, em outro momento do texto, *empoderar as mulheres* vai aparecer associado ao uso do preservativo, poderíamos dizer que enfrentar o HIV/aids demanda, como nos cartazes, ter amor próprio, paixão pela sua vida e respeito por si mesma.

O termo ‘empoderamento’ é uma tradução de “empowerment”, que se refere a um conceito complexo, contemplado em diferentes campos de conhecimento. Trata-se de uma noção que apresenta “raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX”, afirma Sérgio Resende Carvalho, (2004, p.1090). O conceito de *empowerment* foi influenciado por distintos campos em cada época, desde os anos 1970, tais como movimentos de autoajuda, psicologia comunitária e, mais recentemente, movimentos voltados à afirmação do direito à cidadania em várias esferas da vida social – prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico. Além disso, esta categoria/estratégia pode ser considerada, conforme Carvalho (2004), como um dos eixos centrais da Promoção à Saúde²⁰.

Sérgio Resende Carvalho e Denise Gastaldo (2008), ao refletir sobre o conceito de empoderamento a partir das perspectivas crítico-sociais e pós-estruturalistas, consideram necessárias algumas ponderações teóricas antes que abracemos tal estratégia em nossas práticas sociais e sanitárias. Para os autores, ambas as perspectivas apresentam importantes contribuições tanto para a discussão da temática do poder na saúde, quanto para apontar formas de intervenção coletivas.

A partir das afirmações expressas nos cartazes, enfrentar o HIV/aids demanda das mulheres beneficiárias do Bolsa Família autoestima e, em certa medida, autonomia para se amarem e se respeitarem (e, por isso, usarem camisinha). Parece possível localizar essa estratégia como derivada de uma noção de empoderamento psicológico – ligada à perspectiva crítico-social, que teria como

²⁰ Resumidamente, a Promoção à Saúde se refere a um movimento que não restringe a saúde à ausência de doença, sendo capaz de atuar sobre seus determinantes e, por isso, pressupondo ações intersetoriais.

principal objetivo a “percepção”, por parte dos indivíduos, de que possuem um maior controle sobre suas próprias vidas, o que os tornaria mais confiantes em si, assim como mais capazes de se comportarem de determinadas formas (especialmente daquelas concebidas como ‘mais saudáveis’).

Tais estratégias tendem a tomar saúde como uma questão individual, e especificamente essa encontra-se aliada a uma outra estratégia governamental, o Programa Bolsa Família (PBF). Trata-se de um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que tem direcionado seu foco prioritariamente às mulheres. Se por um lado o PBF tem se constituído como uma estratégia de enfrentamento à pobreza com reconhecimento internacional, por outro, segundo Silvana Aparecida Mariano e Cássia Maria Carloto (2009, p.902), permite observar, por parte do Estado, uma cobrança das mulheres pobres no que diz respeito, por exemplo, à “execução de tarefas relacionadas ao cuidado de crianças, adolescentes, idosos, doentes e pessoas com deficiência” e, eu diria ainda, a partir dos cartazes, ao cuidado consigo mesmas – para, ao mesmo tempo, sentirem-se bem e, também, para darem conta dessas ‘demandas’ que os Estado lhes apresenta.

Para Carvalho e Gastaldo (2008, p.2032), seria inegável a eficácia pontual do empoderamento psicológico para as temáticas da saúde, porém esse seria insuficiente para a instrumentalização de “práticas que logrem incidir sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade, podendo facilmente transformar-se em um mecanismo de regulação e de controle social sobre certos grupos de indivíduos”.

No que diz respeito ao empoderamento num raciocínio pós-estruturalista, somos impelidos a problematizá-lo com a noção foucaultiana de poder. Assim, afastamo-nos da ideia do poder enquanto uma coisa/objeto que pode ser dado ou tirado de alguém, pensando num poder difuso, como uma prática social. Nessa direção, todos exercem poder e governam, com maior ou menor intensidade, ao mesmo tempo em que são governados.

Uma vez que, para o pós-estruturalismo, os sujeitos são constituídos ao mesmo tempo em que participam da produção e veiculação de discursos, torna-se difícil discernir interioridade de exterioridade, “colocando em questão a noção de sujeito autônomo, com um *self* independente e com possibilidade de livre escolha” (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p.2034). Ademais,

[...] através da biopolítica, o biopoder incide sobre o corpo social, utilizando-se de políticas públicas e “verdades” científicas (p. ex., a definição de obesidade como um problema de saúde) para fazer circular ideias que se relacionam com a microfísica do poder e sua vivência no cotidiano. Estes discursos dominantes fortalecem, em algumas situações, a coesão social ao permitir a interação e o compartilhamento de mecanismos de funcionamento social e de discursos comuns aos indivíduos de uma mesma comunidade ou sociedade. No entanto, estes discursos podem produzir, paradoxalmente, exclusão social (p. ex., para os obesos) ou privilégios para certos grupos (p. ex., pessoa com peso considerado normal e, por dedução, um cidadão saudável e responsável) (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p.2035).

Para Heleieth Saffioti (2008), empoderar-se equivaleria a possuir alternativas, entendendo essa ação como categoria social. Para a autora, a noção de empoderamento individual pode ser escorregadio, uma vez que aquelas mulheres que não conseguiram uma determinada situação, podem ser consideradas, por isso, responsáveis diretas, seja porque não se esforçaram, não lutaram suficientemente, não suportaram os sacrifícios impostos, apesar de todas as ‘hostilidades’ apresentadas.

Assim, no contexto desta análise, é preciso examinar com cautela o dito que reafirma, genericamente, que as mulheres não usam camisinha - mais especificamente a masculina - porque não conseguem negociar seu uso com os parceiros, pois encontram-se “desempoderadas”. Mas será que isso se aplica a todas as mulheres? Será que muitas mulheres, assim como muitos homens, preferem transar sem camisinha? Será mesmo que muitas mulheres não usam camisinha simplesmente porque não se amam, não gostam de suas vidas e não se respeitam?

Ainda nessa direção, um aspecto que me chamou a atenção no Plano de Enfrentamento da Feminização e me ajudou a pensar sobre as estratégias voltadas ao uso de preservativo pelas mulheres, se refere à “**erotização do uso do preservativo**” (BRASIL, 2009, p.51). Trata-se, no documento, de uma abordagem direcionada exclusivamente às prostitutas (pois não aparece em outros momentos do texto), como desdobramento da seguinte ação estratégica: “*Desenvolvimento de ações no campo da comunicação e saúde, garantindo o protagonismo e as especificidades desse segmento social*”.

Sem negar a existência das especificidades, assim como das vulnerabilidades das prostitutas, questiono: uma vez que é preciso incorporar o uso do preservativo às práticas sexuais de todas brasileiras, por que tal abordagem não foi pensada também para todas as outras mulheres? Por que, além de ser expressão de amor e

respeito por si mesma, o uso da camisinha também não poderia ser algo que tornasse as relações sexuais de todas as mulheres mais atraentes e prazerosas para si e para suas parcerias sexuais? A erotização não poderia ser tomada como outra forma de empoderamento?

Talvez aí pudéssemos apontar para a compreensão de que a sexualidade não pode ser encarada como uma questão meramente pessoal/individual. Foucault (2014) afirma que a sexualidade é um “dispositivo histórico” e que, através de múltiplos discursos, normatiza, regula e instaura verdades. Para o autor, o dito e o não dito constituem-se em elementos desse discurso. Dessa forma, a política, quando aborda o uso do preservativo separando prostitutas de outros grupos de mulheres (notadamente aquelas que vivem em relações conjugais estáveis), delimita determinadas formas consideradas adequadas e permitidas de vivenciar as sexualidades.

Para Louro (2000, p.23), a sexualidade é “social e política”, sendo “construída, ao longo de toda a vida, de muitos modos [incluindo as políticas públicas], por todos os sujeitos”. Para a autora, os discursos sobre sexualidade estão em permanente transformação e multiplicação, além de estarmos sempre aprendendo com eles o que pode e deve ser dito, quem pode falar e quem deve silenciar. De certa forma, e ao mesmo tempo, quando as políticas de enfrentamento ao HIV/aids direcionam ações para a prevenção da doença em diferentes segmentos de mulheres, levando em consideração o que toma como características de cada grupo, também tende a “fixar” determinados modos de vivenciar a sexualidade para esses grupos de mulheres.

Já no que diz respeito à *enfrentamento* na Linha de Cuidado às PVHA (RS, 2014a), a utilização do termo, que aparece em diferentes partes do texto, não estará ligada às mulheres, pois o documento não cita o processo de feminização diretamente, enfocando apenas a alta taxa de mulheres grávidas vivendo com HIV/aids no estado e na capital Porto Alegre. Mesmo assim, acho importante observar quais enfrentamentos são mencionados nesse documento.

O aconselhamento deve ser um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que identifique e avalie suas vulnerabilidades, adote práticas mais seguras, tome decisões e encontre **formas de enfrentamento para os seus problemas** (RS, 2014a, p.22).

Historicamente o cuidado às PVHA vem sendo realizado em Serviços Especializados ou serviços hospitalares seguindo um **modelo de saúde centrado no enfrentamento e controle da epidemia**, impactando em discretas ações de prevenção, cuidado fragmentado, diagnóstico tardio, internação hospitalar frequente e elevado número de óbitos. (RS, 2014a, p.10).

No primeiro excerto, enfrentamento ganha uma conotação individual, relacionando-se aos problemas dos indivíduos mais diretamente – “formas de enfrentamento para os seus problemas”, pensado a partir do reconhecimento de suas vulnerabilidades individuais. O segundo trecho se refere à epidemia, mobilizando um significado que parece se relacionar à gestão do agravo, mas que se distancia do referencial da vulnerabilidade. Além disso, é colocado em meio a uma crítica, como uma das características de um modelo assistencial que, no contexto do HIV/aids, não estaria apresentando resultados satisfatórios.

Em outro momento, na Linha de Cuidado às PVHA (RS, 2014a), enfrentamento aparece ligado às populações vulneráveis, chamadas de “chave”. Em diversos momentos do documento, a noção de populações chave para o HIV/aids é evocada, como, por exemplo, no excerto a seguir:

Com base nesta análise [epidemiológica], conclui-se que algumas ações são prioritárias para o combate da epidemia. Entre estas ações destacam-se a ampliação da oferta de diagnóstico para a **população geral** e para **populações chave**” (RS, 2014a, p.8)

Não tomo a palavra *combate* como sinônimo de *enfrentamento* (embora elas sejam assim utilizadas em outros contextos), mas atento à escolha, no documento, por torná-las sinônimas. Combater, parece-me, está mais associado a doenças e seus agentes etiológicos do que enfrentamento; porém, no excerto, o termo aparece ligado à ‘epidemia’, assim parece assumir sentidos próximos aos do termo *enfrentamento*, conforme aparece em outra parte do documento - “*enfrentamento da epidemia*” (RS, 2014a, p.9) - em redação muito parecida.

Acredito que, com o excerto acima, dois pontos principais poderiam ser problematizados: o primeiro diz respeito à epidemiologia como um discurso capaz de indicar aquilo a ser combatido e também enfrentado; e um segundo ponto que permite pensarmos como enfrentamento vai ser significado no interior dos conceitos de *população geral* e de *populações chave*.

O excerto se localiza em uma seção do documento denominada ‘Análise epidemiológica’ (RS, 2014a, p.6). Nela se define o que será fixado como prioridade para o enfrentamento do HIV/aids no Estado (aumentar o número de pessoas que realizaram diagnóstico para HIV, o percentual que se encontra em uso de TARV e, ainda, daquelas que apresentam carga viral indetectável). Além disso, um pouco mais adiante, o texto ratifica a adequação da “oferta de ações e serviços de saúde ao atual **cenário epidemiológico**” (RS, 2014a, p.10).

Destaco esses aspectos para pensar como o discurso da epidemiologia participa da constituição do que será entendido como enfrentamento no documento, o que deve ser enfrentado ou mesmo o que seria prioritário. Mas o que pode ser compreendido como “cenário epidemiológico” e como ele é produzido? Esta é uma pergunta relevante à medida que se torna possível desconstruir certo “poder” que os números e, no caso, indicadores epidemiológicos teriam de ser apresentados como “a” realidade mesma daquilo que objetivam descrever, como um claro “cenário” que se descortina dando a falsa impressão de que não há nada além para se revelar.

Albichequer (2007, p.28), em consonância com Luís Henrique Sacchi (2002, p.46), refere-se à aids como uma doença representada por uma “epidemia de números”, apontando para a compreensão da epidemiologia como discurso que “ocupa um lugar de destaque na construção social e científica da aids no processo da redefinição da doença e dos doentes”. Isso significa que os números e indicadores não instituem apenas práticas relacionadas à clínica da doença, mas também uma série de atributos e representações sociais do agravo que incidem

sobre as políticas de enfrentamento e, ainda, sobre a experiência dos indivíduos perante o processo do adoecimento.

Portanto, o cenário epidemiológico a ser enfrentado, tomado como “a” realidade do HIV/aids no Rio Grande do Sul, é construído, por sua vez, “dentro de tramas discursivas” (PARAÍSO, 2014, p.30), ou seja, trata-se de um conjunto de informações numéricas/estatísticas/médicas que, conforme determinados agrupamentos, são capazes de delinear diferentes cenários e suscitar diferentes enfrentamentos. A escolha por mostrar uns e não outros não parece ser uma escolha neutra, dissociada das relações de poder que fomentam a produção das práticas discursivas.

Assim, a composição do cenário epidemiológico apresentado pela Linha de Cuidado às PVHA (RS, 2014a) não apresenta, por exemplo, a relação de mulheres e homens infectados no estado (no Rio Grande do Sul, em 2014, a cada três homens, uma mulher foi notificada por aids), mas sim o número de ‘gestantes’ com HIV. Isso acaba compondo um cenário onde o enfrentamento será focado na gestação, o que poderia descolar o problema do HIV/aids na gestação do grande número de mulheres infectadas no estado.

A vigilância sobre as mulheres grávidas é imprescindível para a construção das políticas públicas voltadas ao HIV/aids, além, é claro, de apontar para o fato de que onde há mais gestantes com HIV haverá um risco maior de transmissão vertical (HIV em crianças menores de 5 cinco anos). Este indicador – taxa de detecção em gestantes, parece tão importante que, no âmbito do enfrentamento ao HIV/aids no Rio Grande do Sul, ‘mulheres’ e ‘gestantes’ são tomadas como populações diferentes e, eu diria ainda, categorias epidemiológicas distintas.

A testagem e o tratamento do(s) parceiro(s) é outra importante estratégia para controle da infecção em **mulheres e gestantes**. (RS, 2014a, p.36)

Conforme os indicadores epidemiológicos que irão compor o cenário do HIV/aids, diferentes necessidades de enfrentamento poderão surgir, podendo ou não ser localizadas para além do campo específico da saúde.

Na análise dos documentos pesquisados, diferentes cenários epidemiológicos foram construídos para cada demanda. Isso não significa dizer que são informações inventadas (no sentido pejorativo do termo), mas indicadoras de escolhas que podem, ao mesmo tempo, destacar algumas e ‘silenciar’ outras demandas.

Além disso, seria interessante pensar que as mulheres grávidas que vivem com HIV/aids também não vivenciam as mesmas dificuldades. Talvez se constituíssemos um cenário diferente, com outros indicadores, fosse possível observar a influência de aspectos como raça e escolaridade no enfrentamento do HIV/aids nessas mulheres. Desse modo, enfrentar ganharia outros significados, pois outros discursos, para além do discurso biomédico com foco no pré-natal completo e na transmissão vertical, estariam implicados nesse processo de significação.

Porém, assim como diversas recomendações e exames clínicos definem determinadas condutas a serem tomadas sobre todos os corpos grávidos, de um jeito semelhante os números e seus agrupamentos epidemiológicos se propõem a indicar condutas a serem seguidas por um ‘corpo social’, através de políticas e ações de enfrentamento. Desse modo, seria possível apontar uma relação do governo dos corpos com a sociedade, atentando para a emergência de uma nova “figura política”, um novo corpo com o qual se torna necessário lidar: um “corpo de inúmeras cabeças” (FOUCAULT, 2010, p.206); os seres humanos enquanto espécie, enquanto seres vivos, constituindo um todo que é necessário conduzir: ‘a população’. Para Foucault (2010, p.208), a população se torna um “problema ao mesmo tempo científico e político, um problema biológico e de poder”. Assim, será necessário enfrentar o HIV/aids tanto no indivíduo, em nível da clínica, quanto na população, em nível epidemiológico.

Segundo o excerto, “a análise epidemiológica” permitiu a eleição de “prioridades” no combate à epidemia, sendo uma delas “a ampliação da oferta de diagnóstico para a população geral e para populações chave” (RS, 2014a, p.8). Em seguida, no texto, o documento define populações-chave: “os transexuais, travestis, homossexuais, profissionais do sexo, privados de liberdade e usuários de drogas etc.” (RS, 2014a, p.12).

Gostaria de chamar a atenção à marcada separação entre população geral e populações chave. O termo população geral vem sendo problematizado há algum tempo. Ao dizer que epidemias associadas à transmissão sexual são capazes de gerar uma distinção entre ‘transmissores potenciais das doenças’ e aqueles

definidos como “população geral” por profissionais da saúde e burocratas, Susan Sontag (2007, p.99) vai afirmar que

A AIDS deu origem a fobias e temores de contaminação semelhantes, no seio de uma versão específica da “população em geral”: heterossexuais brancos que não usam drogas injetáveis nem têm relações sexuais com pessoas que o fazem. Tal como a sífilis, a AIDS é uma doença concebida como um mal que afeta um grupo perigoso de pessoas “diferentes” e que por elas é transmitido, e que ataca os já estigmatizados numa proporção ainda maior do que ocorria no caso da sífilis”.

Essa categorização (população geral ou chave) parece ser de grande importância para uma gestão calculista da vida da população. O Estado se equipa com órgãos oficiais de análises estatísticas que se acoplam às estruturas decisórias de poder, como a vigilância epidemiológica, desenvolvendo assim um discurso capaz de legitimar a intervenção política por meio da fixação de limites aceitáveis, ou seja, considerados normais (FOUCAULT, 2008), como nos exames para o corpo individual. Assim, ao apontar quem faz parte de determinada população, especialmente no caso do HIV/aids, pode se estar apontando também modos mais ou menos saudáveis e/ou adequados ou ainda arriscados de viver a sexualidade – eis uma pedagogia das condutas, através do agrupamento e classificação dos corpos.

Desse modo, na lógica da biopolítica, “repartindo a população em categorias de risco [...], o acesso ao nível biológico do ser humano se torna mais eficiente, conformando uma economia de poder própria do modo de produção capitalista” (FOUCAULT, 2008, p.79). Ao mesmo tempo, tais categorizações podem ser pensadas sob o ponto de vista da equidade, ou seja, as populações chave vão demandar enfrentamentos diferentes das políticas de saúde por apresentarem uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids.

As concepções acerca das populações chave não são exclusivas dos documentos analisados, sendo a OMS quem as define. Durante a 20ª Conferência Internacional de Aids (AIDS, 2014), a OMS lançou novas diretrizes para prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, sublinhando as populações chave (key populations) como “grupos que apresentam alto risco e maior chance de contrair o HIV, em função de sua maior vulnerabilidade para o vírus, do estigma e do preconceito”. Assim, seriam grupos com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, merecendo atenção especial. Na ocasião, o diretor do departamento de HIV

da OMS, Gottfried Hirnshall, defendeu que “se não focarmos nossas ações de prevenção, tratamento e diagnóstico para esses grupos [populações chave] não vamos atingir nossa meta de acabar com a doença até 2030” (AIDS, 2014).

Na fala do diretor, ao mesmo tempo que é possível observar que enfrentar o HIV/aids significa enfrentar o estigma e o preconceito, um desafio ético da sociedade, as populações chave vão ser posicionadas como possíveis obstáculos para o alcance de metas relacionadas à doença, ou ainda, por serem entendidas como “**ponte [da infecção] para a população geral**” (RS, 2014a, p.5). Isso me faz observar como essas pessoas poderão ser interpeladas pelas políticas, o “fazer viver”, a partir daquilo que irão representar para a população como um todo (geral): a erradicação da aids.

Se pensarmos ainda os termos população geral e população chave sob a lógica da classificação binária, seria possível dizer que as fronteiras entre esses dois ‘polos’ nem sempre serão passíveis de uma delimitação clara no que diz respeito à vulnerabilidade ao HIV/aids. Um exemplo disso são as **profissionais do sexo**, que podem ‘transitar’ entre essas classificações, uma vez que uma prostituta (considerada população chave) pode se infectar a partir de um relacionamento estável, e não pelo seu trabalho, haja vista que alguns “estudos com prostitutas já demonstraram que o uso inconsistente de preservativos nesses grupos está relacionado à vida sexual com parceiros estáveis não clientes (namorado, marido, companheiro)” (BRASIL, 2009, p.47).

Dessa forma, em vez de afirmarmos que determinadas pessoas são *vulneráveis*, torna-se necessário dizer que *estão vulneráveis* a alguns agravos e não a outros, ou até mesmo em relação ao mesmo agravo, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (AYRES *et al.*, 2012). Por isso, as situações individuais, sociais e programáticas não devem ser analisadas de forma isolada, sendo mutuamente referidas e sempre singularizadas. A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde, e mais especificamente no âmbito do HIV/aids, permite-nos a possibilidade de avançar em relação às práticas apoiadas “estritamente nos saberes biomédicos e na utilização acrítica dos estudos epidemiológicos de risco”, coloca Sarah Souza, Débora de Mello e José Ricardo Ayres (2013, p.1187).

Como já referi, o discurso epidemiológico aparece de forma marcante na Linha de Cuidado às PVHA; além disso, a categoria ‘gestante com HIV’ é tomada

como prioritária. Nesse contexto, *enfrentamento* ganha outros contornos, diferentes dos apontados na política nacional. Mas como se tornaram possíveis tais deslizamentos dos sentidos de enfrentamento entre a Linha de Cuidado e o Plano de Enfrentamento da Feminização? Talvez seja importante reconhecer algumas condições de possibilidade implicadas na constituição das principais políticas aqui analisada, ainda que de forma breve.

5.1 FEMINISMOS, CEGONHAS E ALGUNS ENFRENTAMENTOS

Como vimos, no contexto do HIV/aids, diferentes sentidos de enfrentamento podem ser mobilizados e esses sentidos podem, também, incidir de formas diversas sobre as práticas de saúde a que se referem. No Plano de Enfrentamento da Feminização, como já indiquei, um discurso que parece atravessar fortemente o documento é o feminista, que está não só no processo de significação de *enfrentamento*, mas também em muitas ações e até mesmo na forma como a política foi construída.

Se a linguagem de uma política pública pode ser compreendida como um espaço de alternativas, direcionamentos, articulações e negociações, conforme aponta Peter Spink (2013), alguns termos podem nos dar pistas sobre os discursos que estariam implicados nessa espécie de jogo pelo direito de significar. Além disso, através deles, é possível atentar para as condições de emergência dessa política.

Segundo Viviane Castro Camozzato (2014, p.577), “cada conceito tem uma história, sendo da ordem da construção e, por isso mesmo, precisa ser articulado com as condições em que ele está se fazendo e refazendo”. As palavras que indiquei inicialmente, os documentos norteadores da política nacional e a presença central do gênero na discussão sobre a feminização do HIV/aids no país, costumam ser constituídos, no contexto das discussões acerca da saúde das mulheres, através de um discurso feminista.

Acho importante aqui, ainda que de forma breve, atentar para aquilo que estamos tomando como ‘feminismo’. Segundo Marlise Matos (2015, p.150), trata-se de “um movimento social, um campo de produção de conhecimento fortemente teorizado e disputado”, que teria surgido, no ocidente, a partir das revoluções burguesas dos séculos XVIII e XIX, e que se disseminou para o mundo,

constituindo-se como um movimento diverso, plural e em constante construção – a partir de diferentes correntes teóricas.

Para Lourdes Bandeira e Hildete de Melo (BRASIL, 2010, p.8), a “História, em sua versão oficial, esqueceu as mulheres, como se nós estivéssemos fora do tempo e dos acontecimentos”. O movimento feminista surgiria das lutas coletivas das mulheres contra tal secundarização e tudo o que se articula e se desenrola a partir dela, como, por exemplo, desigualdades sociais e de direitos vivenciados ao longo de séculos. Além disso, mais recentemente, os feminismos têm refletido as “lutas pelo reconhecimento político, social, econômico e cultural” de grupos de mulheres de diferentes classes sociais, etnias, raça, idade e orientação sexual (MATOS, 2015, p.152).

Compreendendo que o processo de feminização do HIV/aids está fortemente relacionado às desigualdades de gênero, sendo, portanto, parte das discussões dos movimentos feministas, poderíamos dizer que **enfrentar o HIV/aids** faz parte de uma **luta das mulheres** e de seus movimentos.

Historicamente, lideranças e representantes do movimento feminista e de mulheres, movimento de prostitutas, movimento de lésbicas, movimento de pessoas vivendo com HIV/aids, movimento negro, de mulheres negras, entre outros, têm assumido o papel de protagonista na defesa dos direitos das mulheres e na luta contra a aids. A união dos diferentes movimentos em prol da realização das ações previstas no Plano vai ser decisiva para a construção de um ambiente mais inclusivo e igualitário onde o estigma e a discriminação sejam inaceitáveis (BRASIL, 2009, p.29).

Segundo Alexandre Grangeiro, Lindinalva da Silva e Paulo Roberto Teixeira (2009), um dos principais consensos presentes nos estudos que se referem ao HIV/aids é a importância do papel desempenhado pela sociedade civil na construção da resposta brasileira à epidemia. Isso se deu tanto pela contribuição da ação em comunidade, objetivando a redução da prevalência e da mortalidade por aids, quanto pela procura de uma caracterização das políticas de saúde a partir do ativismo e do controle social. É mister afirmar que foi o ativismo político que possibilitou uma “imediate reação de movimentos sociais frente à aids, tanto no

plano da atenção à saúde quanto na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e aids” (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.89). Além disso, conforme Seffner e Parker (2016, p.295), ao falarem da emergência do HIV/aids:

Tratar da epidemia implicou falar em: homossexualidade, direitos humanos, luta contra o preconceito e a discriminação, questionamento dos procedimentos médicos, críticas à medicalização, enfrentamento dos grandes laboratórios farmacêuticos por conta dos preços da medicação e da legislação de patentes, defesa do sistema único de saúde, aceitação da prostituição como uma atividade socialmente reconhecida.

Foi nesse contexto que, primeiramente, *enfrentamento* começou a ganhar significado. Portanto, nessa articulação, o discurso da política em resposta à epidemia no país incorpora e assume como suas as demandas dos movimentos sociais – **enfrentamento das vulnerabilidades institucionais, abrangendo relações de gênero, violações dos direitos humanos, racismo, sexismo, lesbofobia, transfobia, estigma e discriminação** (BRASIL, 2009, p.42).

Não podemos esquecer que o Plano de Enfrentamento da Feminização data de 2007, em sua primeira versão, e 2009, em sua versão revisada. Por isso, acredito que seja importante, para esta parte da análise, contextualizar o Plano (e, em momento oportuno, também a Linha de Cuidado às PVHA no RS) no que diz respeito às políticas de saúde das mulheres, na direção de tentar compreender algumas das condições de possibilidades que permitem a construção de determinados documentos (e suas disputas, discursos, propostas). Penso também que os movimentos de significação de enfrentamento do HIV/aids nos documentos pesquisados estão atravessados por processos históricos e políticos.

A construção das políticas públicas, como dito, envolve diferentes atores, ou seja, sujeitos que têm determinados interesses sobre o que está sendo decidido e implementado em cada política e se constituem como um campo de disputas, onde se espera que diferentes forças atuem. Além disso, é possível dizer que as políticas públicas têm história, ou melhor, o contexto que as produz é imprescindível em sua análise.

No Brasil, as políticas públicas de saúde voltadas às mulheres destacaram, até a década de 1980, sua função reprodutiva, centrando-se em ações direcionadas quase que exclusivamente à saúde materno-infantil. O Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher, conhecido como PAISM e divulgado em 1984 pelo Ministério da Saúde, é reconhecido como uma política voltada às mulheres que, de certa forma, 'rompeu' com a ideia até então instaurada que reduzia a concepção de saúde das mulheres à saúde materno-infantil, conforme Maria José Martins Duarte Osis (1998).

O PAISM foi lançado em uma época marcada por grande efervescência social, pois aos movimentos a favor da democracia, após anos de ditadura, também se agregava o movimento pela reforma sanitária e o nascente movimento feminista brasileiro – sendo este o contexto brasileiro de emergência da epidemia do HIV/aids (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). O PAISM mobilizou em sua construção muitos setores da sociedade (OSIS, 1998), constituindo-se como importante marco para as políticas de saúde voltadas às mulheres no Brasil, ainda que possam ser apontadas questões relacionadas a sua plena implementação (lembremo-nos de que se trata de um território de inúmeras disputas).

Segundo Silvia Ramos (2004), nos anos 90, foram criadas ONGs importantes que fortaleceram o debate em torno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil, como a Cidadania Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia), o grupo Geledés de Mulheres Negras e a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde). Tal característica dessa época vai ser nomeada por Sonia Alvarez (2000) como ONGguização dos feminismos, identificando processos semelhantes em outros contextos latino-americanos.

Seria possível dizer que, ao mesmo tempo em que esse processo tende “a aumentar extraordinariamente a eficiência das ações, traz vários riscos”, sendo que “um deles é a perda de referência das aspirações de mulheres que estão fora do campo das ONGs” (RAMOS, 2004, p.1074). No que tange ao enfrentamento da feminização do HIV/aids, poderíamos apontar para a pouca visibilidade dada, no plano, à infecção do HIV/aids em mulheres que vivem relacionamentos heterossexuais estáveis, e que não se encontram necessariamente em contextos de maior vulnerabilidade (PIRES, 2015). Isso significa dizer que, no momento em que a política evidencia determinados sujeitos, acaba produzindo um discurso acerca do HIV/aids em mulheres, no qual certos grupos podem não se compreender como estando ‘em risco’ ao não serem nomeados e/ou não se identificarem.

Em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), ligada à Presidência da República, no governo do então presidente Luís Inácio Lula da

Silva. Cabe atentar para o fato de que esta Secretaria, juntamente com o Ministério da Saúde, foi responsável pelo Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (BRASIL, 2007a; 2009). No eixo conceitual da SPM, está explícito “o reconhecimento de que, em uma sociedade democrática, a condição de igualdade entre homens e mulheres é o princípio fundador dos Direitos Humanos” (BANDEIRA; MELO, 2014, p.137), tendo a missão de incorporar a temática de gênero nas políticas públicas.

Esse contexto possibilitou discutir a feminização do HIV/aids, no Brasil, focando a superação de contextos de vulnerabilidade das mulheres à doença, produzidos desde as desigualdades de gênero. Além disso, cria condições para que enfrentamento possa ser pensado de forma ampliada, no âmbito da feminização do HIV/aids, ligando-o a “direitos humanos, (direitos) sexuais e (direitos) reprodutivos das mulheres brasileiras” (BRASIL, 2009, p.3).

Já na Linha de Cuidado às PVHA, ainda que consideremos que uma política emerge a partir de contextos complexos e articulados, escolho atentar para sua articulação com a mais recente mudança que tivemos em termos de saúde das mulheres: a constituição da Rede Cegonha. O programa Rede Cegonha foi instituído no Brasil em 2011, através da Portaria nº 1459, como resposta ao alto índice de mortalidade materna no país. Tem como objetivo, portanto, a ampliação e melhoria do acesso ao pré-natal de qualidade, assistência ao parto e puerpério, além de garantias de uma rede de assistência às crianças com até 24 meses de vida.

A Rede, pois, se diferencia das políticas voltadas à saúde das mulheres existentes desde a década de 1980, justamente por se focar no binômio materno-infantil. Desde seu lançamento, o programa tem sido alvo de controvérsias. Rosamaria G. Carneiro (2013) defende que a Rede Cegonha nos coloca diante de duas possibilidades interpretativas:

De um lado, implica o importante reconhecimento da cidadania e efetivação do direito de acesso à saúde. De outro, abre espaço para a problematização de sua orientação, eficácia e seus limites, quando e se questionada a partir de discussões teóricas da pluralidade da categoria mulher (CARNEIRO, 2013, p.49).

A autora aponta que algumas feministas se manifestaram fazendo uma crítica contundente à proposta, tomando-a como um retrocesso em relação às políticas de saúde das mulheres. Segundo Télia Negrão (2011), em entrevista concedida ao

Blog Viomundo, a proposta seria uma reafirmação da posição de sujeito mulher definida por sua relação com a maternidade. Desse modo, o programa acabaria reiterando a noção de que a saúde da mulher estaria orientada para a maternidade, o que deixaria de debater, por exemplo, a liberdade de escolha pela maternidade e a legalização ou descriminalização do aborto, o que também invisibilizaria os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Por outro lado, existe uma reflexão diferente da de Negrão, feita por Ricardo Ceccim e Felipe Cavalcanti (2011). Os autores reorientam a questão ao tomarem a proposta como significativa intervenção em problemas enfrentados pelas mulheres no sistema de saúde: (in)disponibilidade de leitos em hospitais, precária assistência hospitalar e médica, altos índices de mortalidade materno-infantil e uma das mais altas taxas de cesáreas do mundo. Segundo esse artigo, pela primeira vez na história do país, a maternidade teria deixado de ser bioestatística para tornar-se direito e reconhecimento de cidadania, dando contornos, por exemplo, a um parto cidadão.

A Linha de Cuidado às PVHA apresenta muitas semelhanças com o documento '5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica', disponibilizado no site da Rede Cegonha. Constam ainda como 'material de apoio' o 'Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Testes Rápidos para HIV e sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes' e 'Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica'.

Os '5 passos [...] se constituem basicamente nos seguintes aspectos: estabelecer um modelo de estratificação de risco que, no caso do RS, se deu através do resultado de exames de CD4 para indicar quem será atendido na AB e quem será atendido no SAE; qualificar os profissionais; garantir suporte técnico aos profissionais; disponibilizar exames de CD4 e Carga Viral; e viabilizar o acesso aos antirretrovirais. Trata-se, portanto, de uma diretriz nacional, incorporada pelo estado no seu enfrentamento ao HIV/aids: a necessidade de reorganização do modelo de atenção em saúde no manejo da infecção pelo HIV em todos os níveis de atenção, em especial na Atenção Básica, e que aparece em muitos momentos no documento sul-rio-grandense.

Assim, neste exercício de análise, pude descrever e problematizar flutuações nos sentidos que o termo enfrentamento pode assumir, discutindo também alguns

efeitos disso. Com essa análise, argumento que, atualmente, e em especial no contexto da Linha de Cuidado, o sentido de enfrentamento se articula muito mais a práticas de saúde (do tipo testar e tratar) do que a enfrentamento político do HIV/aids, sentido esse que se encontra muito mais ligado a referenciais dos direitos humanos, incorporados ao Plano de Enfrentamento da Feminização.

Nessa direção, Seffner e Parker (2016, p.301) apontam que

[...] seguir na estratégia de ofertar tratamento e não enfrentar a aids política estabelece duas frentes de ação que não levam ao mesmo objetivo. São dois monólogos que não fazem um diálogo: um faz viver, outro deixa morrer. Um monólogo fala em testar e tratar, outro nega a aids política.

Dessa forma, torna-se possível observar que as políticas de saúde são produzidas (e reproduzidas) a partir de determinados contextos culturais e históricos. As palavras, termos e conceitos que tais documentos carregam, instituem e propõem, encontram-se em permanente 'movimento de significação', capazes de incidir em práticas de saúde e também em modos de ser e de vivenciar as doenças e o adoecimento.

6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Talvez o esperado fosse, uma vez que despendemos tempo e energia em uma pesquisa ao mesmo tempo que aprendemos a fazê-la, que aquele incômodo inicial e imprescindível para a feitura do trabalho, no momento em que somos obrigados a considerar um final, tenha se dissipado, se diluído. Assim, no instante em que se termina, deveríamos sentir-nos satisfeitos e de volta a um estágio onde o tal incômodo já não nos causa efeitos, encontrando-se, dessa forma, 'saciado'.

Das poucas certezas que tenho me permitido ter, a referente ao incômodo que me trouxe até aqui é a principal: ele não passou. Ele continua lá, só que de um jeito diferente, ainda maior, mais denso e complexo. Não que todo esse empreendimento de análise, aquele ainda que me foi possível, não tenha sido suficiente para “responder” às questões orientadoras desta dissertação. Mas é que toda essa problematização, na verdade, me afetou de tal forma que, suspeito, não mais será permitida a minha inscrição num mundo de acomodações e certezas. Esse mundo de sentidos fixos, verdades sólidas e caminhos bem iluminados não mais me oportuniza entrada, segurança e trilha.

Neste período, por meio do conceito de linguagem, tão caro a este trabalho, pude estabelecer outra relação com as palavras. Segundo Jorge Larrosa Bondía (2002, p. 20), pensamos com palavras, e “pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é, sobretudo, dar sentido ao que somos e ao que nos acontece”. Dessa forma, o que considero como fim, aqui, se refere ao texto, à dissertação, ao trabalho impresso e salvo em determinado formato. O que me acontece, porém, o que me afeta disso não tem fim, não tem sossego, não acomoda, segue.

Os sentidos disso tudo que aconteceu ao longo desta pesquisa não caberiam nas palavras (ainda que essas, como aqui aprendi, carreguem uma imensidão de significados múltiplos, diversos e contraditórios). Finalizo este trabalho, pois, retomando alguns pontos do estudo que julgo pertinente destacar: a constituição de fios condutores das análises (cuidado e enfrentamento) e o modo como a não fixidez dos significados os coloca em disputa na instituição de políticas e práticas; a persistência do processo de significação da maternidade como característica natural das mulheres e os possíveis efeitos produzidos por isso em suas vidas, incluindo um modo de ser e de vigiar os corpos grávidos que vivem com HIV/aids e uma intensa

pedagogia direcionada às mulheres que objetiva constituí-las como mães responsáveis; e a feminização do HIV/aids como um processo plural e ainda desafiador, passível de ser explicado e pautado de diferentes formas e influenciado por diferentes discursos.

Um dos maiores desafios desta pesquisa, sem dúvida, foi a realização de uma análise cultural. Tal metodologia me convocou a um determinado exercício de pensamento que demandou “tornar visíveis e problemáticos alguns mecanismos e estratégias de poder-saber” (MEYER, 2005, p.149) a partir do exame das políticas e programas investigados. Esse movimento não é fácil, já que me encontrei, muitas vezes, inserida nesses processos, sendo necessário, em algum momento, tornar visíveis e problemáticos os efeitos de tais estratégias em mim, na minha prática profissional e no meu modo de ser e de viver como mulher no contexto do HIV/aids.

Tomar a linguagem como um organizador do social e da cultura, me possibilitou tomar os textos analisados como territórios de disputas e deslizamentos de significados. Uma estratégia importante para a constituição de duas unidades analíticas se deu a partir de um exercício de multiplicação dos sentidos das palavras *cuidado* e *enfrentamento*, centrais na nomeação de dois dos principais textos analisados. Coloquei-as “em movimento” no interior dos documentos, ou seja, observei o modo como, na relação com o contexto e/ou com outros termos e conceitos, os sentidos se fluidificam, misturando-se com novos elementos e produzindo novos e outros sentidos.

Se cuidado, por exemplo, na sua relação com necessidades de saúde, pode ser entendido na direção de mudanças para a constituição de um modelo de atenção menos biologicista e centrado nas doenças, na sua relação com natureza e gênero ganha outros contornos, incidindo nas políticas e programas voltados às mulheres. O mesmo acontece para enfrentamento, que, nas políticas analisadas, tanto pode ser associado aos direitos humanos quanto a controle de doenças, em perspectivas que afetam diretamente as práticas aí delineadas.

Na problematização acerca da relação entre cuidado e gênero, um dos apontamentos principais se refere ao posicionamento da maternidade como algo natural das mulheres e, assim, facilmente vista como uma experiência monolítica e universal. Tal constituição incide de diferentes formas na vida das mulheres que vivem com HIV/aids, uma vez que o risco de transmissão vertical e a culpa e a responsabilidade que essas mulheres mães teriam de infectarem ou não seus/suas

filhos/as poderiam tornar a maternidade uma experiência ainda mais pesada para elas.

No interior desse processo de significação de cuidado, foi possível o reconhecimento de duas posições que o sujeito mulher grávida tem assumido no contexto do HIV/aids: um corpo grávido, ao qual serão prescritas condutas a serem seguidas, uma vez que carrega um outro sujeito a quem deve possibilitar uma infância sem HIV/aids; e uma mãe responsável, que será compreendida, em primeira instância, como uma mulher responsável, que faz “tudo direitinho” (previne-se, constitui uma família a partir de um referencial cristão, heterossexual e monogâmico, planeja sua gravidez – sob um referencial de classe média urbana –, realiza um pré-natal completo, o que poderia ser entendido como constituir-se em um corpo grávido dócil que segue as recomendações médicas e de saúde). Uma mulher mãe responsável cuida de seu/sua filho/a, o que, no contexto do HIV/aids, vai significar ainda tomar as medicações e dá-las aos/as filho/as, e não amamentar (que de “benefício para toda a vida”, passa a ser definido como uma ameaça às crianças).

Ao longo da feitura deste trabalho, também foi possível problematizar aquilo que chamamos de feminização. Trata-se de um fenômeno epidemiológico que, assim como a heterossexualização, a pauperização, a interiorização e a juvenização, só pode se constituir a partir de um processo que desloca uma doença compreendida inicialmente como peste gay, para uma epidemia de ainda outros/as. Além disso, o termo enfrentamento, ligado à feminização, mas também utilizado em outros contextos de políticas públicas para o HIV/aids, encontra-se fortemente associado a um referencial de direitos humanos e a um discurso feminista.

Assim, compreendi que as condições de emergência da política nacional em resposta à feminização do HIV/aids são diferentes daquelas que possibilitaram a construção de uma Linha de Cuidado às PVHA no Rio Grande do Sul – estado especialmente afetado desde o início pela epidemia e que, atualmente, apresenta um processo ainda aquecido de feminização. E isso parece ter grande influência no modo como a feminização vai ser pautada nesses programas e ações. A política estadual sofre influência (e se insere no contexto) da Rede Cegonha, programa que tem gerado críticas e controvérsias, uma vez que se institui atualmente como principal política voltada à saúde das mulheres, tendo como foco os processos relacionados ao componente materno.

Se, por um lado, é importante (e é uma reivindicação das mulheres) uma gestação e, sobretudo, um parto mais humanizado (ou seja, que as mulheres e suas vontades sejam respeitadas ao longo desse período), diminuindo também os riscos de morte materna, elevados no país, por outro, a ênfase na maternidade parece desconectar-se de uma discussão secular sobre direitos sexuais e reprodutivos de todas nós, ao colocar em destaque, novamente (como as políticas brasileiras antes do PAISM), a saúde materno-infantil como política de saúde da mulher. Acredito que nos dar conta disso pode nos ajudar a pensar nas condições culturais, históricas e sociais que possibilitam, por exemplo, que mulheres continuem sofrendo violência obstétrica ou até morram durante o período da gestação e do parto. E possibilita, também, indagar: que mulheres são essas? Quais seriam os efeitos de desconectar o enfrentamento da feminização do HIV/aids do cuidado à gestação no contexto do HIV/aids? Que mulheres são as gestantes que vivem com HIV/aids no Rio Grande do Sul? Por que isso não é evidenciado naquilo que chamam 'cenário epidemiológico'?

Os números apresentados, com frequência, como sendo um 'retrato do real', podem evidenciar diferentes realidades a partir de diferentes agrupamentos, formas de agrupar. Assim, os cenários epidemiológicos se constituem no interior de processos datados, históricos e fortemente influenciados pela cultura. Os números também seriam organizadores do social e da cultura, uma forma de linguagem, de dar sentido a determinadas realidades, invisibilizando outras tantas. Os números e indicadores epidemiológicos são, portanto, políticos, aparentemente constituindo-se como resultado de escolhas implicadas.

O trabalho reflexivo empreendido ao longo deste estudo não se propôs a colocar em xeque a importância do pré-natal nem as recomendações direcionadas às mulheres mães, infectadas ou não, no contexto do HIV/aids. Tampouco propôs inserir as políticas investigadas em uma análise de qualidade e/ou adequação das ações propostas. O que se pretendeu foi problematizá-las, expondo os modos pelos quais essas ações são produzidas e produzem determinados significados por vezes contraditórios, constituindo modos de ser homem, mulher, sujeitos que vivem com HIV/aids, de vivenciar a maternidade, modos de cuidar de si e dos outros, modos de enfrentar doenças.

Por fim, chamo a atenção para o fato de que as reflexões e discussões empreendidas neste trabalho também precisam ser datadas e situadas. Um dos

aspectos importantes que pontuo se refere ao fato de ter sido escrito por uma profissional de saúde que tem vivenciado os processos de mudança nas políticas de enfrentamento ao HIV/aids no país. Atualmente, temos lidado, por exemplo, com o posicionamento da Atenção Básica como ordenadora do cuidado às PVHA, sendo que durante muitos anos a assistência a essa população se deu exclusivamente no interior de serviços especializados. Destaco ainda a ampliação da oferta de TARV, sobretudo como prevenção à infecção, que me parece apontar para um horizonte de maior medicalização em detrimento do enfrentamento às vulnerabilidades, sobretudo a partir do referencial da solidariedade, tão caro à resposta brasileira ao HIV/aids, exemplo para o resto do mundo. Não consigo dimensionar se devemos esperar os desdobramentos do que foi apresentado ou devemos nos posicionar de imediato, para que, como afirma Seffner e Parker (2016), toda nossa experiência acumulada de luta política, no contexto do HIV/aids, não seja desperdiçada.

Além disso, é preciso que se diga que a escritura deste trabalho se deu no interior de intensos processos de transformação do cenário político brasileiro, com repercussões ainda não passíveis de análise. Se por um lado tal contexto me trouxe inseguranças, ansiedades e dúvidas, por outro me possibilitou vivenciar a fluidez de sentidos de determinados conceitos que ainda não tinha vivenciado em trinta e poucos anos de vida: direitos, democracia, justiça. Além disso, por esse trabalho se dedicar ao estudo sobre mulheres, tais palavras ainda foram colocadas nessa relação, ratificando a importância dos Estudos Feministas como ferramenta política voltada não só ao enfrentamento das desigualdades de gênero, mas também à necessidade, cotidiana e permanente, de luta pela democracia.

REFERÊNCIAS

AIDS – 20th international Aids conference. **Welcome to aids 2014**. 2014. Disponível em: <<http://www.aids2014.org/Default.aspx?pagelId=734>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ALBICHEQUER, Aline Marie Dabdab. **“Só pega essa doença quem quer”?:** tramas entre gênero, sexualidade e vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids. 2007. 168 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Bras. de Epidemiologia**, São Paulo, v.2, n.1-3, p.4-20. 2000.

ALVAREZ, Sonia E. Feminismos Latinoamericanos. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.6, n.2, p.1-21, 2000.

AYRES, José Ricardo de C. M. **Epidemiologia e emancipação**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2002.

_____ *et al.* Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo de C. M.; BUCHALLA, Cassia Maria. (Orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá, 2012.

_____ *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ARAÚJO, Maria de Fátima; SCHRAIBER, Lilia B.; COHEN, Diane D. **Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva**. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

BADINTER, Elisabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BALOGH, Giovanna. **Gestante é internada à força em hospital municipal na grande SP**. 2015. Disponível em: <<http://maesdepeito.blogosfera.uol.com.br/2015/09/10/gestante-e-internada-a-forca-em-hospital-municipal-na-grande-sp/>>. Acesso em: 14 maio 2016.

BANDEIRA, Lourdes Maria; MELO, Hildete Pereira. A estratégia da transversalidade de gênero: uma década de experiência da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República do Brasil (2003/2013). In: MINELLA, Luzinete Simões; ASSIS, Gláucia de Oliveira; FUNK, Susana Bornéo. **Políticas e fronteiras desafios feministas**. Tubarão: Copiart, 2014.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, n.1, 1993, Brasília. **Anais...** Brasília: FNS, CENEPI; 1993.

BASTOS, Francisco Inácio. **A feminização da epidemia de Aids no Brasil:** determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Saúde Sexual e Reprodutiva, 3. Rio de Janeiro: ABIA. 2001.

_____; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p.S65-S76. 2000.

BITTENCOURT, Naiara Andreoli. A biopolítica sobre a vida das mulheres e o controle jurídico brasileiro. **Gênero & Direito**, Paraíba, n. 3, p.225-245. 2015.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n.19, p.20-28. 2002.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.575-586, mar. 2012.

BRASIL. DST-AIDS-Hepatites Virais. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Campanhas**. 2015a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/campanhas>>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. **Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90**. Brasília: Congresso Nacional: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 822 GM/MS, de 27 de junho de 2003. Brasília: MS, 2003.

_____. Ministérios da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília: MS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: MS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6.ed. Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília: MS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília: MS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de DST e Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST versão revisada**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/Aids**. Brasília: MS, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, DN de DST AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: MS, Ano II, n.1, dez. 2013b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, DN de DST AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: MS, Ano III, n.1, dez. 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde: ações inovadoras e resultados: Gestão 2011-2014**. Brasília: MS, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: MS, 2014b.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Tempos e memórias do feminismo no Brasil**. Brasília: SPM, 2010.

CAMPOS, Regina Célia Pereira. Aids: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. In: BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloísa Buarque de. (Orgs.). **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1998.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CARTAXO, Charmênia Maria Braga et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.18, n.3, p.419-427, jul./set. 2013.

CARVALHO, Fernanda Torres de; PICCININI, Cesar Augusto. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.1889-1898, nov./dez. 2008.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, jul./ago. 2004.

_____; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, Sup. 2, p.2029-2040, dez. 2008.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina R.; FERREIRA, Marcos S. **Correndo risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CASTRO, Edgardo. **Introdução a Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

CAMOZZATO, Viviane Castro. Pedagogias do presente. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.39, n.2, p.573-593, abr./jun. 2014.

CARNEIRO, Rosamaria G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - comunicação, saúde, educação/ UNESP**, São Paulo, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013.

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. Rede cegonha: **práticas discursivas e redes de diálogo**. 2011. Disponível em: <blogsaudedobrasil.com.br>. Acesso em: 15 abr. 2016.

CORDOVA, Fernanda Peixoto *et al.* Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v.66, n.1, p.97-102, jan./fev. 2013.

CORREIO, Christian Fernando Ribeiro G. **Michel Foucault**: a genealogia, a história, a problematização. **Prometeus Filosofia**, Aracaju, ano 7, n.15, p.103-123, jan./jun. 2014.

COSTA, Marisa Vorraber; SILVEIRA, Rosa Maria Hessel; SOMMER, Luis Henrique. Estudos Culturais, educação e pedagogia. **Rev. Bras. de Educ.**, Rio de Janeiro, n.23, p.36-61. mai./jun./jul./ago. 2003.

COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYNSPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface**, Botucatu, v.10, n.20, p.363-380, dec. 2006.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.171-188, jan./jun. 2002.

CRUZ, Márcia Cristiane Carvalho. **O conceito de cuidado à saúde**. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

DIAS, Júlia M. Gonçalves; OLIVEIRA, Ana P. Santos de; CIPOLOTTI, Rosana; MONTEIRO, Bruna K. Santos Melo; PEREIRA, Raisia de Oliveira. Mortalidade materna. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizontes, v.25, n.2, p.173-179. 2015.

ESCOBAR, Ana Maria Sacchetti. **As políticas de reprodução como uma (nova) biopolítica**. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia do Estado, do Direito e da Administração, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p.47-71, jan./abr. 2004.

FELIX, Gabriela; CEOLIM, Maria Filomena. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v.46, n.4, p.884-891, aug. 2012.

FÉLIX, Jeane “**Quer teclar?**” Aprendizagens sobre juventudes e soropositividades através de bate-papos virtuais. 2012. 223 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e políticas públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.9, n.1, p.70-82, jul./dez. 2010.

FEUERWERKER, Laura. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Org.). **Educação, Saúde e Gestão**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.28, n.1, p.151-162, jan./jun. 2002.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Ditos e escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Segurança, território, população**: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

_____. A impossível prisão – mesa redonda 1978. In: _____. **Ditos & escritos IV: estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FRANCO, Tulio Batista; FRANCO, Camila Maia. Linha de Cuidado Integral. In: PESSÔA, Luisa Regina; SANTOS, Eduardo Henrique de Arruda; TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira. (Org.). **Manual do gerente**: desafios da média gerência na saúde. v.1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GASTALDO, Denise. Pesquisador/a desconstruído/a e influente? Desafios da articulação teoria-metodologia nos estudos pós-críticos. Prefácio. In: MEYER, Dagmar. E. E.; PARAÍSO, Marlucy. A. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2014.

GOELLNER, Silvana Vilodre. A produção cultural do corpo. In: _____; LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. v.1. Petrópolis: Vozes, 2003.

GONÇALVES, Camila dos Santos; WEBER, Beatriz Teixeira; ROSO, Adriane. Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v.21, n.2, p.1-11, jul-dez. 2013.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v.26, n.1, p.87-94. 2009.

GUIMARÃES, Carmem Dias. **Aids no feminino**: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

HADDOCK-LOBO, Rafael. A desconstrução. **Revista Cult**, São Paulo, n.195, ano17, p.25-33, out. 2014.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 1997a.

_____. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.15-46, jul./dez. 1997b.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KNAUTH, Daniela. Mudanças na saúde coletiva e suas inflexões na incorporação da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1007-1017, jan./ago. 2009.

KLEIN, Carin. “... **Um cartão que mudou nossa vida**”? Maternidades veiculadas e instituídas pelo Programa Bolsa-Escola. 2003. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

KLEIN, Carin. **Biopolíticas de inclusão social e produção de maternidades e paternidades para uma “Primeira Infância Melhor”**. 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LÓPEZ, Laura Cecilia. Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.3, p.590-603, 2011.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. Corpo, escola e identidade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.25, n.2, p.59-76, jul./dez. 2000.

_____. Conhecer, pesquisar, escrever... **Educação, Sociedade & Culturas**, Porto, n.25, p. 235-245. 2007.

MACHADO, Maria das Dores Campos. **Discursos pentecostais em torno do aborto e da homossexualidade na sociedade brasileira**. 2013. Disponível em: <<http://www.revistaculturayreligion.cl/index.php/culturayreligion/article/view/387>>. Acesso em: 15 maio 2016.

MALTA, Deborah Carvalho; MEHRY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARIANO, Silvana Aparecida. O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n.3, p.483-505, set./dez. 2005.

_____; CARLOTO, Cássia Maria. Gênero e combate à pobreza: Programa Bolsa Família. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.17, n.3, p.901-908, set./dez. 2009.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e Poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciência, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, suplemento, p.41-65. 2002.

MARSHALL, James. Michel Foucault: pesquisa educacional como problematização. In: PETERS, Michael. A.; BESLEY, Tina. **Por que Foucault?** novas diretrizes para a pesquisa educacional. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MATOS, Marlise. Feminismo. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elisabeth; MENEGHEL, Stela N. (Orgs.). **Dicionário feminino da infâmia**. Acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MEYER, Dagmar Elizabeth Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, Niterói, v.6, n.1, p.81-104. 2005.

_____. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: MEYER, D. E. E.; PARAÍSO, M. A. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Mazza, 2014.

_____. As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado. In: MERCADO, Francisco J.; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos (Org.). **Pardigmas y diseños de investigación cualitativa en salud: Una antología iberoamericana**. v.1. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2002.

_____. **Identidades traduzidas**. Cultura e docência teuto-brasileiro-evangélica no Rio Grande do Sul. Santa Cruz: EDUNISC, 2000.

_____. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens, por quê? In: _____; SOARES, Rosângela de Fátima; DALLA ZEN, Maria Isabel Habckost; XAVIER, Maria Luisa Merino. **Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens**. Porto Alegre: Mediação, 2012.

_____. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.1, p.13-18. jan./fev. 2004.

_____ *et al.* “Mulher sem-vergonha” e “traidor responsável”: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/Aids. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.2, p.51-76, mai./ago. 2004.

_____ *et al.* “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6. p.1335-1342, jan./jun. 2006.

_____; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele Freitas Faria de. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v.17, n.47, p.859-871, 2013.

_____; SCHWERGBER, Maria Simone Vione. Politização do seio. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elisabeth; MENEGHEL, Stela N. (Orgs.). **Dicionário feminino da infâmia**. Acolhimento e diagnóstico de Mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MOREIRA, Sueli Aparecida; FRANÇA JÚNIOR, Ivan; AYRES, José Ricardo; MEDEIROS, Michelle. Comensalidade e cuidado: meninas-jovens-mulheres órfãs no contexto de HIV/Aids. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.16, n.42, p.651-64, jul./set. 2012.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As pestes do século XX tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NASCIMENTO, Marcos *et al.* **Homens, masculinidades e políticas públicas: aportes para equidade de gênero**. Rio de Janeiro: Promundo; UNFPA, 2009.

NEGRÃO, Télia. **Rede feminista de saúde alerta: rede cegonha é retrocesso de 30 anos**. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.8, n.2, p.9-42. 2000.

OLIVEIRA, Cátia M. de; CRUZ, Marli M. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.255-267, jan./mar. 2015.

OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de. *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1309-1318, out. 2004.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Plano global para eliminar novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas 2011-2015**. Brasília: OMS, 2011.

ONU - Organização das Nações Unidas. ONU Mulheres. **Conferência do Cairo**. 1994. Disponível em: <www.onumulheres.org.br/conferenciadocairo>. Acesso em: 5 jan. 2016.

_____. ONU Mulheres. **Pequim 20**. 1995. Disponível em: <www.onumulheres.org.br/pequim20/>. Acesso em: 6 jan. 2016.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.14, Supl. 1, p.25-32, 1998.

PAIVA, Vera. Prevenção PositHIVA? A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: RAXACH, Juan Carlos; MAKSUD, Ívia; PIMENTA, Cristina; TERTO JÚNIOR, Veriano (Orgs). **Prevenção positiva: estado da arte**. Rio de Janeiro: ABIA, 2009.

_____. *et al.* Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1609-1620, nov./dez. 2002.

PARAÍSO, Marlucy Alves. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, Dagmar E. E.; PARAÍSO, Marlucy Alves (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. v.2. Belo Horizonte: Mazza, 2014.

PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS**. sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

_____ (Org.). **Políticas, instituições e aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997.

PEREIRA, Jamile Peixoto. **Da paternidade responsável à paternidade participativa?** Representações de paternidade na política nacional de atenção integral à saúde do homem (PNAISH). 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

PETERS. Michael. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**: uma introdução. Belo Horizonte: Autêntica. 2000.

PILECCO, Flávia Bulegon. **Aborto provocado em mulheres vivendo com HIV/AIDS**. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PINTO, Céli. **Com a palavra o senhor presidente José Sarney**: ou como entender os meandros da linguagem do poder. São Paulo: HUCITEC, 1989.

PIOLLI, Kelly Cristine; MEDEIROS, Marcelo; SALES, Catarina Aparecida. Significações de ser cuidadora do companheiro com câncer: um olhar existencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n 1, p.110-117, feb. 2016.

PIRES, Patrícia Vitória. **Em um ‘relacionamento sério’ com a prevenção**: reflexões acerca do enfrentamento à feminização do HIV/Aids. 2015. 52 f. Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

PRZYBYSZ, Juliana. Mulheres especialmente marginalizadas: uma entrevista com Dolores Juliano. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v.7, n.1, p.155-165, jan./jul. 2016.

RAMOS, Sílvia. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.1067-1078, dez. 2004.

REIS, Cláudia Tartaglia; CZERESNIA, Dina; BARCELLOS, Christovão; TASSINARI, Wagner S. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1219-1228, jan./jun. 2008.

RS - Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Programa de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e Sífilis 2015**. Porto Alegre: SES/RS, 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Programa de DST/Aids. **Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids e outras DST**. Porto Alegre: SES/RS, 2014a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução n. 663/2014 – CIB/RS**. Porto Alegre: SES/RS, 2014b.

ROSE, Nikolas. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: SACCHI, Luis Henrique; RIBEIRO, Paula Regina Costa (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**. Rio Grande: FURG, 2011.

SACCHI, Luís Henrique. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção; 1986-2000**. Porto Alegre: UFRGS, 2002. 258 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

_____. Dos corpos desterrados aos corpos cheios de força: representações culturais de corpo e de saúde em anúncios anti-retrovirais. In: SOMMER, Luis Henrique; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (Orgs.). **Educação e cultura contemporânea: articulações, provocações e transgressões em novas paisagens**. Canoas: Ed. ULBRA, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. A ontogênese do gênero. In: STEVENS, Cristina M.; SWAIN, Tania Navarro. **A construção dos corpos**. Perspectivas feministas. Florianópolis: Mulheres, 2008.

SANTOS, Naila J. S.; BARBOSA, Regina Maria; PINHOL, Adriana A.; VILLELA, Wilza V.; AIDAR, Tirza; FILIPE, Elvira M. V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, supl.2, p.s321-s333. 2009.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Brasília, Ano I, n.1, p.1-14, jul. 2009.

SARTI, Cynthia A. O feminismo brasileiro desde os anos 70: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.2, p.35-50. 2004.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: UNESP, 2004.

SCHRAIBER, Lilia B. Necessidades de saúde, política pública e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p.2635-2644. 2012.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez. 1995.

SCOTT, Joan. **A cidadã paradoxal**: as feministas francesas e os direitos do homem. Florianópolis: Mulheres, 2002.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.20, n.57, p.293-304, abr./jun. 2016.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

_____; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, Neide Emy Kurokawa; ALVARENGA, Augusta Thereza de; AYRES, José Ricardo de C. M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.3, p.474-81, jun. 2006.

SILVA, Tomas Tadeu da. **Teoria cultural e educação** – um vocábulo crítico. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SILVEIRA, Catharina da Cunha. **Escola e docência no programa saúde na escola**: uma análise cultural. 2014. 93 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SILVEIRA, Mariângela F.; BÉRIA, Jorge U.; HORTA, Bernardo L.; TOMASI, Elaine. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, p.670-677. 2002.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SORDI, Bárbara *et al.* A feminização da aids: efeitos da moral médica. **Polêm!ca**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.13-28, jul./ago./set. 2015.

SOUZA, Luis Eugênio P. Fernandes. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.15, n.4, p.1-21, out./dez. 2014.

SOUZA, Sarah Nancy D.; MELLO, Débora Falleiros de; AYRES, José Ricardo. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1186-1194, jun. 2013.

SPINK, Peter K. Psicologia social e políticas públicas: linguagens de ação na era de direitos. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (Orgs.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Fiocruz, 2013.

SPM. Brasil. **Documentos e publicações**. 2015. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/4cnpm/outras-conferencias/2a-conferencia/documentos-e-publicacoes>>. Acesso em: 15 maio 2016.

SCHWENGBER, Maria Simone. **Donas de si?** A educação de corpos grávidos no contexto da Pais & Filhos. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SZWARCWALD, Célia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio; ESTEVES, M. A. P.; ANDRADE, C. L. T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p.S07-S19. 2000.

THOMÉ, Elisabeth Gomes da Rocha; MEYER, Dagmar E. Estermann. Mulheres cuidadoras de homens com doença renal crônica: uma abordagem cultural. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.3, p.503-511, jul./set. 2011.

TREICHLER, Paula. AIDS, homofobia, and biomedical discourse: na epidemic of signification. In: PARKER, R.; AGGLETON, P. (Orgs.). **Culture, society and sexuality** – a reader. California: UCL Press, 1998.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de. **A infâmia de Quincas:** (re)existências de corpos em tempos de biopolítica. 2013. 239 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

_____; SEFFNER, Fernando. A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. **Cadernos Pagu**, Campinas, v.44, p.261-297, jan./jun. 2015.

VÍCTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN, Maria de Nazareth A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VICTORA, Cesar *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, London, v.3, p.199-205, abr. 2015.

VILLELA, Wilza Vieira. A incorporação de novos temas e saberes no estudo em saúde coletiva: o caso da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.997-1006. 2009.

_____; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.531-540, jul./set. 2015.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.