



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Cechim, Petronila Libana; Selli, Lucilda

Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 60, núm. 2, março-abril, 2007, pp. 145-149

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019613004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta

Women with HIV/AIDS: fragments of their hidden face

Mujeres con HIV/AIDS: fragmentos de su faceta oculta

Petronila Libana Cechim

Mestre em Enfermagem. Coordenadora do
Curso de Graduação em Enfermagem.
Professora e pesquisadora na
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
– UNISINOS, São Leopoldo, RS.

Endereço para Contato:
Petronila Liban Cechim.

Curso de Graduação em Enfermagem.
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Av. Unisinos, 950. CEP 93022-000
São Leopoldo - RS.

Lucilda Sellli

Doutora em Ciências da Saúde.
Mestre em Enfermagem. Professora e
pesquisadora no PPG em Saúde Coletiva
e professora nos Cursos de Graduação da
Unidade das Ciências da Saúde da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
– UNISINOS, São Leopoldo, RS.

RESUMO

O estudo buscou conhecer fatores geradores do medo que assola as mulheres soropositivas e consequências nas relações do cotidiano familiar, do trabalho e do convívio social. O método empregado é de natureza qualitativa. Focalizou mulheres com HIV/AIDS que estão em acompanhamento na Unidade de Saúde do Município de São Leopoldo-RS. A coleta de dados foi por meio de entrevista semi-estruturada, atingindo 18 mulheres, de 23 a 55 anos. A discriminação no seio da família e no trabalho e a perda de amigos constituem fator de medo constante e exercem influência no comportamento social das mulheres. O medo está relacionado também com a imagem da mulher e o isolamento social.

Descriptores: Saúde da mulher; Doenças Sexualmente transmissíveis; HIV/AIDS.

ABSTRACT

The study aimed at determining factors that generate the fear visiting upon HIV-positive women and consequences in routine family, work and social life relations. The method employed is of qualitative nature. Women with HIV/AIDS that were followed at the Health Clinic of São Leopoldo-RS were focused. Data collection was performed by a semi-structured interview, seeking 18 women, from 23 to 55 years old. Discrimination in the family and at the workplace and loss of friends constitute a factor of constant fear and exert an influence on the women's social behavior. The fear is also related to the women's image and social isolation.

Descriptors: Women's health; Sexually transmitted diseases; HIV/AIDS.

RESUMEN

En el presente trabajo se buscó conocer a los factores generadores del miedo que asola las mujeres seropositivas y a las consecuencias en las relaciones del cotidiano de la familia, del trabajo y del convivio social. El método usado fue de naturaleza cualitativa. Se focalizó en mujeres con HIV/SIDA que están siendo acompañadas en la Unidad de Salud del Municipio de São Leopoldo-RS. La recogida de datos fue a través de entrevista semiestructurada, abarcando 18 mujeres, de 23 a 55 años. La discriminación en el seno de la familia y en el trabajo y la pérdida de amigos constituyen factor de miedo permanente y ejercen influencia en el comportamiento social de las mujeres. El miedo también está relacionado con la imagen de la mujer y el aislamiento social.

Descriptores: Salude de la mujer; Enfermedades sexualmente transmisibles; HIV/AIDS.

Cechim PL, Sellli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. Rev Bras Enferm 2007 mar-abr; 60(2):145-9.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS está, cada vez mais, se constituindo em um sério problema no contexto da Saúde Pública, de caráter pandêmico. Teve seu início na década de 1980, nos Estados Unidos, e ingressa no século XXI desafiando a comunidade científica.

O HIV/AIDS necessita ser tratado como um fenômeno social sem fronteiras que atinge adultos, jovens e crianças. AAIDS não pode ser pensada num contexto individualizado e excluída da vida das pessoas, precisa ser assumida pelo Estado, pela sociedade civil e pelos profissionais da saúde para romper o medo que cria nas pessoas, sobretudo nas mais vulneráveis, mulheres e crianças, pertencentes às classes sociais menos favorecidas e dependentes, economicamente, de seu companheiro⁽¹⁾.

A epidemiologia do HIV/AIDS confirma a feminização e pauperização, mantendo o perfil social dos pacientes soropositivos no Brasil. Em nosso país, verificamos uma maior expansão do número de casos entre mulheres, principalmente, na faixa etária entre 20 e 49 anos que, além da pobreza, são residentes nas periferias urbanas e cidades do interior. A principal via de contaminação delas é a relação heterossexual

desprotegida, respondendo por 86,8% dos casos notificados em mulheres⁽²⁾.

O constante conflito que atinge a vida das mulheres contaminadas deve ser foco das ações planejadas por equipes de saúde multiprofissional, para atender as necessidades do tratamento medicamentoso e oferecer o apoio moral e psicológico necessários, possibilitando o enfrentamento do medo paralisante, abrindo novas oportunidades para ressignificar suas vidas^(3,4).

A síndrome do medo é desencadeada no momento em que a mulher se depara com o diagnóstico da soropositividade. Muitas, a partir deste momento, iniciam uma retrospectiva de vida.

Algumas pessoas, ao se confrontarem com o diagnóstico de uma síndrome que ainda não oferece possibilidade de cura, se desestruturam emocionalmente, ficam aniquiladas e perdem qualquer esperança diante da expectativa de estagnação e finitude da sua existência. Este medo começa a ter múltiplas faces que vão se somando ao longo do processo que cada pessoa imprime à sua realidade cotidiana⁽⁵⁾.

A situação de HIV/AIDS desorganiza as inserções mais imediatas da mulher como na sua família, no seu trabalho, nos seus grupos de amigos, estendendo-se a toda a sociedade. É preciso continuar a concentrar atenção não apenas no HIV/AIDS, mas também no contexto social mais amplo no qual a AIDS está inserida e nas respostas sociais mais abrangentes que criam uma atmosfera de mudança de comportamento em relação ao preconceito⁽⁶⁾. Cabe-nos apontar caminhos e construir estratégias para o enfrentamento do medo, que incluem a mulher, promovendo-a no seu contexto, como mãe, profissional e cidadã.

A produção do artigo sobre a face oculta do medo se originou da constatação de que os profissionais da saúde têm um papel decisivo no sentido de escutar, orientar e estimular a mulher a fim de que ela consiga se sobrepor à situação de medo e conflitos provenientes da doença.

2.OBJETIVOS

O estudo teve como objetivo identificar o conhecimento que as mulheres possuem em relação à disseminação do vírus para outros sujeitos e os fatores geradores do medo vivenciado no seu cotidiano, que remete à clandestinidade.

3.MÉTODO

A pesquisa foi realizada no serviço de atendimento Especializado (SAE) do município de São Leopoldo-RS. Foi empregado o método descritivo com abordagem qualitativa. Esse método abrange um delineamento da realidade, uma vez que descreve, registra, analisa e interpreta a complexidade da natureza do fenômeno, dos fatos e dos processos em sua extensão com capacidade de abranger a sua essência⁽⁷⁾.

3.1 Seleção dos sujeitos

A seleção dos sujeitos se deu por indicação dos profissionais da saúde que atuam na Unidade Sanitária e das pesquisadoras que, no contato com a população, por meio do diálogo, identificaram os sujeitos que se enquadram nos critérios estabelecidos para a pesquisa: mulheres que buscaram o atendimento no Serviço de Atendimento Especializado - SAE e as que já estão em processo de atendimento na Unidade Sanitária, que tinham idade entre 23 e 55 anos com HIV ou AIDS. O número de sujeitos foi de 18 mulheres determinado ao longo da pesquisa pelo ponto de saturação, isto é, no momento em que as informações tornaram-se saturadas⁽⁷⁾.

3.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir de uma entrevista semi-estruturada, registrando os dados em fita cassete, que, posteriormente, foram transcritos. O período da coleta de dados foi de novembro de 2003 à março de 2004. Para o roteiro da entrevista, foram utilizadas perguntas norteadoras: fatores geradores do medo, saúde individual e saúde coletiva com base nos fatores

de risco comportamentais, socioculturais, clínicos, econômicos, apontados pela literatura e pesquisas publicadas e pela interação/intervenção pesquisador e pesquisada⁽⁷⁾.

3.3 Interpretação e análise dos dados

Para a interpretação dos dados, foi utilizado a análise de conteúdo, observando-se as seguintes etapas: ordenamento do material; unitarização de dados e análise final⁽⁷⁾.

3.4 Aspectos éticos

O local da Unidade Sanitária, onde foram coletados os dados, privilegiou a privacidade das mulheres pesquisadas, permitindo que fosse usado um ambiente que favorecesse a interlocução, uma vez que o assunto é sigiloso e envolve a sua intimidade.

As mulheres convidadas a participar da pesquisa foram informadas e esclarecidas sobre a temática do estudo, seus objetivos e sua justificativa. Ao aceitarem, foram apresentados os seus direitos, como sigilo nominal e a confidencialidade das informações, garantindo-lhes a continuidade do atendimento caso desejasse desistir ao longo da pesquisa. Estas mulheres serão nominadas em seus depoimentos pelas letras alfabéticas: A, B, C, D, E, F, G, H, I, permitindo, desta forma, manter seus nomes protegidos. Elas procederam a assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, documentando sua livre participação na pesquisa⁽⁸⁾.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise descritiva, a partir da idade, escolaridade, ocupação, renda, estado civil, mostrou que as características mais destacadas nas mulheres pesquisadas são: mulheres na sua maioria em idade fértil, com união estável, com escolaridade de ensino fundamental incompleto, ocupação do lar e de classe social baixa.

Da análise das falas das participantes do estudo emergiram quatro categorias de análise nominadas conforme as falas das pesquisadas.

4.1 Primeira categoria: o mundo desmoronou. Senti-me em um túnel, sem saída

A descoberta da soropositividade é traumática, representando para o indivíduo um abalo equivalente a um terremoto⁽⁹⁾. Se a AIDS orgânica se caracteriza pela falência do sistema imunológico do organismo, a descoberta do HIV provoca, na mente da pessoa, um desmoronamento repentino do conjunto de defesas construídas ao longo da sua existência.

A partir do diagnóstico, instala-se, no cotidiano de vida da pessoa, o medo que se apresenta com diferentes faces: o medo de si mesma, o medo da discriminação, o medo do preconceito, o medo do sofrimento físico e o medo de seu fim último.

"(...) na hora bate o medo e o desespero, a gente fica sem chão, toma um susto pela gente e pelos familiares (...)" (A).

O principal medo é o de ser julgada. Alia-se a este medo do julgamento do outro o estereótipo do HIV/AIDS que vem carregado de preconceitos e discriminações, subjugando seus portadores ao silêncio como meta para evitar qualquer chance de passar por estas situações⁽¹⁰⁾.

O medo nasce do desconhecimento, das informações incorretas sobre a transmissão, da evolução da doença e dos meios de comunicação. Soma-se a estes fatores a face mítica do HIV/AIDS que traz, em seu bojo, a recusa social, a discriminação, o preconceito no trabalho e a própria culpabilização por parte dos familiares.

O maior medo que ronda as mulheres contaminadas é aquele silenciado por elas, trazendo à tona o seu passado, mesmo que este não possa se dissociar de sua vida presente. Tornar público esta condição poderá trazer

constrangimentos e perdas importantes à mulher.

“(...) fiquei doida, apavorada e tive medo daquilo que não conheço, procuro ficar quieta e não falo (...)” (C).

A estigmatização da doença que remete a condutas de contravenção e do próprio descuido em não proteger-se em suas relações sexuais, reacende o medo, a culpa de ser julgada pelo seu companheiro/marido e pelos próprios filhos, pois é da “culpa e, consequentemente do castigo que se formula a natureza do HIV/AIDS no imaginário do ser humano”⁽⁹⁾.

O medo de enfrentar uma situação limite, uma síndrome, que talvez a impossibilite de retornar às suas atividades, e que consome suas energias. Este é reforçado pela certeza da contagiosidade, que aumenta a preocupação do afastamento dos amigos e dos seus próprios filhos. Em relação a estes, inclusive, existe o receio de que eles passem a não demonstrar mais o seu afeto.

Esta realidade carregada de desesperança faz com que a mulher mergulhe na sua solidão e amargura, perdendo o interesse pela vida, entregando-se à dor do medo e da discriminação que remetem à perda do apreço, da amizade verdadeira e do convívio social. Isso significa condenar um ser humano, eminentemente social, a um “cárcere”, impondo a segregação, junto a outros grupos já marginalizados.

“(...) naquele dia já me senti uma morta, a vida perdeu a graça, achei que era o meu fim (...)” (B).

Alia-se a este medo o julgamento preconceituoso, subjugando o portador da soropositividade ao silêncio como uma meta a fim de evitar situações de constrangimento⁽¹⁰⁾.

A revelação do diagnóstico das mulheres pesquisadas foi, de modo geral, confidenciado para um membro da família ou para alguém muito próximo. É no espaço da família, tradicionalmente definido como lugar legítimo para a vivência do sexo, das relações afetivas, da segurança, onde os relacionamentos pessoais são a essência da qual os seres humanos extraem seu sentido mais elevado e, nestes encontros, a maioria dos homens e mulheres desejam o amor e o afeto⁽¹¹⁾. Este comportamento afetivo caracteriza os humanos do berço à sepultura. Não podemos ignorar a contradição do espaço familiar, que, supostamente, deveria ser o espaço da afeição, da intimidade, o lugar de crescimento conjugal e onde um considerável número de mulheres se tem contaminado com o vírus HIV/AIDS.

“(...) foi uma surpresa horrível, fui à loucura, eu apostei num casamento, eu estava em casa e ele me trouxe a doença, abala toda a estrutura (...)” (E).

A combinação da violência material e simbólica, da “dupla moral” no que diz respeito ao comportamento sexual de homens e mulheres no âmbito da família e da sociedade, da assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las faz com que seja mais difícil para as mulheres mudar seu comportamento e manter estas mudanças nas interações cotidianas⁽¹²⁾. A soropositividade/AIDS autoriza uma política de exclusão social dos sujeitos, pois eles seriam potencialmente enfermos, vistos como pessoas com comportamentos de risco⁽¹⁰⁾.

4.2 Segunda categoria: o que me preocupa é aparecer uma doença e ser discriminada

O medo da discriminação, às vezes, inicia no seio da própria família, pelo julgamento, pela incompreensão e pela não-aceitação do fato de um membro da família estar contaminado pelo Vírus HIV. O relacionamento afetivo é fundamental para a satisfação de uma das necessidades básicas do ser humano, de se sentir acolhido e amado entre os mais próximos.

“(...) isto estragou nossa relação, tive vontade de matar ele (...)” (D).

Tornar público, entre os familiares, o diagnóstico da soropositividade, desestrutura a relação com o companheiro e com os filhos, até então harmoniosa, e cria um novo contexto imprevisível.

“(...) minha cabeça se desestruturou, mudou o jeito de viver com meus filhos, me isolei de todo o mundo, prefiro não falar com ninguém (...)” (F).

Por essa razão a mulher prefere esconder-se no silêncio, suprindo sua verdadeira condição, arcando com o desequilíbrio que esta decisão traz⁽⁵⁾.

O medo do preconceito e da discriminação ultrapassa a fronteira da família, tornando-se presente no ambiente de trabalho, associado ao sentimento de viva inquietação ante a noção do perigo real ou imaginário da ameaça, do temor de perder o emprego. Para uma mulher que conquistou um espaço no mundo do trabalho significa sentir-se cidadã, digna de viver em sociedade, seja este trabalho formal ou informal, pois sua importância reside na possibilidade da independência econômica, de sua contribuição na renda familiar e satisfação das necessidades básicas da família. A ameaça do desemprego por causa do preconceito esvazia sua conquista.

“(...) sou uma inútil, no trabalho me sinto cansada e fraca, mas não posso falar, tenho medo de perder o emprego (...)” (H).

O preconceito é uma forma pré-consciente de medo, alimenta-se do medo, ou seja, objetiva o temor e afasta do horizonte o perigo de um confronto direto com o diferente. As pessoas são caricaturadas como sujeitos promíscuos em suas relações sexuais ou envolvidos em drogas e que, portanto, buscaram o vírus⁽¹⁰⁾. No mundo destas pessoas infectadas, o medo do preconceito habita suas relações sociais, pois, em cada encontro, o medo do novo, da mudança e do enfrentamento leva a negação para uma abertura ao outro.

4.3 Terceira categoria - quando as pessoas sabem, vão se afastando. Tenho que ir em frente, me cuidar

Outra face do medo, da discriminação social é o silêncio e o distanciamento de seu semelhante, deixando-se submergir a dor moral. Entretanto, a melhor forma de enfrentar e tentar vencer este tipo de medo é não permitir que ele paralise sua vontade. É preciso dar um novo significado à vida. Isso significa levantar-se e agir, acreditando que pode dar sentido a tudo que a vida puser diante de si⁽⁴⁾. Enfrentar o medo significa canalizar recursos para achar maneiras construtivas e sadias de lidar com situações adversas, significa agir, com base na força, não da fraqueza, significa mobilizar a capacidade de examinar as diferentes possibilidades de opções e decidir por aquelas que favorecem o enfrentamento da situação. Não significa ser destruído, mas ficar alerta à possibilidade de se-lo⁽¹³⁾.

A preocupação do cuidado consigo mesmas foi referida pelas mulheres durante a pesquisa.

“(...) tenho mais cuidado com a higiene, uso camisinha e tomo a medicação, a vida precisa continuar (...)” (G).

Há preceito de ocupar-se de si entre diferentes doutrinas, assumindo uma forma de atitude, de um modo de viver, de comportar-se, construindo um conhecimento e um saber sobre si mesmo como forma de cuidado⁽¹⁴⁾. A vida mostra que a pessoa tem a oportunidade de escolher como agir.

“(...) a gente aprende a dar mais valor às pessoas e à vida. Hoje vivo a vida mais intensamente (...)” (C).

Em meio às adversidades do cotidiano, ela pode manter sua liberdade espiritual. “É possível tirar tudo de um homem, menos uma coisa – a última das liberdades humanas, o direito de escolher a sua própria atitude em um determinado conjunto de circunstâncias, eleger seu próprio caminho”⁽¹⁵⁾.

O modo como cada ser humano aceita seu destino e os sofrimentos que

ele acarreta, proporcionam-lhe uma nova e ampla oportunidade, mesmo em circunstâncias adversas, pois isso pode possibilitar o desvelamento de um significado mais profundo à sua vida.

“(...) no começo foi uma depressão braba, depois comecei a ter mais fé, acreditar em Deus e pensar Nele nas horas difíceis [...]” (I).

Na condição de soropositivo/Aids, não é possível controlar o preconceito e a discriminação, mas é possível contê-lo no tocante às nossas reações e atitudes ao ressignificar a vida, não permitindo que o vazio interior as domine.

“(...) olho para meus filhos, e eles me dão coragem e força para continuar e superar esta doença [...]” (H).

Acabar com o mito da imoralidade e da fatalidade da AIDS é absolutamente necessário a fim de mudar o comportamento e a atitude da pessoa, que deve, com esta postura, elaborar um novo projeto de vida⁽¹⁶⁾. O medo pode arrastar ao vazio interior o qual deverá ser enfrentado com um novo projeto de existência, que propõe novas ferramentas para superar o próprio medo, pois este desorienta, remete ao fracasso e à derrota; paralisa e torna o ser impotente frente às situações complexas.

“(...) vou às palestras, converso com os soropositivos. Agora estou mais esclarecida sobre a doença e até entrei no clube de mães [...]” (B).

O sentimento que entorpece, que produz a sensação de estar perdido implica sobrepor-se e avançar para encontrar caminhos que transcendem o mundo das trivialidades, buscando, no âmago de si mesma, a razão de sua existência.

4.4 Quarta categoria - Medo da morte. Às vezes, tento esquecer, mas não dá

A síndrome do medo de si mesma e da própria imagem atormenta a pessoa contaminada com o vírus, pois o sofrimento físico, as doenças oportunistas tão temidas lhe roubam suas forças e aniquilam seu corpo, levando-a à morte.

“(...) horrível, achei que iria morrer rapidamente, entrei numa depressão que custou para passar [...]” (A).

Este medo provoca a fuga, o não-reconhecimento de sua situação, objeto de negação. O medo associa-se à angústia e à culpabilidade, uma vez que esta síndrome reporta a atitudes promíscuas, não aprovadas pelo convívio social. O impacto do vírus HIV/AIDS é maior nas mulheres, pois os esterótipos relacionados a elas têm reforçado a ideia de que as mulheres são as culpadas pelo avanço da epidemia, assim como as cargas sociais são mais pesadas para as mulheres do que para os homens⁽¹⁸⁾.

“(...) chorei, fiquei com raiva, mas também me senti culpada, porque fui eu que corri atrás do vírus, agora não tem mais volta [...]” (C).

Dessa forma, a pessoa percebe-se fragilizada, impotente diante da doença para a qual a ciência ainda não oferece perspectivas de cura.

O significado construído em relação aos pacientes HIV/AIDS vem carregado de um olhar de finitude de vida, de medo, de desesperança e de sentimentos que aniquilam qualquer projeto de vida.

“(...) depois que eu soube, nasceu a angústia e morreu a paz. Não penso mais em construir uma família, comprar casa, trabalhar, só penso no dia de hoje [...]” (E).

Receber o diagnóstico da soropositividade significa, muitas vezes, para

a mulher, um indicativo de morte. A perspectiva de morte iminente é o maior dos medos sentido pelo homem⁽¹⁵⁾. Este sentimento foi expresso pelos sujeitos da pesquisa, manifestando medo diante da perspectiva da morte, pois esta é uma experiência única, solitária e alienante.

“(...) primeiro morre a esperança, depois vem a morte; imagino como vai ser meu fim, em que estado ficam as pessoas [...]” (G).

A morte é o momento limite de existência humana. Com ela cessam as expectativas de concretizar um futuro, bem como de acompanhar a história de vida dos filhos ou de outras pessoas queridas.

Os dados indicam que a taxa da mortalidade por AIDS vem mostrando uma tendência de estabilização desde 1999 com média de 6,3 óbitos por 100 mil habitantes nos últimos três anos⁽¹⁷⁾. Entretanto, entre as mulheres, as taxas continuam aumentando em quase todas as regiões.

“(...) quando tive meu filho, fiquei sabendo da doença, ela já estava avançada, eu andava sempre muito doente [...]” (I).

Isso pode ser explicado pela demora da mulher em fazer o teste e buscar o tratamento disponibilizado nas Unidades de Saúde.

A divulgação tardia dos primeiros casos de AIDS em mulheres, a crença inicial de que elas estavam imunes ao risco de contaminação são alguns fatores que contribuíram para aumentar a sua vulnerabilidade para a infecção do HIV⁽¹⁸⁾. O predomínio da ignorância sobre as formas de transmissão, além dos mitos e juízos errôneos sobre a epidemia, acaba por levar a preconceitos, discriminações e estigmatização dos indivíduos.

“(...) a sociedade ainda tem muito preconceito; quando surge uma doença, aí as pessoas começam a discriminá-la [...]” (E).

O estigma da HIV/AIDS, alicerçado sobre o sentimento do preconceito e do medo, levam a pessoa a buscar estratégias de sobrevivência social, mergulhando, muitas vezes, no silêncio e na dor do medo.

Falar do dia-a-dia é falar não só do mais banal dos gestos, mas também do mais complexo dos fatos. A vida cotidiana é revestida de extraordinário valor, porque representa o momento social, político e filosófico no qual está inserida. A vida cotidiana é “a vida do homem inteiro”, é nela que se desenvolvem todas as suas características físicas, sociais e psicológicas⁽¹⁹⁾. É na vida cotidiana que o homem exercita todas as suas habilidades, capacidades, vive suas paixões e seus medos.

O medo encarcela o indivíduo, impedindo-o de abrir-se para o outro, fazendo com que se entregue a todo tipo de preconceito.

“(...) ninguém sabe e, se souberem, vão correr léguas de mim [...]” (D).

O preconceito é a lógica do medo abandonado a si mesmo, em seu auto-sofrer, a insegurança absoluta de um momento – paralisia do tempo⁽¹⁰⁾. Para as mulheres, o grande desafio é conviver com a dor do medo e do silêncio que elas mesmas se impõem, supondo ser este o caminho para manter um convívio social.

“(...) vou ficar dentro de casa, a vida não tem mais graça, procuro não comentar isso com outras pessoas [...]” (A).

Nestas condições, a mulher percebe sua vulnerabilidade individual e social. A vulnerabilidade individual está relacionada ao seu comportamento e ao grau de consciência que ela tem quanto ao problema, enquanto a vulnerabilidade social se expressa no plano coletivo, quando cerceia sua liberdade de se expressar no contexto político social⁽²⁰⁾.

Existe o reconhecimento de que as mulheres estão em situação de maior vulnerabilidade diante da epidemia da AIDS e, portanto, de desvantagem em

relação à adoção de medidas preventivas, pois o condom, é um método tradicionalmente masculino e são os homens que possuem mais parceiras⁽²⁾. Na pesquisa, foi identificada, com freqüência, a chamada "vítima passiva", que se diz traída e contaminada dentro de seu lar pelo próprio marido/companheiro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres que participaram da pesquisa, em grande parte são do lar, portanto seu papel social é o de cuidar dos membros da família. Este papel agora está ameaçado pelas saídas de casa em busca de tratamento e apoio junto aos serviços de saúde.

A disseminação da infecção entre as mulheres pesquisadas ocorre, de

maneira geral, por seu parceiro e por via sexual, usuários ou não de drogas injetáveis.

Em relação à problemática do HIV/AIDS entre as mulheres, foi possível constatar que a confiança no parceiro constitui uma situação que ofusca o risco da contaminação.

A abordagem da família, feita pelas mulheres pesquisadas, como uma referência importante quanto ao seu papel como esposa e mãe, revela que a mulher não se sente em situação de risco, porque não se considera promíscua, o lar lhe brinda a segurança, e o casamento é a prova de amor e respeito que o marido tem por ela.

Ao tomar conhecimento do diagnóstico de soropositiva, a mulher se defronta com a traição e o desrespeito de seu parceiro, tido, até então, como companheiro fiel na vida a dois.

REFERÊNCIAS

1. Loyola MA, Gianni A, organizadores. AIDS e sexualidade: O ponto de Vista das Ciências Humanas. Rio de Janeiro (RJ): Reluma-Dumará; 1994.
2. Ministério da Saúde (BR). Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP). Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
3. Gianni A, Veil C. Enfermeiras frente à AIDS. Canoas (RS): Editora da ULBRA; 1997.
4. Bamforth N. AIDS e sua cura interior. Porto Alegre (RS): Kuarup; 1995.
5. Sontag S. AIDS e suas metáforas. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 1989.
6. Parker R. A construção social da solidariedade – AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ; 1994.
7. Minayo MC. Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
9. Sanches MR. Escolhi a vida: Desafios da AIDS Mental. São Paulo (SP): Olho D'água; 1997.
10. Souza RT. Ainda além do medo – Filosofia e antropologia do preconceito. Porto Alegre (RS): Da Casa; 2002.
11. Dominian J. Maturidade sexual – a solução para a AIDS. São Paulo (SP): Loyola; 1989.
12. Bastos FI. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro (RJ): Abia; 2000. p. 27.
13. Jeffers S. Como superar o medo. São Paulo (SP): Cultrix; 1991.
14. Foucault M. A história da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1985.
15. Lago SVL. Por que Deus? Reflexões para o Homem em Momentos de Crise. Goiânia (GO): AB; 1994.
16. Czeresnia D. Pesquisa social e educação. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.
17. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e AIDS. Saúde divulga novos números da AIDS no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde. (citado em: 6 jun 2004). Disponível em: URL: <http://www.aids.br/imprensanotíciasimpresso.asp?NOTCod=56969>
18. Campos RCP. Aids: Trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. In: Bruschini C, Holanda HB, organizadores. Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo (SP): Fundação Carlos Chagas; 1998. p. 85-109.
19. Heller A. O Cotidiano e a História. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1992.
20. Ayres JRC, Mesquita. Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/AIDS: a escola e a construção de uma resposta social. In: Silva LH, organizador. A escola cidadã no contexto da globalização. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998.
21. Barbosa MR. Negociação sexual ou o sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UFRJ; 1999. p.73 -88.
22. Ministério da Saúde (BR). Epidemiologia da Aids no Brasil. Brasília (DF). (citado em: 20 jul 2004). Disponível em: URL: <http://www.aids.gov.br/simposat/epidem.htm>