



Revista Subjetividades

E-ISSN: 2359-0777

revistasubjetividades@gmail.com

Universidade de Fortaleza

Brasil

Queiroz Costa Silva, Tamara; Szapiro, Ana Maria
MULHERES HETEROSSEXUAIS EM RELACIONAMENTO ESTÁVEL: LIMITES DO
ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/AIDS
Revista Subjetividades, vol. 15, núm. 3, diciembre, 2015, pp. 350-361
Universidade de Fortaleza
Fortaleza, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=527553110004>

- 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 HETEROSSEXUAIS EM RELACIONAMENTO ESTÁVEL: LIMITES DO ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/AIDS

**Heterosexuals Women in Stable Relationship: Limits of
Advice on STD / HIV / AIDS**

***Mujeres Heterosexuales en Relacionamento Estable: Límites
del Aconsamiento en EST/VIH/SIDA***

***Femmes Hétérosexuelles dans une Relation Stable: Limites
du Conseil sur IST/ VIH/ SIDA***

**Biopolítica e Subjetividades
Contemporâneas**

Resumo

Diante do quadro mais geral de feminização da epidemia de AIDS no Brasil, com o aumento de casos em mulheres heterossexuais em relacionamento estável, este artigo analisa questões ligadas à não adoção de comportamento preventivo neste grupo. Considera-se que a não adoção aponta uma dificuldade de negociar o preservativo, a qual, embora possa estar relacionada a valores como fidelidade e confiança, extrapola-os. De modo a examinar as dificuldades quanto aos modos de prevenção nesta população em particular, foram realizadas entrevistas com cinco mulheres que se dirigiram a um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para o reteste do anti-HIV – pela demanda de reteste, identificou-se no grupo dificuldade quanto à adoção do preservativo. Analisando o discurso das entrevistadas, evidenciou-se um conflito entre a recomendação de uso do preservativo (como prevenção à doença) e os valores de ordem subjetiva e cultural (como pacto de fidelidade presente em todas as formas de conjugalidade). Tais valores se situam, segundo os relatos, além das recomendações que as entrevistadas haviam recebido sobre a prevenção à doença.

Palavras-chave: HIV; AIDS; conjugalidade; fidelidade; risco.

Abstract

Facing AIDS epidemic of the more general framework of feminization in Brazil, with the increase in cases in heterosexual women in a stable relationship, this article examines issues related to non-adoption of preventive behavior in this group. It is considered that the non-adoption indicates a difficulty in negotiating the condom, which, although it may be related to values such as loyalty and trust, extrapolates them. In order to examine the difficulties on the ways of prevention in this particular group, interviews were conducted with five women who spoke to an HIV Testing and Counseling Center for STD / HIV / AIDS to the HIV retesting - the demand for retesting, it was identified in the group some difficult in adopting condom. By analyzing the discourse of the interviewees, a conflict between condom use recommendation (such as prevention of disease) and the subjective and cultural values (as the fidelity pact in all forms of conjuality) was evidenced Such values are, according to reports, beyond the recommendations that the respondents had received about the prevention of the disease.

Keywords: HIV; AIDS; conjuality; loyalty; risk.

**Tamara Queiroz Costa Silva⁽¹⁾
Ana Maria Szapiro⁽²⁾**

1) Mestranda do Programa de pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/EICOS/ UFRJ.

2) Professora Associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, IP/UFRJ, RJ. Programa de pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, EICOS/ UFRJ.

Recebido em: 07/07/2015

Revisado em: 15/09/2015

Aceito em: 22/10/2015

Resumen

Ante el cuadro más general de feminización de la epidemia de SIDA en Brasil, con el aumento de casos en mujeres heterossexuales en relacionamiento estable, este artículo evalúa cuestiones relacionadas a la no adopción de conducta de prevención en este grupo. Se considera que la no adopción apunta para una dificultad de negociar el preservativo, la cual, aunque pueda estar relacionada con valores como fidelidad y confianza, los extrapola. Para evaluar las dificultades cuanto a los modos de prevención en esta población en particular, fueron realizadas entrevistas con cinco mujeres que iban a un Centro de Test y Asesoramiento en EST/VIH/SIDA para el re-test, se identificó en el grupo dificultad cuanto a la adopción del preservativo. Analizando el discurso de las entrevistadas, se ha evidenciado un conflicto entre la recomendación de uso del preservativo (como prevención de enfermedades) y los valores de orden subjetiva y cultural (como pacto de fidelidad presente en todas las formas de conyugalidad). Estos valores están, según los relatos, más allá de las recomendaciones que las entrevistadas habían recibido acerca de la prevención de la enfermedad.

Palabras clave: VIH; SIDA; conyugalidad; fidelidad; riesgo.

Résumé

Devant l'augmentation du nombre d'infections à SIDA des femme hétérosexuelles dans une relation stable au Brésil, cet article analyse des questions liées à la non adoption du comportement préventif dans ce groupe-là. On considère que le fait de ne pas adopter montre certaine difficulté à négocier l'usage du préservatif qui peut être relationnée à des valeurs comme fidélité et confiance, mais qui les dépasse. Pour réussir au but d'examiner les difficultés relatives aux façons de prévention dans cette population en particulier des interviews ont été réalisées avec cinq femmes qui sont allées au Centre de Tests et Conseil sur IST/ VIH/ SIDA pour faire le deuxième test anti-VIH. À partir de la demande du deuxième test, on a identifié la difficulté d'adoption du préservatif dans ce groupe. En analysant les discours des interviewées, on a vérifié des conflits entre l'indication de l'adoption du préservatif (pour prévenir la maladie) et les valeurs d'ordre subjective et culturelle (l'accord de fidélité commun à toutes façons de vie conjugale). Telles valeurs, selon les témoignages, se situent au-delà des recommandations de préventions de la maladie reçues par les interviewées.

Mots-clés: VIH; SIDA; vie conjugale; fidélité; risque.

denominado “padrão americano e europeu”, com os casos de infecção pelo HIV sendo descritos em homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis (UDIs), hemofílicos e pessoas que haviam recebido transfusão de sangue (Santos, 2004). Com o passar do tempo, esse perfil foi se modificando e a epidemia passou a atingir igualmente as mulheres, com os números mostrando rapidamente que a AIDS não era apenas uma doença masculina (Giacomozzi, 2004). Segundo a UNAIDS (2014), em 2013, os casos de meninas adolescentes e mulheres jovens corresponderam a quase 60% de todas as novas infecções pelo HIV entre os jovens. Deste modo, podemos constatar que, quanto ao percurso da epidemia, esta apresenta um perfil epidemiológico que corresponde “à heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia” (Rodrigues & Castilho, 2004, p.312).

Parker e Galvão (1996) assinalam que a epidemia de HIV/AIDS em parte alguma no mundo sofreu transformações tão profundas e tão rápidas como no Brasil, pois que em lugar algum se deu uma feminização tão rápida da epidemia. O primeiro caso de HIV/AIDS no sexo feminino no país foi notificado já no ano de 1983 (Silva, 2011).

Diante do quadro de feminização do HIV/AIDS, pesquisas se voltaram, então, para o estudo das questões que envolveriam a prevenção ao HIV/AIDS em mulheres heterossexuais brasileiras (Sanches, 1999; Santos et al. 2009). Atualmente, a relação heterossexual ainda revela-se como a principal via de transmissão do HIV/AIDS em mulheres no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde [MS] (2014). A maioria dos trabalhos nesta área ressalta os entraves para a prevenção desta parcela específica da população, dentre estes, por exemplo, a vulnerabilidade das mulheres causada pela dificuldade de negociar o preservativo, seja pela desigualdade de gênero como traço que permanece na cultura, seja por questões ligadas a valores de fidelidade e confiança presentes na relação conjugal, como apontam os estudos sobre mulheres heterossexuais casadas (Giacomozzi, 2004; Oltrami & Camargo, 2010; Oltrami & Otto, 2006; Tamanini & Oliveira, 2008).

Consideramos, entretanto, que a dificuldade de adoção de comportamento preventivo envolve uma problemática maior, que diz respeito à concepção de sujeito ao qual se dirige o discurso preventivo. Tal discurso se sustenta no paradigma da objetividade científica e se dirige, assim, a uma dimensão de sujeito racional, o sujeito cartesiano, da racionalidade moderna¹. Deste modo, o discurso da prevenção recomenda mudanças de comportamento no que tange às práticas sexuais que, ainda que racionalmente

¹ Estamos nos referindo aqui a uma dimensão de sujeito tal como concebeu Descartes, cuja máxima “penso, logo existo” determinava que o centro do sujeito se encontrava na razão, na reflexão, no pensamento, diferente do sujeito da Psicanálise onde a dimensão do Inconsciente figura como o descentramento do sujeito cartesiano (Lebrun, 2004).

compreendidas, revelam-se complexas na medida em que interrogam a sexualidade - dimensão humana que não é compreendida, nem controlada racionalmente. Aqui vale lembrar a advertência de Lacan quanto ao que, para a Psicanálise, implica a noção de sujeito: “penso onde não sou, logo sou onde não penso” (Lacan, 1966/1988, p. 521).

Observe-se que no intuito de auxiliá-lo a tornar-se capaz de agir de modo a mudar práticas sexuais de risco, a tecnologia do Aconselhamento em DST/HIV/AIDS oferece informações sobre prevenção à doença e “apresenta-se como estratégia peculiar e fundamental para a prevenção das DST, HIV e AIDS” (Araújo & Camargo, 2004, p. 71). Desta forma, o Aconselhamento por dirigir-se a um sujeito da razão, o sujeito do conhecimento, ignora, por assim dizer, toda a complexidade própria à sexualidade humana, colocando assim em questão a eficácia de recomendações preventivas ao HIV/AIDS.

A este respeito, o estudo desenvolvido por Achkar (2004), sobre uma população que passava pela experiência de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, nos parece bastante ilustrativo daquilo que está em jogo no discurso da prevenção. Achkar enfatiza que o conhecimento sobre as formas de contaminação do vírus HIV não parece ser suficiente para levar à adoção de comportamentos preventivos. Em outra investigação, o “Estudo HPTN 052: Prevenção da Transmissão Sexual do HIV com medicamentos” (Daly, 2013) o caminho apontado para a prevenção ao HIV, no caso de casais heterossexuais sorodiscordantes (um dos parceiros tem o vírus HIV e o outro não), foi o uso do medicamento e não do preservativo, como as recomendações dos discursos preventivos costumam preconizar.

De fato, constatamos no trabalho de Aconselhamento, realizado em um Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS, que um número expressivo de mulheres heterossexuais em relacionamento estável retornavam ao Centro para a realização de novo exame anti-HIV. Esta situação suscitou alguns questionamentos a respeito do que faria com que essas mulheres, que já passaram pela experiência do Aconselhamento e receberam informações relativas à prevenção do HIV/AIDS, retornassem para um reteste. Seria este um sinal de que teriam corrido algum risco de contaminação do vírus HIV posteriormente à experiência de Aconselhamento? As informações sobre prevenção para estas pessoas, no contexto de seus relacionamentos amorosos estáveis, teriam tido alguma eficácia? A que poderíamos atribuir a dificuldade em adotar as práticas preventivas que foram transmitidas anteriormente?

Buscando responder estas interrogações entrevistamos um grupo de mulheres que procuraram um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), no Rio de Janeiro, demandando o reteste do exame anti-HIV. Nosso objetivo foi investigar, neste grupo de mulheres, as questões ligadas a não adoção de comportamento preventivo, através da

análise do discurso das entrevistadas sobre a demanda pelo reteste. Ao mesmo tempo, procuramos analisar também como as entrevistadas articulavam sua demanda pelo reteste com o saber a elas transmitido quanto às formas de prevenção da epidemia, quando do Aconselhamento realizado anteriormente.

A AIDS no Brasil e a Feminização da Epidemia

Inicialmente, o HIV/AIDS atingiu predominantemente pacientes homossexuais e, por isso, acreditou-se que a doença estava ligada a estilos de vida. Com isso, surgiu a noção de grupo de risco, composto por homossexuais, profissionais do sexo, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Posteriormente, com o surgimento de casos entre heterossexuais e em bebês, descartou-se a hipótese de uma doença ligada a homossexuais. Os esforços se concentraram em esclarecer a população de que o HIV/AIDS poderia ocorrer com qualquer pessoa. Abandonou-se, deste modo, a noção de “grupo de risco”, introduzindo-se a ideia de “comportamento de risco”, ou seja, de um comportamento que faz com que o indivíduo fique exposto a contrair o vírus HIV, como, por exemplo, manter relações sexuais desprotegidas, compartilhar seringas e etc., não correspondendo, portanto, a uma escolha sexual precisa.

Do início da epidemia brasileira até 2014 foram notificados 757.042 casos no país (MS, 2014). A epidemia, no Brasil, sofreu transformações drásticas ao longo dos anos (Parker & Galvão, 1996). Em 1994, no Congresso Mundial de HIV/AIDS, o conceito de feminização da epidemia de AIDS foi extensamente estudado e discutido. Analisando a razão entre os sexos - ou seja, o número de casos de HIV/AIDS notificados em homens dividido pelo número dos casos em mulheres-, podemos observar o aumento dos casos de HIV/AIDS nas mulheres: em 2013, a razão de contaminação por sexo chegou a 1,8 (um vírgula sete) casos em homens para cada 1 (um) caso em mulheres (MS, 2014). E no Rio de Janeiro² esse quadro agravou-se mais, uma vez que a razão de contaminação por sexo em 2012 era de 1,4 (um vírgula quatro), conforme dados da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro [SES/RJ] (2014).

Dentre a população feminina, com 13 anos ou mais, infectada pelo HIV, em 1993/94, a transmissão heterossexual (transmissão por relação sexual, sem uso de preservativo) era responsável por 54,2% das notificações (Parker & Galvão, 1996). Este quadro agravou-se, vindo a assumir, ao longo dos anos, uma importância cada vez maior e, em 2014, esta categoria de exposição correspondeu a 97,4% dos casos notificados no sexo feminino (MS, 2014).

Do ponto de vista dessa população, no Brasil, os

² O Boletim Epidemiológico mais recente referente ao estado do Rio de Janeiro foi publicado em 2014 e contém informações referentes ao ano de 2012.

programas de prevenção por muitos anos voltaram-se para as trabalhadoras do sexo e/ou usuárias de drogas, estratégia que ainda baseava-se na noção de “grupo de risco”. Entretanto, os dados sobre a epidemia recolhidos no ano de 1996, apontavam que 45% das mulheres com HIV/AIDS, em São Paulo, tinham parceiros fixos e únicos (Parker & Galvão, 1996). Este perfil parece perdurar até hoje no Brasil, qual seja: mulheres infectadas pelo HIV/AIDS cujo único parceiro é o próprio marido/companheiro. Segundo pesquisa recente, seis em cada dez mulheres brasileiras podem vir a ter contato com o vírus HIV através de um parceiro estável (Souza & Taniguchi, 2014).

A noção de “grupo de risco”, segundo Parker e Galvão (1996), contribuiu para que a AIDS fosse representada como uma doença dos outros, ‘doença da rua’. Essa ideia provavelmente alimentaria a crença em muitas mulheres, casadas ou em relacionamentos estáveis (com apenas um parceiro), de que estariam protegidas por ‘conhecerem’ seus parceiros, acreditando, assim, que viveriam um relacionamento sem risco. Estes autores acreditam que as campanhas de prevenção centradas na noção de “grupo de risco” reforçaram a crença de que a AIDS seria uma doença que não atingiria aqueles que se consideravam fora destes grupos. Fato é que, recentemente, no Brasil, ocorreu um aumento de notificação de casos novos entre os jovens, entre a população feminina em idade reprodutiva e entre pessoas idosas. Desta forma, a taxa de incidência aumentou na população feminina, diminuindo na população masculina (Streck, 2012).

Considerando a dimensão complexa que envolve as práticas sexuais, no caso da prevenção ao HIV/AIDS, aspectos morais e éticos têm papel relevante (Sanches, 1999). Nas propostas de prevenção em mulheres ressaltam-se as campanhas pelo uso do preservativo. Entretanto, o uso do mesmo depende da concordância do parceiro masculino, tendo em vista que, na sua maioria, as propostas de proteção referem-se ao preservativo masculino - ainda que exista o feminino, cuja adesão tem revelado-se bastante difícil. A dificuldade que as mulheres têm de negociar o sexo seguro (prática sexual com uso do preservativo) parece ter grande influência como fator de risco de contaminação, deste grupo, pelo HIV/AIDS.

Talvez por isto, esta parcela da população apresente dificuldades de se perceber incluída no discurso preventivo. Szapiro e Silva (2003) salientam, a este respeito, que tanto homens quanto mulheres parecem considerar-se preservados da situação de risco devido ao fato de terem uma parceria estável. Estas autoras sublinham o fato de que, em nossa cultura, “supõe-se que os relacionamentos estáveis – casamento, união consensual ou qualquer tipo de arranjo conjugal estável – representam uma espécie de passaporte de imunidade, apesar do conhecimento da epidemia nos últimos anos” (Szapiro & Silva, 2003, p. 151).

Discurso Científico e Discurso Social

Lebrun (2004) analisa as transformações nas subjetividades no mundo atual destacando, a este respeito, o lugar de primazia do saber tecno-científico, e propondo uma cuidadosa distinção entre ciência e discurso da ciência. Tal distinção é, a nosso ver, e no caso do alcance da prevenção, uma questão central. Diz Lebrun (2004):

Queremos designar com este termo “discurso”, o que organiza o laço social uma vez que a ciência adquiriu desenvolvimentos tais que modificou a legitimidade da autoridade do mestre (...). É preciso, com efeito, claramente diferenciar a ciência como procedimento de conhecimento e discurso da ciência como laço social inaugurado pela existência desse tipo de conhecimento, inclusive a forma pela qual ele se adquire e é adquirido. (Lebrun, 2004, pp. 53-54)

O autor chama atenção para as implicações no laço social da instituição do saber científico como lugar da verdade, tal como compreendemos atualmente. Lebrun (2004) assinala que, na cultura grega, o advento da ciência representou a descoberta de “uma *episteme*, (...) um discurso no qual teria desaparecido qualquer traço de interlocutividade” (p. 56). Assim, os gregos assinalavam na *episteme* científica o surgimento de uma linguagem cujo objetivo era apenas o de comunicar descobertas, da qual o outro estava excluído como interlocutor.

É nesta perspectiva que, comenta Lebrun (2004), no contexto da ciência, do *cogito* cartesiano³, objetiva-se um conhecimento sobre o real que só pode ocorrer através de um processo que demanda que fechemos os olhos, tapemos os ouvidos, e renunciemos mesmo ao tocar, de modo a alcançar, pela razão e apenas por ela, a verdade das coisas. Como consequência, a ciência moderna deslegitima qualquer conhecimento sustentado por outras vias que não a da razão, tomada então como o ponto de partida para a modificação da realidade (Rubano & Moroz, 1996). Assim, a ciência exige o abandono de todo o conhecimento baseado em crenças, em valores, ou no que se define como senso comum, em favor de um discurso que se constitui de enunciados submetidos à prova, enunciados verdadeiros porque comprováveis.

Neste quadro de transformação quanto à concepção do conhecimento, qualquer outro enunciado sobre a verdade que não possa ser colocado à prova torna-se ilegítimo. Lebrun (2004) assinala aí as profundas consequências de

3 Referimo-nos aqui ao livro *O Discurso do Método*, (M. E. Galvão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1637), onde Descartes (1637/2001) argumentando que é preciso distinguir o verdadeiro do falso, propõe como método que se coloque tudo em dúvida, considerando a razão a única coisa verdadeira. Desta forma, a ciência deve partir da razão para alcançar o conhecimento: “*Cogito, ergo sum*”.

tal transformação. É este o contexto no qual o discurso preventivo da medicina moderna torna-se fonte e autoridade última sobre a verdade da saúde e da doença.

Deste modo, a tecnologia de prevenção - no caso, o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS - deve, a nosso ver, ser entendida como parte de um processo maior de construção de uma sociedade tecnocientífica moderna higienista dos nossos dias. Nesta perspectiva, o cuidado se torna igualmente uma produção discursiva científica e revela-se como prática cujo objetivo é gerir o risco e a segurança, como já alertava Foucault (1977-1978/2008). O significado do ato de cuidar aparece hoje fortemente ligado às práticas e às atitudes de prevenção. Cuidar tornou-se, mais do que nunca, prevenir. De fato, o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, como discurso produzido no interior do paradigma biomédico, não contempla aspectos ligados à singularidade do sujeito, o que inevitavelmente introduz um problema, na medida em que a epidemia de HIV/AIDS nos coloca, em primeiro plano, diante de riscos ligados à prática sexual.

O reflexo desta forma de cuidado/prevenção está presente na história da epidemia de HIV/AIDS. Sendo uma doença que tem como principal via de transmissão a relação sexual, o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS acontece através das campanhas e dos dispositivos preventivos que estão voltados, principalmente, para uma adoção racional de práticas sexuais seguras.

O Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, em sua concepção, busca promover uma reflexão que possibilite as pessoas perceberem os riscos que podem ser evitados através da adoção de práticas seguras, da adesão aos tratamentos, da comunicação, e do tratamento quanto à parceria sexual e parceiros no caso do uso de drogas injetáveis (MS, 1998). Assim, a tecnologia do Aconselhamento ocorre através da transmissão de um conjunto de informações sobre a doença, fazendo com que as pessoas conheçam os riscos a que estão sujeitos nas práticas sexuais, com o objetivo de mudar comportamentos de risco. Entretanto, estas práticas envolvem uma dimensão subjetiva que está para além do conhecimento do sujeito.

Historicamente tendo surgido no Brasil em 1988, com a abertura do primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)⁴ no Rio Grande do Sul, esta tecnologia de Aconselhamento em HIV/AIDS teve como objetivo inicial facilitar o acesso da população ao teste sorológico para o HIV e, ao mesmo tempo, trabalhar questões ligadas a sua sorologia. Ainda que a técnica do Aconselhamento proponha nos seus objetivos considerar

a singularidade de cada sujeito, ao transmitir um conjunto de informações científicas sobre a doença e sobre sua prevenção, o faz tratando a questão da sexualidade como um objeto da ciência. Neste sentido compreende-se que o discurso do Aconselhamento, obedecendo a uma lógica racional, considera que a informação sobre os modos de contaminação da doença teria a força de fazer mudar os hábitos quanto às práticas sexuais.

Método

Com o objetivo de investigar as causas da não adoção de comportamento preventivo em mulheres heterossexuais em relacionamento estável, que retornavam ao atendimento solicitando o resteste do exame de HIV/AIDS após terem passado pelo Aconselhamento, realizamos a entrevista com um grupo de cinco mulheres com esse perfil. De modo a analisar o discurso das entrevistadas quanto à problemática da investigação, apoiamo-nos na perspectiva da semiologia de Bakhtin (2006), que sustenta que os signos emergem num terreno interindividual, emergem no interior das relações sociais. Para Bakhtin (2006), o signo é marcado por um grupo social determinado e pelo que chama de 'horizonte social de uma época'. Portanto, a enunciação não existe fora de um contexto social.

Desta maneira, o discurso das entrevistadas deve ser analisado numa perspectiva polifônica, no sentido de que todo discurso é portador de múltiplas vozes, a voz de cada um remete a muitas outras vozes - as vozes da cultura, de outras gerações ali presentes, da família, dos diferentes grupos da sociedade, seus valores e suas práticas... Nesta concepção, todo discurso é sempre inacabado no seu sentido porque permanece sempre em aberto e em permanente reconstrução (Bakhtin, 2006).

Esta investigação foi realizada em um Centro de Testagem e Aconselhamento situado na cidade do Rio de Janeiro. As entrevistadas selecionadas já haviam passado pela experiência do Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, tendo realizado o exame anti-HIV em outro momento de suas vidas - neste caso, no mesmo CTA. O tempo de retorno para reteste do HIV foi fixado acima de 60 dias, de modo a excluir quem comparecesse ao reteste dentro da Janela Imunológica - "o intervalo de tempo entre a infecção pelo vírus da AIDS e a produção de anticorpos anti-HIV no sangue" (MS, 2014).

Selecionamos um grupo etário com idades entre 20 e 59 anos, pois constatamos que nesta faixa etária houve maior incidência de casos no sexo feminino, entre 2000 e 2012, conforme os dados da tabela sobre a taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de casos de AIDS, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, segundo sexo e faixa etária por ano de diagnóstico no Rio de Janeiro (SES/RJ, 2014).

4 Vale registrar que no ano de 1997, a Coordenação Nacional de DST/AIDS alterou a denominação destes centros, já em funcionamento em diferentes regiões do país, para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (Araujo & Camargo, 2004). Nesta época a epidemia já possuía aspectos distintos, a sobrevida dos soropositivos era maior devido à existência de alguns antirretrovirais e, principalmente, de um maior conhecimento acumulado acerca da doença.

Todas as entrevistadas na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, termo este que resguardou o anonimato e sigilo das mesmas. A pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa do Rio de Janeiro e este trabalho foi conduzido dentro dos padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS), com base na Resolução nº 466/12. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas e gravadas entre Dezembro de 2013 e Janeiro de 2014 e, posteriormente, transcritas para análise. Com o intuito de preservar a identidade dos sujeitos os nomes foram alterados aleatoriamente.

Após a transcrição das entrevistas, procedemos à análise do discurso das entrevistadas. Buscamos analisar, nos discursos, as causas da não adoção de comportamento preventivo, compreendendo os sentidos da demanda pelo reteste anti-HIV, o modo como se referiam à experiência anterior de Aconselhamento e como o mesmo repercutiu na relação com os parceiros. Ao fim, selecionamos três dimensões temáticas que descrevemos a seguir:

1. ‘Repercussões do Aconselhamento’, buscamos apreender, no discurso das entrevistadas, como as informações recebidas no Aconselhamento anterior foram percebidas e como estas informações repercutiram em seus relacionamentos sexuais e amorosos.
2. ‘Prevenção no Relacionamento Estável’, aqui procuramos compreender como as entrevistadas relatavam suas formas de prevenção, a percepção dos parceiros e a sua própria acerca do uso do preservativo. Também buscamos apreender o entendimento das entrevistadas acerca do que (e se) apontavam diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito ao uso do preservativo e ao risco na relação sexual.
3. ‘Consciência Preventiva’, nesta dimensão buscamos analisar os motivos que fizeram com que as entrevistadas buscassem novamente o Centro de Testagem e Aconselhamento.

Análise das Entrevistas

Inicialmente é necessário precisar o sentido que adquire, neste contexto, a expressão ‘relacionamento estável’⁵, do modo como os sujeitos da pesquisa

compreendem esta expressão. Para isso, no trabalho das entrevistas preocupamo-nos em possibilitar às entrevistadas explicitarem seu entendimento sobre esta expressão. Em alguns discursos pode-se observar que o significado desta expressão está ligado a uma atitude de compartilhamento de sentimentos e responsabilidades, onde as pessoas se consideram “parceiras”:

Porque estamos juntos esse tempo todo, dividindo as tristezas, as alegrias, dividimos o financeiro também. Temos uma filha, então é isso. (Violeta, 38 anos e 10 anos de relacionamento)

Ah, porque assim, a gente sempre está junto (...). É tudo junto, aí é um conjunto. A gente divide tudo, não só tristeza, como o trabalho, assim, da casa também, com os filhos... (Hortência, 25 anos e 8 anos de relacionamento)

Encontramos aqui certa semelhança entre o discurso das entrevistadas e a definição de cônjuges tal como encontrada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS):

Pessoas casadas, i.e., maridos e esposas, ou parceiros. Parceiros domésticos, equivalentes a cônjuges, são dois que decidiram compartilhar as suas vidas em um relacionamento íntimo e comprometido, que moram juntos e compartilham a obrigação mútua de suprir as necessidades básicas da vida.

Outras entrevistadas abandonam a ideia de casamento⁶ e reconhecem que vivem um relacionamento estável mesmo com a ausência da assinatura de um papel ou de um pacto. No relato de Violeta e Rosa vemos isso claramente:

Eu vivo, uma espécie de matrimônio, só não efetuamos um pacto. (Violeta, 38 anos e 10 anos de relacionamento)

Estável não é só quando é casado, eu acredito que não. Não é porque a pessoa tem uma união estável que você tem que ter um documento, um papel. (Rosa, 57 anos e 12 anos de relacionamento)

O relato de Rosa amplia ainda mais o entendimento de relacionamento estável:

É... Relacionamento estável é quando a gente somos parceiros né?! E... mesmo assim, eu não moro junto com ele, e acho que tenho um relacionamento estável com ele. (Rosa, 57 anos e 12 anos de relacionamento)

5 “Pessoas casadas, i.e., maridos e esposas, ou parceiros. Parceiros domésticos, equivalentes a cônjuges, são dois que decidiram compartilhar as suas vidas em um relacionamento íntimo e comprometido, que moram juntos e compartilham a obrigação mútua de suprir as necessidades básicas da vida”. Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. (n. d.) *Relacionamento estável*. Recuperado em 10 junho, 2016, de [http://](http://decs.bvs.br/)

decs.bvs.br/.

6 “Instituição social envolvendo sanções legais e/ou religiosas na qual homens e mulheres são unidos com o propósito de fundar uma unidade familiar”. Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. (n. d.) *Casamento*. Recuperado em 10 junho, 2016, de [http://](http://decs.bvs.br/)

Podemos assim considerar que a expressão relacionamento estável, parece poder ser definida, a partir do discurso das entrevistadas, como um relacionamento de parceria, com divisão de responsabilidades e tarefas, com compartilhamento de sentimentos sem a necessidade da oficialização (assinatura de documento ou realização de um pacto).

Repercussões do Aconselhamento

O Aconselhamento em DST/HIV/AIDS considera nas suas recomendações que o Aconselhador deve “prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas preventivas na busca de uma melhor qualidade de vida” (MS, 2003, p. 9). Desta maneira, através da técnica do Aconselhamento espera-se que, ao trabalhar os riscos e formas de preveni-los, o indivíduo de fato adotará práticas sexuais seguras.

Evidenciou-se no discurso das entrevistadas a importância das informações preventivas que lhes foram transmitidas quando passaram pelo processo do Aconselhamento, elas relataram o quanto aprenderam com o Aconselhamento. Também falaram sobre suas reflexões e questionamentos:

É... Assim, um caso de preocupação mesmo, entendeu? Porque, depois que a gente vem, que a gente é aconselhada e a gente sabe os riscos que a gente corre, então, é assim de crescer bastante. (Rosa, 57 anos e 12 anos de relacionamento)

É... Só naquele início de pensar em estar contaminada você já fica apavorada, então quando você pergunta, quando perguntam: ‘quantos parceiros você tem? Você usa preservativo?’ E você fala não, isso dá um medo, dá um medo esse não, esse não pode ser um sim para uma doença, entendeu? Você pára para pensar nisso, e você sai dali refletindo. Então sim, saí dali várias vezes refletindo. (Violeta, 38 anos e 10 anos de relacionamento)

Contudo, ao serem interrogadas a respeito da influência dessas informações nas práticas sexuais com seus parceiros, elas consideram não ter havido diferença:

Não, acho que não, agora depois de uma relação de 18 anos não tem muita coisa para mudar. (Margarida, 32 anos e 18 anos de relacionamento)

O que passou aqui [informações sobre as formas de transmissão e prevenção] eu já tinha assistido palestras antes, entendeu? Então não foi assim a primeira vez que eu ouvi, a minha mãe sempre conversou comigo também, então não foi: ‘ah, foi ali que eu escutei’, então dali em

diante... (...) então meu relacionamento sexual não mudou nada (*após passar pelo Aconselhamento*). (Hortência, 25 anos e 8 anos de relacionamento)

Vemos nestes extratos dos relatos que as entrevistadas não apontam mudanças em seus comportamentos após terem passado pela experiência do Aconselhamento. Assim, ao que parece, conhecer as formas de transmissão, prevenção e os riscos não parece ter resultado para as entrevistadas na adoção de comportamentos sexuais seguros.

Diante deste cenário, onde a transmissão de informações sobre a doença e suas formas de contaminação parece não resultar em diminuição de comportamentos de risco, vem ganhando corpo a tese segundo a qual o combate eficaz à epidemia estaria na indicação ampla de uso da medicação de modo a impedir a contaminação pelo HIV - no caso, o uso dos antirretrovirais. Encontramos tal proposição, por exemplo, no “Estudo HPTN 052: Prevenção da Transmissão Sexual do HIV com medicamentos” (Daly, 2013), estudo este sobre a transmissão sexual do HIV em casais heterossexuais sorodiscordantes. Esta investigação revela que indivíduos HIV positivos sob terapia antirretroviral eficaz e precoce, tiveram o risco de transmissão do vírus para o seu parceiro não infectado reduzido em até 96% (Daly, 2013). O estudo parece concluir que a solução para a prevenção ao HIV não está no uso do preservativo e sim no uso do medicamento.

Cabe ressaltar que uma consequência da implementação deste caminho de controle da epidemia, através da prescrição de antirretrovirais para todos diagnosticados com HIV (independentemente da contagem de células CD4) e para a profilaxia pré-exposição (PrEP) de pessoas com grande risco de infecção pelo HIV, resultaria na ampla medicalização da população, posição que, aliás, é defendida nas novas diretrizes de prevenção e tratamento da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015). Vale destacar aqui que, ainda que em nome de combater a epidemia, esta proposição contribuirá para reforçar a abordagem biomédica da epidemia, aumentando o processo de medicalização geral já em curso nas sociedades contemporâneas e reforçando uma visão sobre a sexualidade humana como objeto da medicina, ao mesmo tempo subtraindo dela toda a complexidade que a caracteriza.

Prevenção no Relacionamento Estável

No discurso das entrevistadas, o uso do preservativo parece não ter lugar quando se referem ao relacionamento sexual com seus parceiros. Quando utilizado, isto ocorre devido recomendação médica, por exemplo, durante tratamento ginecológico:

As vezes camisinha e eu tomo injeção (...). Assim, quando eu vou ao ginecologista e tem que usar pomada, eu falo que não pode ter relação, depois eu fico tendo de

camisinha (...). É mais quando eu vou ao ginecologista. Aí eu falo que tem que usar. (Amarilis, 27 anos e 11 anos de relacionamento)

Não tenho nada contra, pelo contrário, nunca tive. Ele que tem mais coisas contras, não sei se mexe com a masculinidade dele, o que ele acha assim... (...) Eu peguei o preservativo feminino e falei pra ele: ‘vamos tentar, o quê que tem?’ E ele: ‘não’... Acha estranho, esquisito, para mim não interfere em nada. (Violeta, 38 anos e 10 anos de relacionamento)

Os discursos das cinco entrevistadas assemelham-se quanto à opinião dos parceiros sobre o uso do preservativo: “eles não gostam”. Apenas uma mulher relata que, pelo seu parceiro, eles usariam o preservativo:

Por ele, ele usaria, é o que ele falou: ‘se você quiser usar, a gente usa’... Só que é uma coisa que me incomoda, me machuca. Entendeu? Eu mesma não gosto. (Hortência, 25 anos e 8 anos de relacionamento)

As entrevistadas relatam também que, em relação à prevenção, os acordos sobre as práticas sexuais costumam ocorrer apenas no início do relacionamento, predominando nos relatos a afirmação de que não necessitam se proteger diante do “conhecido”. Monteiro (1999) afirma, a este respeito, que “o estranho à comunidade (‘desconhecido’) representa o perigo e o sexo arriscado, estimulando a adoção de práticas preventivas. Isso significa dizer que o ‘familiar tende a proteger’, enquanto que o ‘de fora’ é percebido como ameaçador” (p. 113).

Vim deixar de usar (camisinha) com meu marido quando nós dois fizemos os exames, eu fiz, e ele fez, entendeu? Eu fiz primeiro e mostrei para ele, e falei assim: “quer deixar de usar camisinha? Então eu quero um papel igual a esse, até lá, não”. (Margarida, 32 anos e 18 anos de relacionamento)

Claro, que num parceiro eventual: ‘ah nunca vi, ah vou fazer (sexo), vou fazer de camisinha’. Mas ele já estava num relacionamento já mais, mais... na primeira vez foi com camisinha, mas na segunda já não rolou de camisinha, entendeu? (Violeta, 38 anos e 10 anos de relacionamento)

No discurso das entrevistadas a percepção do risco de infecção pelo HIV parece continuar ligada à antiga denominação de grupos de risco, principalmente no que diz respeito às múltiplas parcerias. Esta percepção das mulheres aproxima-se do que Parker e Galvão (1996) descreveram ao analisar os sentidos que, em geral, tomou na sociedade a epidemia de AIDS como a ‘doença da rua’, ou seja, uma doença que existe apenas para aquelas pessoas que mantêm

os ‘comportamentos de risco’:

Eu acho assim, se eu não tivesse um relacionamento com uma pessoa só, eu acho que isso seria uma surpresa a cada dia que eu viesse buscar meus exames. (Hortência, 25 anos e 8 anos de relacionamento)

No caso, assim, se eu não tivesse esse senhor, vamos dizer assim, que ele é mais velho do que eu 10 anos, e eu tivesse sido uma pessoa, tipo o pai do meu filho - que era avoado, que toda hora tava, entendeu, com uma mulher, trocando de namorada, com mulher na rua - eu estaria bem preocupada mesmo em usar o preservativo, eu não ia ficar assim tão relaxada do jeito que eu estou, entendeu? (Rosa, 57 anos e 12 anos de relacionamento)

Segundo Barbosa (1999), as mulheres que vivem um relacionamento estável não encontram espaço na relação para a discussão sobre a necessidade de proteção através da utilização do preservativo. Isto porque o relacionamento está baseado na confiança, inclusive sexual. As noções de fidelidade e de confiança na relação amorosa, apesar das mudanças em curso na contemporaneidade, aparecem nos relatos como ligadas a um ideal do amor romântico que faz acreditar que os cônjuges recusam-se a reconhecer a possibilidade de existência de desejo do seu parceiro por outra pessoa.

Algumas mulheres afirmaram, assim, que solicitar o uso do preservativo gera desconfiança. Neste sentido, Heilborn (1995) afirma que a conjugalidade encerra uma realidade supra individual que se move em termos de um contrato, não necessariamente consciente, que chancela uma dependência recíproca entre os parceiros (p. 96).

Eu não sei cobrar dele. Ah, “porque você tem que usar camisinha! Pode passar algum tipo de doença para mim”, aí ele vai falar pra mim: “você está desconfiando de mim?” (Rosa, 57 anos e 12 anos de relacionamento).

Sei lá, o homem fala que incomoda (usar o preservativo). Aí vêm aquelas perguntas: “mas, por que a gente vai usar o preservativo? Se nós somos casados?”. (Amarilis, 27 anos e 11 anos de relacionamento)

No caso de casais heterossexuais no Brasil vem à tona a problemática inerente aos valores de uma sociedade patriarcal, presente ainda hoje. As relações continuam sendo marcadas por uma dessimetria de papéis. Assim, mesmo após as lutas feministas, podemos dizer que, de algum modo, no discurso das entrevistadas a mulher parece ainda permanecer ligada a valores do ideal do amor romântico onde o homem estaria voltado à dimensão do prazer. Achkar (2004) salienta que “as conquistas das mulheres nas últimas décadas, significativas em vários campos, não se

fazem presentes, com a mesma força, quando se trata da sexualidade. Na hora do amor e do sexo, na maior parte dos casos, é o homem quem domina a relação” (p. 30).

Não confio em homem porque eu acho que é do ser humano, né?! Você tem uma meia confiança, principalmente com o homem, que você sabe que tem um instinto mais animal do que a mulher. A mulher pensa muito, a mulher se ela for pular a cerca, ela antes de acontecer alguma coisa, vai parar e pensar em trezentas coisas, a mulher para chegar ao ponto de pular a cerca é que alguma coisa do lado de dentro está ruim. (Margarida, 32 anos e 18 anos de relacionamento)

Acho que a mulher leva muito para o lado sentimental, é mais o amor, o companheiro, entendeu? Então a mulher não é tão racional, quanto o homem nesse aspecto, que ele vê mais o ato né?! (Violeta, 38 anos e 10 anos de relacionamento)

Consciência Preventiva

No discurso das entrevistadas vemos surgir um novo ‘objetivo’ da prevenção bastante distante da ênfase ao uso do preservativo. Tal objetivo vai de encontro às ações de prevenção atuais que visam estimular o conhecimento a respeito da sorologia dos indivíduos.

A ampliação da oferta de testes anti-HIV para a população em geral é recente no Brasil, tanto em relação as suas tecnologias (aumento dos testes rápidos nos serviços de saúde), quanto no que diz respeito à distribuição em serviços de atenção básica (e não apenas em locais específicos para diagnóstico). A partir de 2013, especificamente na cidade do Rio de Janeiro, houve a ampliação para a rede de atenção básica (não apenas para o período do pré-natal).

Esta oferta ampliada de testagem para o vírus HIV tem como base estudos mais recentes acerca do desenvolvimento da AIDS, bem como o avanço das tecnologias de testagem. Acredita-se hoje em um processo linear que culminaria “no diagnóstico e tratamento precoces, evitando o adoecimento e possibilitando maior sobrevida do indivíduo soropositivo para o HIV” (Silva, Oliveira & Sancho, 2013, p. 641). A atual ampliação da oferta de testagem é, sobretudo, uma aposta nos procedimentos técnicos que possam conter o avanço da epidemia de AIDS e das mortes em decorrência da doença, controlando assim a cadeia de transmissão do HIV.

Através do discurso de algumas entrevistadas observamos a preocupação com o diagnóstico precoce do HIV, a fim de evitar o adoecimento:

É, a certeza e eu acho também que é um cuidado comigo, entendeu? (...) Eu acho que eu tenho que me cuidar para

cuidar de alguém, então eu quero estar bem, e se eu não estiver, eu quero poder ter a oportunidade de, de repente, não estar doente e vir a descobrir. (Violeta, 38 anos e 10 anos de relacionamento)

Mas é mais fácil eu saber e começar a tratar do que: ‘ah não, eu não tenho nada!’ Não tenho nada e amanhã eu morro sem nem saber o quê que tinha? (...) Isso por eu não ter, tido ali um acompanhamento, não ter me cuidado. (Hortência, 25 anos e 8 anos de relacionamento)

Vemos aqui que o ‘cuidado’ acerca do HIV se amplia para além do preservativo nas relações sexuais. Encontramos como efeito dos inúmeros discursos e ações dando ênfase à prevenção, uma extensão do sentido do ‘cuidado’. Esta noção parece agora corresponder a uma nova prática, todavia pertencente ao paradigma biomédico, qual seja: a realização, como rotina, do teste anti-HIV com o fim de detectar precocemente a infecção.

Esta ampliação no sentido do ‘cuidado’, que observamos no discurso das entrevistadas, coloca em questão o discurso de prevenção no Aconselhamento quando o tomamos no seu sentido mais largo. A questão que se coloca, e que talvez esteja implicada neste movimento de trazer a prevenção para o campo da racionalidade biomédica, é: terá o discurso preventivo o poder de produzir mudanças de hábitos e comportamentos, quando estas mudanças implicariam em questões mais profundas que remetem a uma dimensão de sujeito não aquele do conhecimento, mas sim o sujeito do desejo⁷?

Na tentativa de enfrentar o impasse entre o que é da ordem da razão e o que é da ordem do desejo, a solução de compromisso que encontramos no discurso das entrevistadas parece passar pela ideia de que há uma dimensão de ‘outro’ nos seus parceiros, este sim, suspeito. As entrevistadas dizem que buscam novamente a testagem anti-HIV para conhecer o comportamento do parceiro, parecendo assim que vislumbram na busca de retestagem um ‘controle da relação’:

Mais pra frente eu falei pra ele: todos os anos eu vou fazer, no dia que alguma coisa aparecer nos meus papéis é porque você está fazendo alguma coisa errada. (Margarida, 32 anos e 18 anos de relacionamento)

A lógica aqui presente parece ser a de que, uma vez que o relacionamento é estável - não havendo, portanto, espaço

7 Entendemos por desejo a noção enunciada por Freud (1900-1901/1996) no seu texto *A Interpretação de Sonhos (II) e sobre os sonhos (1900-1901)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, “o desejo é capaz de colocar o aparelho psíquico em movimento e que, portanto, o curso da excitação dentro do mesmo é automaticamente regulado pelas sensações de prazer e desprazer” (p. 622). Desta forma, o sujeito é movido pelo desejo e está sempre em busca de experiências prazerosas.

e legitimidade para a existência de um terceiro - o resultado das testagens sucessivas pode ser a prova da fidelidade - ou não - do parceiro:

Então prefiro já vir fazendo, por conta disso, por eu não saber o que ele faz. Ele pode muito bem dizer que está embarcado sem estar, entendeu? Eu sei onde eu ando, com quem eu ando, que é com ele... Por isso eu prefiro vir fazer o meu. (Hortência, 25 anos e 8 anos de relacionamento)

Considerações Finais

Levando em consideração o discurso das mulheres entrevistadas, podemos dizer que, o Aconselhamento parece não corresponder aos objetivos propostos por esta tecnologia, pelo menos no que diz respeito ao grupo pesquisado nesse trabalho. As mulheres entrevistadas declaram que o Aconselhamento despertou reflexões acerca de seus relacionamentos sexuais e amorosos, contudo não foi eficaz a ponto de ajudá-las a adotar práticas sexuais seguras com seus parceiros. Além disso, a percepção de risco das entrevistadas ainda parece muito ligada à antiga noção epidemiológica de grupo de risco, mesmo com toda a informação recebida diante da reflexão que fazem sobre sua vida sexual e amorosa.

O discurso justificador para a não adoção do comportamento preventivo, dentre outros aspectos, parece apontar uma subjetividade marcada pelos ideais do amor romântico quanto ao valor da fidelidade - numa cultura com traços fortes dos valores que se assentam na configuração patriarcalista -, valores ainda muito presentes na sociedade brasileira. Ao jogo destes fatores parece que corresponde a estratégia utilizada pelas entrevistadas quando revelam que, concordando com seus parceiros ao optarem pela não utilização do preservativo (porque vivem um relacionamento estável), decidiram buscar o CTA para a realização de um novo teste anti-HIV por não confiarem na fidelidade dos seus parceiros, o que aparece aqui como uma forma de controle do 'outro'. Este 'outro' (do parceiro) surge aqui como suspeito, estrangeiro quanto ao risco (Szapiro, 2012), causa da retestagem anual anti-HIV.

Os relatos sugerem que as entrevistadas, como forma de resolução do conflito que se estabelece entre os valores presentes no relacionamento estável e a recomendação do uso do preservativo, terminam por aderir ao novo 'objetivo' das campanhas, ou seja, elas buscam o CTA para novo exame anti-HIV com o intuito de evitar o adoecimento pelo vírus. Assim, fazem da testagem uma rotina, realizando o anti-HIV periodicamente como o fazem com outros exames laboratoriais de rotina, compreendendo isto como uma forma de 'cuidado'. Este entendimento demonstra a emergência de uma forma de cuidado que se exerce através

da reafirmação de um dispositivo que é próprio ao paradigma biomédico, as dificuldades de mudança de hábitos e de valores levando à repetição do teste anti-HIV, como, aliás, indicam atualmente as novas indicações das campanhas de prevenção. Esta nova forma de 'cuidado' apresenta-se como um desafio que demanda análise aprofundada no campo das políticas públicas de saúde.

Os aspectos aqui ressaltados no relacionamento heterossexual estável parecem estar para além de uma possível adoção, racional, de práticas sexuais seguras. As práticas sexuais, sublinhamos, são permeadas por aspectos extremamente singulares e o exercício da sexualidade diz respeito a um corpo simbólico, que ignora a razão médica, que está para além do corpo medicalizado da prevenção. O exercício da sexualidade e o discurso médico preventivo falam de lugares distintos.

O conhecimento aprendido pode produzir impasses quanto à prevenção de riscos, pois que mudanças de comportamento no âmbito das práticas sexuais necessitam de um trabalho de ressimbolização, que se refere a uma dimensão de singularidade e que implica um sujeito. (Szapiro, 2004). Neste sentido, ressalta dos relatos das entrevistadas que a adesão às práticas sexuais com preservativo demanda um trabalho de ressimbolização onde o que está em jogo é o 'embate' entre a verdade científica da prevenção e a singularidade do desejo.

A possibilidade de racionalização das práticas sexuais através da transmissão de um conhecimento preventivo corresponde a um projeto de normalização das condutas, que, por sua vez, tem seu fundamento no equívoco de subtrair da condição humana sua condição simbólica e cultural. Nesta perspectiva, podemos considerar que, quanto à problemática aqui analisada, foi possível tornar visível os obstáculos epistemológicos que se oferecem quanto à eficácia desta tecnologia para prevenção no âmbito da epidemia.

Referências

- Achkar, S. (2004). Aconselhamento e prevenção – alcances e limites. In Ministério da Saúde, *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência*, (n.8, pp. 26-37). Brasília, DF: Coleção DST/AIDS – Série Estudos, Pesquisas e Avaliações.
- Araujo, C. L. F., & Camargo Jr, K. R. (2004). *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Folha Carioca.
- Bakhtin, M. (2006). *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (12ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Barbosa, R. M. (1999). *Negociação sexual ou sexo*

- negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In R. M. Barbosa, & R. Parker (Orgs), *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder* (pp.73 – 88). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34.
- Daly, F. (2013). A introdução de novos métodos de prevenção do HIV com base em antiretrovirais nos sistemas de saúde: principais questões. *Revista Questões de Saúde Reprodutiva*, 7(6), 159-163. Recuperado de <http://docplayer.com.br/4434011-Ano-7-numero-6-julho-de-2013-repolitizando-a-saude-e-os-direitos-sexuais-e-reprodutivos.html>
- Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. (n. d.) *Cônjuges*. Recuperado de <http://decs.bvs.br/>.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, População: Curso no Collège de France* (E. Brandão, Trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Originalmente publicada em 1977-1978)
- Giacomozzi, A. I. (2004). *Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, SC. Recuperado de: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0111.pdf>
- Heilborn, M. L. (1995). O que faz um casal, casal? Conjugalidade, igualitarismo e identidade sexual em camadas médias urbanas. In I. Ribeiro, & A. C. T. Ribeiro (Orgs.), *Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira* (pp. 91-106, Coleção Seminários Especiais/Centro João XXIII). São Paulo, SP: Editora Loyola.
- Lacan, J. (1998) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 496-533). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1966)
- Lebrun, J.-P. (2004). *Um mundo sem limite: Ensaio para uma clínica psicanalítica do social* (S. R. Felgueiras, Trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Ministério da Saúde. (1998). *Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos. Coordenação Nacional de DST e AIDS* (2ª ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_aids.pdf.
- Ministério da Saúde. (2003). *Manual de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica*. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_simplificado_1.pdf.
- Ministério da Saúde. (2014). *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2014*. Ano III, n. 01. Recuperado de: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf.
- Ministério da Saúde. (2014). *O que é janela imunológica*. Recuperado de: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-janela-imunologica>.
- Monteiro, S. (1999). *AIDS, sexualidade e gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), RJ. Recuperado de: <http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/monteirod.pdf>.
- Oltrami, L. C., & Camargo, B.V. (2010). AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 275-283. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a06v15n2.pdf>
- Oltrami, L. C., & Otto, L. S. (2006). Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais. *Psicologia & Sociedade*, 18(3), 55-61. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n3/a08v18n3.pdf>
- Parker, R., & Galvão, J. (Orgs). (1996). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS (2014). *The gap report: Adolescent girls and young women*. Geneva, Switzerland: UNAIDS. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/02_Adolescentgirlsandyoungwomen.pdf
- Rodrigues-Junior, A. L., & Castilho, E. A. (2004). A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(4), 312-317. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21185.pdf>.
- Rubano, D. R., & Moroz, M. (1996). Alterações da sociedade, efervescência nas ideias: a França do século XVIII. In M. A. P. A. Andery, & N. Micheletto, *Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica* (6ª ed., pp. 327-340). Rio de Janeiro/São Paulo: Espaço e

Tempo/EDUC.

Sanches, K. R. B. (1999). *A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de: <http://portalteses.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/sancheskrbd/capa.pdf>.

Santos, C. G. (2004). *AIDS em revista (s): produção científica no Brasil, 1982-2002*. Dissertação de Mestrado, Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP. Recuperado de: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/820-Tese_CCD_SC_Santos_Claudete_G_dos_2004_pdf.pdf.

Santos, N. J. S., Barbosa, R. M., Pinho, A. A., Villela, W. V., Aidar, T. & Filipe, E. M. V. (2009) Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, 25(2), S321-S333. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2014). *Boletim Epidemiológico DST/AIDS e Hepatites Virais - 2014*. Recuperado de: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=sF6igzRT%2Fp4%3D>.

Silva, J. E. A. (2011). *O discurso publicitário do Ministério da Saúde do Brasil, com relação às campanhas de HIV/AIDS nas décadas de 80/90 e 2000*. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Graduação em Comunicação Social com Habilitação em Publicidade e Propaganda, Faculdade do Vale do Ipojuca, PE. Recuperado de: <http://repositorio.favip.edu.br:8080/handle/123456789/306>.

Silva, N. E. K., Oliveira, L. A., & Sancho, L. G. (2013). Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. *Revista Saúde em Debate*, 37(99), 636-645. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a11v37n99.pdf>.

Souza, L., & Taniguchi, N. (2014). Pesquisa inédita analisa o comportamento sexual da mulher brasileira frente à epidemia de AIDS. *Informe ENSP*. Recuperado de: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/34468>.

Streck, V. S. (2012). A feminização do HIV/AIDS: narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja. *Estudos Teológicos*, 52(2), 345-356.

Recuperado de: http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/viewFile/305/401.

Szapiro, A. M. (2004). O outro da prevenção. In Ministério da Saúde, *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência* (n.8, pp. 38-42). Brasília, DF: Coleção DST/AIDS – Série Estudos, Pesquisas e Avaliações.

Szapiro, A. M. (2012). O Crepúsculo da Cidade. In P. A. Rheingantz, & R. Pedro (Orgs.), *Qualidade do lugar e cultura contemporânea: controvérsias e ressonâncias em coletivos urbanos* (pp. 183-192). Rio de Janeiro, RJ: UFRJ/FAU/PROARQ.

Szapiro, A. M., & Silva, S. M. B. (2003). Homens e mulheres: limites para o controle e para a liberdade – o problema da transmissão. In M. I. D'avila, & R. Pedro (Orgs.), *Tecendo o desenvolvimento: saberes, gênero, ecologia social* (pp. 83-94). Rio de Janeiro, RJ: MAUD: Bapera Editora.

Tamanini, M., & Oliveira, F. C. L. de. (2008). Mulheres casadas e a experiência do HIV/AIDS. *Revista Percursos*, 09(2), 17-34. Recuperado de <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/view/1587>

World Health Organization – WHO (2015). *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Switzerland: WHO. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf

Endereço para correspondência:

Tamara Queiroz Costa Silva
Endereço: Avenida Pasteur, nº 250, Instituto de Psicologia, Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha. Rio de Janeiro/RJ, CEP: 22290-240.
E-mail: tamqueiroz@gmail.com

Endereço para correspondência:

Ana Maria Szapiro
Endereço: Avenida Pasteur, nº 250, Instituto de Psicologia, Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha. Rio de Janeiro/RJ, CEP: 22290-240.
E-mail: anaszapiro@uol.com.br