

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Patrícia Chaves do Nascimento

NARRATIVAS POSITHIVAS:

Vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids em relações heterossexuais de conjugalidade

Belo Horizonte
2016

Patrícia Chaves do Nascimento

NARRATIVAS POSITHIVAS:

Vulnerabilidades de mulheres ao HIV/Aids em relações heterossexuais de conjugalidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Intervenções clínicas e sociais

Orientadora: Luciana Kind

Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Belo Horizonte
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

A244n Nascimento, Patrícia Chaves do
Narrativas positivas: vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids em
relações heterossexuais de conjugalidade/ Patrícia Chaves do Nascimento.
Belo Horizonte, 2016.
130 f.: il.

Orientador: Luciana Kind
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. AIDS (Doença) em mulheres - Narrativas pessoais. 2. Relações de gênero.
3. Vulnerabilidade Social. 4. Infecções por HIV. I. Kind, Luciana. II. Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 616.988

Patrícia Chaves do Nascimento

NARRATIVAS POSITHIVAS:

Vulnerabilidades de mulheres ao HIV/Aids em relações heterossexuais de conjugalidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Luciana Kind (Orientadora) – PUC Minas

Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro – UFPE

Juliana Perucchi - UFJF

Belo Horizonte, 16 de março de 2016

*A todas as mulheres soropositivas que lutam por seus direitos e em especial a todas que
sofrem caladas, por medo do preconceito.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar ao meu lado em todos os momentos deste processo de mestrado e da minha vida, “a alegria do Senhor é a minha força”. Ao meu marido Helton, que com suas palavras, amor e cuidado faz tudo parecer possível. Aos meus filhos Carlos Eduardo e Letícia, pelo simples fato de existirem. É por vocês que busco a cada dia aprender e ser uma pessoa melhor. Agradeço à minha família que sempre me apoia e estimula a seguir e em especial à minha mãe por toda a ajuda e amor. À Luciana Kind, por sua orientação atenta e incansável e por despertar em mim o olhar de pesquisadora. Sem seu profissionalismo, carinho e amizade a produção dessa pesquisa e dissertação não seria possível, serei sempre grata. À CAPES, pelo apoio financeiro. Aos funcionários e à coordenação do Programa de Pós Graduação de Psicologia da PUC Minas, pelo trabalho eficiente e pela atenção a cada vez que solicitei algum auxílio, Marcelo, Cláudia, Diego e Prof.^a Roberta Romagnoli, muito obrigada. Aos professores e colegas de curso do Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUC Minas, pelas aulas brilhantes. Aos alunos, professores e à coordenação do curso de Psicologia da PUC Minas Unidade São Gabriel pelas ricas oportunidades de aprendizado e trocas durante o tempo em que realizei as atividades de monitoria e estágios de docência. Às/Aos colegas das subequipes da UFPE e da PUC Minas que compuseram a equipe de pesquisa “Narrativas sobre a morte” que de forma ímpar também contribuíram para este processo. Às/Aos amigas/os Ludimila, Diogo, Marina, Vilmar, João e Aline pela amizade e escuta nos momentos de alegria e angústia. À professora Isabella Saraiva por aceitar ser suplente na banca de avaliação desta dissertação. E às professoras Rosineide Cordeiro e Juliana Perucchi pela leitura colaborativa, gentil e enriquecedora deste trabalho, sem dúvidas a voz de vocês também está presente nesta narrativa.

*“Preciso brincar nessa dor,
Esquecer o que magoa e reescrever a minha história.
Amar tem que ser simples.
Se cada pássaro cria seu próprio balé,
Por que não eu?”
(Heli da Silva Cordeiro, 2010)*

*“Juntas somos mais fortes! Nada sobre nós, sem nós!”
(Heliana Moura, 2014)*

RESUMO

Esta dissertação apresenta a pesquisa de mestrado sobre a vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids em relações heterossexuais de conjugalidade e teve como problema de pesquisa o suposto atrelamento socialmente construído entre conjugalidade e imunidade à infecção com o vírus HIV. Seu objetivo principal foi investigar a vulnerabilidade ao HIV/aids em narrativas de mulheres que se tornaram soropositivas em relações heterossexuais de conjugalidade. Na tentativa de compreender a temática foi realizada uma investigação de cunho qualitativo, com aproximação da perspectiva da etnografia narrativa. Na metodologia foram utilizadas como combinação de estratégias de produção de dados a pesquisa bibliográfica crítica, a observação participante, as entrevistas narrativas e o diário de campo. As entrevistas foram transcritas e analisadas com apoio de um software de análise de dados qualitativos, ATLAS ti, versão 7.1.7, no qual foram codificados elementos narrativos de acordo com as abordagens das análises temática, estrutural e dialógico-performativa de narrativas. Os resultados obtidos demonstram que as narrativas coletadas e analisadas são ricas fontes de dados sobre as vulnerabilidades classificadas nos documentos governamentais e na literatura sobre vulnerabilidade ao HIV/aids como individuais, sociais e programáticas. Estas vulnerabilidades se encontram presentes no cotidiano das mulheres em relações de conjugalidade e têm como pano de fundo relações de gênero. As discussões construídas a partir das análises oportunizaram correlações entre os dados produzidos e as revisões teóricas empreendidas e poderão contribuir para elaboração de propostas de enfrentamento à feminização da epidemia da aids.

Palavras-chave: Narrativas; Vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids; Relações de gênero; Conjugalidade.

ABSTRACT

This study presents the research master on the vulnerability of women to HIV /aids in heterosexual conjugal relations and had as research problem the alleged linkage between socially constructed and marital immunity to infection with the HIV virus. Its main objective was to investigate the vulnerability to HIV /aids in narratives of women who became HIV positive in heterosexual conjugal relations. In trying to understand the issue a qualitative approach research was conducted with approach from the perspective of narrative ethnography. The methodology were used as a combination of bibliographic critical research data production strategies, participant observation, narrative interviews and field diary. The interviews were transcribed and analyzed with the support of a qualitative data analysis software, ATLAS ti, version 7.1.7, in which narrative elements according to the approaches of thematic analysis, structural and dialogical performative narratives were coded. The results show that the narratives collected and analyzed are rich sources of data about the vulnerabilities classified in government documents and literature on vulnerability to HIV / aids as individual, social and programmatic. These vulnerabilities are present in the daily lives of women in marital relations and have the background of gender relations. Discussions constructed from the analysis possibility correlations between the data produced and undertaken theoretical revisions and may contribute to development of coping proposals to the aids epidemic feminization.

Keywords: Narratives; women's vulnerability to HIV / aids; gender relations; Conjuality.

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

GRÁFICO 1 – Área de Conhecimento das Produções Incorporadas à Pesquisa.....	38
FIGURA 1 – Codificação dos elementos estruturais de Labov no Episódio 2- Giselle Gravidez do Filho.....	59
FIGURA 2 – Fluxograma passo a passo da análise temática.....	75
FIGURA 3 – Identificação das UA na Subtrama 13-Giselle Casamento e Vulnerabilidade ao HIV.....	77
FIGURA 4 - Símbolo utilizado para as campanhas contra aids no Brasil, década de 1980.....	89

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Referências incorporadas: Periódicos CAPES e Vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids.....	123
QUADRO 2– Referências incorporadas: Periódicos CAPES e Feminização da aids.....	124
QUADRO 3 – Referências incorporadas: Periódicos CAPES e Conjugalidade e aids.....	125
QUADRO 4 – Caracterização das entrevistadas.....	42
QUADRO 5 – Resumo esquemático da narrativa de Giselle.....	49
QUADRO 6 – Resumo esquemático da narrativa de Patrícia.....	50
QUADRO 7 – Resumo esquemático da narrativa de Edna.....	50
QUADRO 8 – Resumo esquemático da narrativa de Medianeira.....	51
QUADRO 9 – Resumo esquemático da narrativa de Maria Aparecida.....	51
QUADRO 10 – Elementos narrativos de Labov.....	53
QUADRO 11–Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Giselle.....	54
QUADRO 12 – Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Patrícia.....	54
QUADRO 13– Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Edna.....	55
QUADRO 14 – Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Medianeira.....	56
QUADRO 15– Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Maria Aparecida..	57
QUADRO 16 – Análise dialógico-performativa dos “ <i>eus</i> ” (<i>selves</i>) preferidos das entrevistadas.....	72
QUADRO 17 – Descrição das Unidades de Análise (UA) codificadas.....	76

LISTA DE SIGLAS

Aids – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

ATLAS.ti – *Archiv für Technik Lebenswelt und Alltagssprache, text interpretation*

ATP – Apoio Técnico ao Extensionismo no País

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CD4 – *Cluster of Differentiation 4*

CDC – Centro de Controle de Doenças

CNAIDS – Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HEM – Hospital Eduardo de Menezes

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

HSH – Homens que fazem sexo com outros homens

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.

MNCP – Movimento Nacional Cidades Positivas

NAGES – Narrativas, Gênero e Saúde

PMBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PUC Minas – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SEPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SINAN – Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UEM – Universidade Estadual de Maringá

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNAIDS – Programa das Nações Unidas para a Aids

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
1.1 Problema e objetivos da pesquisa.....	18
1.2 Justificativa.....	19
 2 O PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO DA AIDS.....	 22
2.1 Aids: a construção histórica e social da epidemia.....	22
2.2 Feminização da aids: um fenômeno em crescimento no Brasil.....	25
 3 O TRABALHO COM NARRATIVAS.....	 29
3.1 O uso de narrativas como estratégia teórico-metodológica.....	30
3.1.1 Entre o individual e o coletivo: conceitos e potencialidades das narrativas.....	31
3.1.2 Narrativas: elementos de composição, gêneros narrativos e aspectos metodológicos.....	32
3.2 Narrando experiências.....	32
3.3 Detalhes sobre o fazer metodológico desta investigação.....	34
 4 MULHERES EM CENA.....	 45
4.1 Mulheres em movimento.....	45
4.2 Narrativas coconstruídas em múltiplas vozes.....	47
4.2.1 A Narrativa de Giselle: “Eu me senti muito traída!”.....	48
4.2.2 A Narrativa de Patrícia: “A mulher ‘vai muito’ com o coração e o homem ‘vai’ com o sexo.....	49
4.2.3 A Narrativa de Edna Demétrio: “Pra mim foi bem impactante mesmo! Ele primeiro mostrou uma tranquilidade, mas era só uma tranquilidade aparente”.....	49
4.2.4 A Narrativa de Maria Medianeira: “No começo foi muito difícil pra aceitar...”.....	50
4.2.5 A Narrativa de Maria Aparecida: “Foi na quarentena, ele me deixou na cama e foi pra rua.”.....	51
4.3 As estratégias de análises desta investigação.....	52
4.3.1 A análise estrutural.....	52
4.3.2 A análise dialógica-performativa.....	61
4.3.3 A análise temática.....	74

5 VULNERABILIDADES AO HIV EM NARRATIVAS DE MULHERES	79
5.1 Vulnerabilidade ao HIV/aids e relações de gênero.....	81
<i>5.1.1 As identidades e normativas de gênero para homens e mulheres.....</i>	<i>84</i>
<i>5.1.2 A violência contra as mulheres.....</i>	<i>90</i>
<i>5.1.3 A aceitação da infidelidade masculina.....</i>	<i>93</i>
5.2 Vulnerabilidade ao HIV/aids e conjugalidade.....	98
5.3 Vulnerabilidade ao HIV/aids invisibilidade e silenciamento.....	104
 6 ALGUMAS PALAVRAS FINAIS.....	 110
 REFERÊNCIAS	 114
 ANEXOS.....	 122
 APÊNDICES.....	 123

1 APRESENTAÇÃO

A pesquisa, a busca por formação pessoal e profissional e a paixão pela docência compuseram os elementos motores para a realização desta investigação. Cabe destacar os motivos que fizeram com que se elegeesse a temática de estudo pela qual essa investigação se interessa.

Há aproximadamente oito anos iniciei duas experiências formativas fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa. A primeira, em 2008, marca os delineamentos iniciais desta investigação a partir de atividades realizadas no projeto de extensão *Visitando com Saúde*, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), unidade São Gabriel, coordenado pela Professora Kátia Passáglio. A proposta daquele projeto era trabalhar as temáticas da sexualidade e da saúde com mulheres moradoras de uma região de periferia da cidade de Belo Horizonte. No contexto do projeto as mulheres se encontravam em relações de conjugalidade e contavam histórias em que a vulnerabilidade ao HIV/aids era marcante.

Essas atividades tiveram duração de dois semestres letivos e produziram reflexões e perguntas, ainda sem respostas naquele segundo período de minha graduação em Psicologia. Apesar da sensação de impotência e desinformação diante das questões apresentadas pelas mulheres na oportunidade, os impactos causados por essa experiência de extensão se mantiveram adormecidos, porém não esquecidos.

Depois de formada, a segunda experiência ocorreu em uma pesquisa a qual me vinculei como bolsista de Apoio Técnico ao Extensionismo no País (ATP). Como bolsista, as reflexões sobre o tema da vulnerabilidade de mulheres em relações de conjugalidade ao HIV/aids, antes embrionárias, se tornaram, no ano de 2013, mais claras e se confirmaram enquanto um problema para investigação. Encontrei nos estudos oportunizados por aquela pesquisa, via reuniões de equipe, seminários de formação e leituras de textos sobre o campo das mulheres militantes soropositivas, uma rica oportunidade de retomar os questionamentos e produzir conhecimento sobre o problema que havia me impactado em 2008. A definição do problema desta investigação ocorreu, portanto, a partir das leituras e atividades de campo como: entrevistas narrativas, transcrições e análises de entrevistas, construção de autonarrativa e diário de campo sobre o trabalho e a formação da pesquisadora no processo de investigação, e participação em eventos científicos, empreendidas na pesquisa *Narrativas sobre a morte: experiência de mulheres trabalhadoras rurais e mulheres vivendo com*

*HIV/Aids no jogo político dos enfrentamentos pela vida.*¹ Essa pesquisa, desenvolvida entre os anos de 2013 e 2015, foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e desenvolvida por uma parceria entre a PUC Minas e a Universidade Federal do Pernambuco (UFPE).

Ao encontrar subsídios nas experiências formativas citadas e nas elaborações de autores/as como Carvalhaes e Teixeira-Filho (2012), que discutem a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de mulheres soropositivas sob a perspectiva dos estudos de gênero. Garcia e Souza (2010), que abordam a vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro a partir das iniquidades de gênero, raça e geração. Noschang e Werba (2010), que discutem o fenômeno da Feminização da aids, a partir dos contornos da vulnerabilidade e Rodrigues e colaboradores (2012), que estudam a vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/aids, dentre outros/as, a proposta de investigação outrora apenas almejada se firmou, após meu ingresso no Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC Minas.

O cenário brevemente contextualizado estimulou o interesse na pesquisa sobre a vulnerabilidade de mulheres heterossexuais ao HIV/aids, em relações de conjugalidade. Nesta pesquisa buscamos problematizar o atrelamento socialmente construído entre conjugalidade e imunidade à infecção. Desde os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida², diagnosticados na década de oitenta, muitas foram as mudanças e discussões em torno da epidemia de aids e as questões debatidas entre pesquisadores/as de diferentes linhas e campos de investigação devido à complexidade desta epidemia nos âmbitos biológico, subjetivo, social e histórico (CARVALHAES, 2012). Nesta dissertação optamos por utilizar as siglas HIV e aids, assim grafadas. Ou seja, adotamos a primeira HIV em letras maiúsculas e a segunda aids em letras minúsculas por serem assim citadas pela maioria dos estudos científicos de referência na área. A adoção da sigla aids em letras minúsculas, ao invés de AIDS, tem ainda a intenção política de marcar a superioridade das subjetividades dos sujeitos soropositivos frente à epidemia.

¹ A pesquisa se iniciou em 2012, sob coordenação das professoras Luciana Kind (PUC Minas) e Rosineide Cordeiro (UFPE). Como objetivo, pretendeu investigar experiências sobre a morte em narrativas de “mulheres trabalhadoras rurais” e “mulheres vivendo com HIV/aids”. A equipe envolveu estudantes de doutorado, mestrado e iniciação ao extensionismo da UFPE e da PUC Minas.

²As siglas HIV e aids foram incorporadas ao nosso idioma a ponto de poucos artigos contemporâneos se referirem ao seu significado. Cabe lembrar que as siglas se referem a *Human Immunodeficiency Virus* e *Acquired Immune Deficiency Syndrome* indicando a difusão das siglas para a terminologia em inglês. Em países de língua espanhola, aids foi convertida em Sida, marcando-se a tradução da primeira para *Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida*” (KIND, et al., 2012, p.02).

Perpassada por diferentes contextos sócio-históricos e por relações de gênero, as análises sobre a vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids têm demarcado mudanças no padrão epidemiológico da doença. Incluem-se nessas mudanças grupos como o das mulheres heterossexuais em relações de conjugalidade, o que se caracteriza como *feminização da aids*. Partindo do fenômeno da feminização da aids em seus aspectos epidemiológico, social e histórico, esta pesquisa tem por substrato empírico narrativas de mulheres heterossexuais soropositivas. O estudo tem como recorte, portanto, a experiência de mulheres que contraíram o HIV por transmissão sexual, com seus maridos ou parceiros fixos, em relacionamentos que se aproximam do que podemos caracterizar como relações de conjugalidade. Em consonância com Dihel (2002), tomamos a conjugalidade neste estudo como um neologismo da palavra conjugar, ligada à ideia de união, de ligação entre duas pessoas, sem a necessidade de um contrato formal entre elas.

O fenômeno da feminização da aids no Brasil se tornou mais evidente a partir da década de noventa e se caracteriza pelo crescimento do número de mulheres infectadas pelo HIV em relação ao número de homens (ABIA, 2001). Também com destaque na década de 1990, o conceito de vulnerabilidade ao HIV surgiu na conexão entre vários campos do saber que buscavam estratégias de enfrentamento à aids. Os estudos produzidos por esses campos de saber conceituam a vulnerabilidade a partir de uma matriz em que as formas de exposição ao HIV se referem a fatores que se conectam a três dimensões de vulnerabilidade: a individual, a social e a programática ou institucional (AYRES et al; 2006; MAN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Neste estudo trabalhamos com a noção de vulnerabilidade como um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação. Alguns autores sustentam que este é um conceito que se articula à noção de complexidade, permitindo mapear a multidimensionalidade de discursos e relações, dentre elas as de gênero (AYRES et al., 2003; CARVALHAES; TEXEIRA FILHO, 2012; GARCIA; SOUZA, 2010; MAN; TARANTOLA; NETTER, 1993). As relações de gênero são abordadas nesta pesquisa através da proposta de Scott (1989; 1994), Butler (2008), Louro (2001) autoras que consideram o caráter relacional, histórico, social e cultural do conceito de gênero. Ademais, utilizamos ainda contribuições de alguns/mas autores/as, dentre eles Rodrigues e colaboradores (2012), que realizam estudos sobre a feminização da aids através do prisma da vulnerabilidade.

Os conceitos de narrativas, feminização da aids, conjugalidade, vulnerabilidade e relações de gênero, por hora citados, por serem centrais neste estudo serão melhor discutidos e aprofundados nos capítulos dois, três e cinco desta dissertação. No entanto, cabe citar que estes aparecem em diálogo com as demais problematizações ao longo de todo este texto dissertativo.

1.1 Problema e objetivos da pesquisa

Ao longo dos últimos 30 anos, desde os primeiros casos diagnosticados de aids, discussões e questões ligadas à essa doença surgiram em nossa sociedade e no cenário de pesquisas. Dentre essas questões destacamos a compreensão que muitas pessoas ainda possuem da aids como a “doença do outro” (da prostituta, do homossexual e do usuário de drogas injetáveis). A compreensão mencionada se torna equivocada na medida em que tem seu foco no comportamento individual e se origina das ideias amplamente difundidas nas décadas iniciais da infecção, que ainda na atualidade, persistem no imaginário de muitos (CARVALHAES, 2010).

Um dos fatores que tem contribuído para o aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção com o HIV é a associação feita entre conjugalidade e imunidade. Assim, muitas mulheres se consideram imunes ao vírus pelo fato de possuírem relações conjugais heterossexuais e monogâmicas. Muitos são os relatos de mulheres³ que ao serem informadas sobre sua soropositividade para o HIV, duvidaram do diagnóstico em função de sua relação de conjugalidade heterossexual. Observa-se no discurso dessas mulheres uma ideia de incompatibilidade entre a soropositividade para o HIV e a condição de ser mulher heterossexual, com um único parceiro íntimo e em uma relação de conjugalidade.

Essas informações motivaram o objetivo geral desta pesquisa, a saber: investigar a vulnerabilidade ao HIV/aids em narrativas de mulheres que se tornaram soropositivas em relações heterossexuais de conjugalidade. Como objetivos específicos, tivemos os seguintes objetivos: a) compreender a vulnerabilidade ao HIV/aids por meio de ferramentas de análise de narrativas que acentuem aspectos simultaneamente individuais e coletivos da experiência de soropositividade; b) relacionar as narrativas produzidas sobre a vulnerabilidade ao

³Notas do diário de campo: Relatos obtidos pela autora, nas atividades do projeto de extensão *Visitando com Saúde* (2007), nas entrevistas da pesquisa *Narrativas sobre a morte: experiência de mulheres trabalhadoras rurais e mulheres vivendo com HIV/Aids no jogo político dos enfrentamentos pela vida* (2013-2015) e no curso de formação para profissionais de Saúde realizado no Hospital Eduardo de Menezes (Referência em DSTs/Aids) “*BH de Mãos dadas contra a Aids*” (2014) da PMBH. Relatos semelhantes podem ainda ser vistos nos documentários *Positivas* (2009) dirigido por Suzana Lira e *Flores Vermelhas* (2014) dirigido por Pedro J. Duarte.

HIV/aids com as articulações entre conjugalidade, gênero, sexualidade e amor romântico; c) identificar elementos narrativos e silenciamentos sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids em contextos cotidianos das mulheres entrevistadas; d) analisar subtramas referentes a eventos relacionados à vulnerabilidade ao HIV/aids experimentados pelas mulheres entrevistadas.

1.2 Justificativa

Os dados sobre a feminização da aids, sistematizados nos boletins epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 2013 a 2015 demonstram o aumento dos números da aids entre as mulheres nas últimas décadas. Como consequência da análise desses dados ao longo dos últimos anos e, sobretudo, em função do aumento dos casos entre as mulheres nos anos de 2000 a 2005, algumas medidas, foram implementadas pelo Ministério da Saúde em 2007. O *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e Outras DSTs* foi uma dessas medidas implementadas. No entanto, o Ministério da Saúde ao divulgar em 2010 o relatório de monitoramento deste plano, ressaltou que as ações executadas desde o ano de 2008 não foram bem-sucedidas na maioria dos estados brasileiros, precisando de várias adequações. Uma das adequações destacadas pelo relatório foi a necessidade de ampliação de diálogos com os movimentos de mulheres e/ou de luta contra aids. Ainda de acordo com o relatório, a escassez desses diálogos ocorreu principalmente por que o plano não entrou de fato nas agendas dos movimentos (BRASIL, 2010).

Deste modo, o estudo da vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids proposto por esta pesquisa pretende contribuir com as discussões de propostas de enfrentamento ao fenômeno da feminização da aids, a partir do olhar da Psicologia Social que busca compreender não apenas as subjetividades, mas também os aspectos políticos e sociais envolvidos nas relações. Pretendemos também contribuir, em certa medida, com algumas reflexões que possam auxiliar a pensar nos desafios e necessidades de avanços das políticas públicas de enfrentamento a este fenômeno, ainda pouco discutido entre as mulheres.

Este trabalho se apoia nas discussões sobre relações de gênero como um meio de decodificar sentidos e de se compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana (SCOTT, 1989). Acreditamos que essas discussões permitem algumas problematizações, como a dificuldade de mulheres de negociarem a prevenção ao HIV/aids com seus parceiros, e ampliam a compreensão da feminização da aids.

A partir do encontro entre a teoria e o fazer metodológico, esta pesquisa investigou a produção de narrativas como elemento de constituição de modos de subjetivação, por seu

caráter simultaneamente individual e coletivo, assim como o fenômeno da epidemia da aids cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo também depende do comportamento humano individual e coletivo (FIGUEREDO, et al., 2013). Em diálogo com autores/as que trabalham com métodos narrativos, partimos do pressuposto de que a narração é algo onipresente e central na vida das pessoas, e tem se constituído como uma prática social que tem ganhado a atenção dos pesquisadores/as das ciências humanas e sociais nas últimas três décadas (GUBRIUM; HOLSTEIN, 2008; GIBBS, 2009; RIESSMAN, 2008).

Assim, na tentativa de compreender a temática e as problematizações expostas, realizamos uma investigação de cunho qualitativo, e nos aproximamos da perspectiva da *etnografia narrativa*. Foram utilizadas como combinação de estratégias de produção de dados a *pesquisa bibliográfica crítica*, a *observação participante*, as *entrevistas narrativas* e o *diário de campo*. As entrevistas foram analisadas com foco nas abordagens *temática* (GIBBS, 2009; RIESSMAN, 2008), *estrutural* (GIBBS, 2009; LABOV 2013; RIESSMAN, 2008) e *dialógico-performativa* (RIESSMAN, 2008).

Nessa vertente, esta investigação colabora também com aspectos de caráter metodológico em pesquisas qualitativas. Essa afirmação se baseia na observação de certa carência de discussões aprofundadas acerca da produção e análise de narrativas neste tipo de pesquisa em veículos científicos nacionais. A carência mencionada foi percebida a partir da realização da pesquisa bibliográfica crítica (LIMA; MIOTO, 2007). Destacamos, ainda, que a produção e a análise de narrativas em pesquisas qualitativas, tais como as que foram executadas por esta investigação, favorecem a visibilidade de grupos socialmente invisibilizados, tais como o das mulheres heterossexuais em relações de conjugalidade vulneráveis ao HIV/aids.

Esta dissertação está dividida em seis capítulos incluindo esta Apresentação. No segundo capítulo fazemos uma discussão através da reconstrução histórica e social sobre a epidemia da aids e de seu processo de feminização no Brasil. Apresentamos o crescimento da feminização da aids nos últimos anos e discutimos o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da aids e outras doenças. No terceiro capítulo destacamos a potencialidade do trabalho com narrativas como um aporte teórico-metodológico e os conceitos de narrativa e experiência trabalhados nesta investigação. O quarto capítulo traz uma apresentação inicial das narrativas, aborda temas inerentes a esta pesquisa como a militância e as políticas identitárias e destaca os elementos narrativos identificados a partir das estratégias de análises utilizadas.

O capítulo cinco, apresenta discussões sobre a vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids a partir das narrativas das experiências de sororopositividade das entrevistadas. Inicialmente fazemos um resgate histórico das origens do conceito de vulnerabilidade no contexto da epidemia da aids, em seguida demonstramos como essa vulnerabilidade aparece no cotidiano das mulheres vivendo com HIV/aids a partir de três eixos de discussão criados a partir das análises realizadas, a saber: Vulnerabilidade ao HIV/aids e relações de gênero, Vulnerabilidade ao HIV/aids e conjugalidade e Vulnerabilidade ao HIV/aids, invisibilidade e silenciamento. No sexto e último capítulo trazemos algumas palavras finais sobre o processo de pesquisa realizado, as principais dificuldades e constatações alcançadas pelo estudo e as possíveis repercussões que este trabalho pode gerar.

2 O PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO DA AIDS

A complexidade da epidemia da aids favoreceu seu crescimento acelerado nas últimas décadas no Brasil. Este crescimento tem sido considerável entre as mulheres brasileiras, acarretando a feminização da epidemia e desafia nossa sociedade nos mais diversos âmbitos. Também complexo, este fenômeno de feminização da aids é perpassado por aspectos epidemiológicos, sociais e históricos e desde a década de 90 tem ganhado certa visibilidade. A reconstrução histórica e social desta epidemia mostra importantes dados sobre o como a aids acabou se tornando um problema com características *sui generis* entre as mulheres.

Autores/as como Figueiredo e colaboradores (2013), têm discutido o crescente número no Brasil de casos de mulheres com HIV/aids quando comparado ao de homens. Os autores afirmam que a taxa de mortalidade entre os homens tem demonstrado uma diminuição mais expressiva do que entre as mulheres. Estas, no ano de 2013 representavam um pouco mais da metade de todas as pessoas que viviam com aids no mundo.

2.1 Aids: a construção histórica e social da epidemia

Ao relatarem os anos iniciais da epidemia, no início da década de 1990, mais especificamente em 1993, Mann, Tarantola e Netter, no clássico “*A Aids no mundo*”, buscaram examinar a história social da aids numa esfera mundial. O relato dos autores, neste livro, abrange desde a descoberta da doença no início da década de 1980 até os impactos da pandemia uma década depois, bem como as respostas dadas pela sociedade na tentativa de combatê-la. Esta obra de referência sobre a história da aids, teve como objetivo oferecer uma visão coerente e uma compreensão essencial da pandemia e da resposta a ela, segundo as palavras dos próprios autores, e é a primeira que abrange o conceito de vulnerabilidade, expandindo-o para além das questões biológicas e inserindo as dimensões individuais e sociais.

Anos mais tarde, outros estudiosos sobre a história da aids, Ayres e colaboradores (2006), ao também realizarem um breve histórico das origens da aids, afirmam que o início da epidemia desencadeou a tentativa de compreensão da doença através do estabelecimento de associações probabilísticas. Essas associações utilizavam de um instrumental epidemiológico que visava a identificação dos fatores de risco associados com a nova doença.

Nesta perspectiva, o procedimento utilizado foi o de identificar quem eram as pessoas que estavam adoecendo e suas características sócio demográficas. Essa tentativa inicial

ocasionou, em 1982, a descrição pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, de quatro grupos de risco: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína. Nas palavras dos autores:

Os estudos epidemiológicos que identificaram certos grupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com doença eram maiores do que na chamada população geral acabaram sendo utilizados de forma quase mecânica como instrumento de prevenção. Ou seja, o risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em *grupos de risco*. O “isolamento sanitário” de tais grupos tornou-se, assim, a base das poucas e toscas estratégias de prevenção que conseguiram serem propostas no início da epidemia: se você é parte de um dos grupos de risco abstenha-se de sexo, não doe sangue, não use drogas injetáveis. A mídia e a opinião pública de modo geral se encarregaram de estender essa quarentena de tempo indeterminado a outros aspectos da vida social – afastamento do trabalho, da escola, da família, dos serviços de saúde, etc. provocando uma verdadeira “morte social” (AYRES et al., 2006, p.379)

Assim, esse deslocamento quase imediato de uma categoria abstrata de investigação epidemiológica para uma identidade concreta de intervenção é fruto dos preconceitos e estigmas que têm acompanhado historicamente as situações epidêmicas e, em particular, as doenças de transmissão sexual, e refletem os paradoxos de uma epidemiologia do risco. Essa epidemiologia, segundo Ayres e colaboradores (2006), no caso da aids, possibilitou a rápida identificação dos grupos afetados, porém, apresentou pouca informação acerca dos significados mais concretos desse procedimento. Em função dos limites dessas informações, foram desenvolvidas ações preventivas pouco adequadas aos contextos concretos de prevenção. Os resultados práticos dessas primeiras ações, voltadas para o “isolamento” dos “grupos de risco”, se mostraram limitados no controle da aids e acabaram por exacerbar a discriminação e o preconceito com relação a esses grupos, produzindo pouca sensibilidade para transformar a situação dos afetados. O isolamento também retardou a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nesses grupos.

Com o passar do tempo, alguns aspectos foram fundamentais para a transformação das práticas de prevenção diante da aids. A identificação do caráter pandêmico da aids foi primordial para mostrar a diversidade das epidemias, sendo que em 1983, foram identificados os primeiros casos da doença na África, continente onde a transmissão foi predominante entre os heterossexuais. Em 1985 já havia notificações de pelo menos um caso em cada um dos continentes, mostrando perfis epidêmicos muito diferentes nos diversos países.

Somados a esses acontecimentos, a intensa reação dos grupos rotulados como de risco, com destaque especial para os gays organizados dos Estados Unidos, foi fundamental para a configuração de novas propostas de ação, prevenção e conhecimento da aids, o que culminou em um novo conceito que instrumentalizou as práticas preventivas do segundo momento de

resposta à epidemia da aids, o *comportamento de risco*. Este novo conceito adotado, também apresentou limitações, visto que o outro lado desse chamamento às responsabilidades de cada um proposto pelo conceito foi exatamente a potencialidade de culpabilização individual. Nas palavras de Ayres (2006), “à medida que uma pessoa se infecta com o HIV, tende-se a lhe atribuir a responsabilidade pela infecção, por não ter aderido a um comportamento seguro (e não arriscado), por ter falhado nos esforços de prevenção” (p.380). Nos anos posteriores ao início da epidemia houve uma modificação radical no perfil epidemiológico da aids, afetando predominantemente grupos sociais com menor poder social como pobres, mulheres, marginalizados, negros e moradores de periferia. Ayres e colegas (2006) caracterizam esse processo como “pauperização da epidemia”.

A percepção desses novos rumos da epidemia motivou pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, que estavam vinculados à Coalizão Global de Políticas contra a aids,⁴ a desenvolverem uma iniciativa que foi o embrião do Programa das Nações Unidas para aids (UNAIDS). Nesta iniciativa, foi proposto um novo instrumental para compreender e intervir sobre a epidemia da aids, a análise de *vulnerabilidade* à infecção pelo HIV e à aids.

No Brasil, o registro oficial da chegada da aids aparece como ocorrido no ano de 1982, e coincide com o declínio do regime militar no país. A coincidência desses eventos evidencia algumas particularidades a serem consideradas sobre a aids em nosso país, tendo em vista o cenário político no qual esta se inseriu. A crise econômica e o amplo endividamento externo do Brasil contribuíram para a ampliação de problemas na estrutura do sistema de saúde de nosso país, limitando a capacidade de resposta do governo aos problemas ocasionados pela epidemia da aids (PERUCCHI, et al., 2011).

As reconstruções históricas sobre a compreensão da aids a partir de conceitos como “grupos e comportamentos de risco” demonstram como os mesmos contribuíram para uma lógica de segregação das pessoas soropositivas e indicam a necessidade da utilização de novas nomenclaturas como “vulnerabilidades”. No entanto, a incorporação do conceito de vulnerabilidade nos documentos e estudos não significou necessariamente a incorporação de novos posicionamentos menos preconceituosos na sociedade. A vulnerabilidade e a consequente infecção de mulheres com o HIV/aids, ocasionada em certa medida pela introjeção dos discursos de “grupos e comportamentos de risco”, ainda persistem na

⁴Mann, Tarantola e Netter, autores citados no início deste tópico, foram juntamente com Jeff O'Malley alguns dos fundadores da Coalização Global de Políticas contra a Aids, e compunham no ano de 1993 a Secretaria da Coalização. Como já citado esses autores se destacaram por serem os fundadores do conceito de vulnerabilidade no combate à epidemia da aids.

atualidade, e têm juntamente com outros fatores contribuído para o fenômeno da feminização da epidemia.

2.2 Feminização da aids: um fenômeno em crescimento no Brasil

Caracterizada pelo aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV em relação ao número de homens, a feminização da aids no Brasil, se contrapõem ao julgamento inicial sobre os moldes da epidemia como restrita à uma população majoritariamente masculina e outrora classificada como “grupos de risco”, a saber: homossexuais, hemofílicos, receptores de sangue e hemoderivados, e em certa medida, usuários de drogas injetáveis (ABIA, 2001). A constatação deste engano em relação aos moldes da epidemia, principalmente em relação aos impactos individuais, sociais e programáticos causados pela ideia de “grupos de riscos”, nos indica a necessidade de integrarmos o conceito de vulnerabilidade às nossas discussões, numa tentativa de considerarmos os múltiplos aspectos e sujeitos afetados pela aids. (KIND; NASCIMENTO; VIEIRA; CORDEIRO, 2015)

Entre 2013 e 2015, anos em que esta pesquisa se desenvolveu, acompanhamos os *Boletins Epidemiológicos HIV/aids* (BRASIL, 2013, 2014, 2015). Recortamos dados desses boletins que destacam números relevantes sobre o HIV/aids entre as mulheres, pois nos fornecem elementos sobre o desafio de se pensar em estratégias de enfrentamento à feminização da aids. De acordo com os dados do último boletim, o de 2015, dos casos de infecção por HIV registrados no Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2007 a 2015 em indivíduos maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição, entre os homens, verifica-se que 45,6% dos casos tiveram exposição homossexual, 39,4% heterossexual e 10,1% bissexual. Entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, observa-se que 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual. Os dados não nos dão um recorte sobre o tipo de relação afetiva em que essas mulheres se encontravam no momento da infecção, mas a partir desses altos números, podemos inferir que possivelmente essas infecções acontecem inclusive em relações de conjugalidade estável.

Segundo o *Boletim Epidemiológico HIV/aids* de 2014, foram registrados no Brasil desde 1980 até junho de 2014, 491.747 casos de aids em homens, o que corresponde à 65% do total de casos e 265.261 casos entre mulheres (35%). Ao buscarmos mais detalhes sobre esses dados, recortando-lhes por idade, verificamos que em 2013, a taxa de detecção de casos de aids em homens de 15 a 24 anos foi de 15,1/100.000 habitantes e de 8,6 em mulheres. A razão de sexos nesta faixa etária, desde o início da epidemia até 2005, apresentou uma

redução, chegando a inverter-se no período de 2000 a 2005 (0,9 caso em homens para cada caso em mulheres). Desde 2008, o número de casos de aids em homens jovens tem aumentado em maior velocidade que entre as mulheres, influenciando a razão de sexos, que volta a se inverter, chegando em 2012 a 1,9 casos em homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2013; 2014).

No entanto, o histórico dessa razão entre os sexos apresentado pelo Ministério da Saúde desde 1987, mostra que a razão da taxa de incidência de aids entre a população masculina e feminina caiu de 9,1 pessoas da população masculina para cada 1 pessoa da população feminina, para 2,2 pessoas da população masculina para cada 1 pessoa da população feminina, no ano de 2014 (BRASIL, 2015). Assim, a extrema diminuição dessa razão demonstra que o número de mulheres infectadas com o HIV em relação ao número de homens cresceu sensivelmente.

Ainda de acordo com o *Boletim Epidemiológico HIV/aids* de 2013, do total de 8.622 casos de aids no sexo feminino notificados no SINAN no ano de 2012, 91,2% possuem a informação da categoria de exposição. Dessas, 96,6% dos casos que possuem a informação da categoria de exposição se relacionam à infecção com o HIV através de relações heterossexuais, 2,5% à infecção por uso de drogas injetáveis (UDI), 0,8% ocorreram por transmissão vertical e 0,1% por transfusão. (BRASIL, 2013).

Como mencionamos na apresentação em decorrência do grande aumento dos casos de aids entre as mulheres nos anos de 2000 a 2005, o *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e Outras DSTs* foi implantado em 2007. Formulado pelo Ministério da Saúde a partir de uma articulação entre a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), esse plano define uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de DST entre as mulheres. De acordo com Ferraz e Kraiczky (2010), o Plano contextualiza a feminização da epidemia em relação às iniquidades de gênero, e enumera outros fatores que podem contribuir para graus de vulnerabilidade distintos entre os diversos segmentos da população feminina, como: racismo, violência, pobreza, estigma, discriminação e uso de drogas. Segundo essas autoras:

Como instrumento de gestão, o Plano norteia a implantação e a implementação de ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva nas esferas federal, estadual e municipal da saúde, guiando-se pelas seguintes diretrizes: Promover a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres; Reduzir o estigma ao HIV/aids e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade; Reduzir as iniquidades regionais, territoriais e de contexto de pobreza; Promover a equidade racial, étnica, de gênero e de orientação sexual das mulheres no acesso a informação, diagnóstico e tratamento; Fortalecer, implementar

e ampliar as ações de prevenção, promoção e assistência às DST, HIV e aids de forma integral e equânime, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 74-75).

No entanto, a implementação desse plano não gerou impactos significativos nos números da feminização, como demonstram os dados dos últimos boletins epidemiológicos HIV/aids. Para além dos aspectos quantitativos, a qualidade das ações implementadas é questionada até mesmo pelo próprio relatório de monitoramento do Plano divulgado pelo Ministério da Saúde após seus primeiros anos (BRASIL, 2010). No ano de 2009, por meio de uma consulta pública online, o Plano foi reapresentado à população brasileira. Essa nova versão, apresentou uma revisão dos objetivos e metas em nível nacional, e trouxe um conjunto de quatro agendas afirmativas referentes a segmentos específicos da população feminina: mulheres profissionais do sexo, mulheres transexuais, mulheres vivendo com aids e mulheres lésbicas (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

A escolha desses segmentos específicos ocorreu em função da maior vulnerabilidade dessas populações entre as mulheres. No entanto, acreditamos ser relevante problematizarmos a pouca inserção nesse Plano de debates sobre a aids entre mulheres em relações de conjugalidade. Uma vez que o crescimento da epidemia entre essa população tem sido alardeado pela mídia há mais de 15 anos, como demonstram as informações retiradas da reportagem *“Aids cresce entre as donas de casa no país”* da revista Boa Saúde online, publicada no ano 2000, e que tinha como entrevistado o então ministro da saúde José Serra:

Dos 5.937 casos registrados entre as mulheres no primeiro semestre deste ano, 45 por cento ocorreram entre as donas de casa e mulheres casadas, segundo dados divulgados pelo ministro, que constam do Boletim Epidemiológico da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, do ministério. Conforme os números divulgados, a situação é mais grave na maioria de 229 municípios do país, que têm população menor ou igual a 50 mil habitantes. Entre as mulheres infectadas nesses municípios, 57 por cento são donas de casa com idade de 20 a 39 anos. (A AIDS..., 2015)

Relatos semelhantes foram obtidos nas observações participantes desta investigação, a partir de conversas realizadas com algumas mulheres participantes do VI Encontro Nacional do MNCP, segundo estas, a maioria dos casos de mulheres infectadas com o HIV/aids que conheciam ocorreram em relações de conjugalidade e que muitas dessas mulheres moram em municípios pequenos, onde sofrem com o preconceito e a falta de atendimento. É interessante mencionar a relevância dessa informação em termos de diversidade geográfica, uma vez que este encontro reuniu representações da maioria dos estados brasileiros.⁵ Esses relatos, assim

⁵ Notas do diário de campo: Relatos do VI encontro Nacional do MNCP, datas: 26 e 27 Novembro de 2014.

como os dados obtidos na pesquisa bibliográfica crítica executada neste estudo e que detalharemos no item 3.3, demonstram a relevância e a carência de estudos ligados à Psicologia, e mais especificamente à Psicologia Social sobre a questão da feminização da aids nos últimos 10 anos.

3 O TRABALHO COM NARRATIVAS

As narrativas são utilizadas nesta pesquisa como um aporte teórico-metodológico. Desta forma, ao “narrarmos” o percurso investigativo nesta dissertação realizado queremos empreender em sua elaboração a marca dessa escolha do uso de narrativas em seu enfoque teórico-metodológico. Isso implica em, inclusive, admitir o próprio texto de pesquisa como uma narrativa, assim como sugerem De Fina e Georgakopoulou (2012), ao afirmarem que existem várias maneiras de apresentação de narrativas, dentre elas a forma textual escrita.

Gubrium e Holstein (2008) afirmam que as narrativas, enquanto um produto social, produzem sujeitos, textos e conhecimento. Em última instância, nossas maiores pretensões, além de construirmos um texto, é que este, compreendido como uma narrativa, possa também contribuir para a construção de conhecimento. Admitimos também a narrativa desse trabalho como uma realidade discursiva, ou seja, como a forma inerente ao nosso modo de alcançar conhecimento e que estrutura as experiências aqui apresentadas. Observamos essa perspectiva da narrativa como uma realidade discursiva nas elaborações de Brockemeier e Harré (2003), quando afirmam:

Apresentar algo como uma narrativa não significa externalizar algum tipo de realidade interna nem oferecer uma delimitação linguística para essa tal realidade. Ao contrário, narrativas são formas inerentes em nosso modo de alcançar conhecimentos que estruturam a experiência do mundo e de nós mesmos. Em outras palavras, a ordem discursiva através da qual nós tecemos nosso universo de experiências emerge apenas como um *modus operandi* do próprio processo narrativo. (BROCKEMEIER; HARRÉ, 2003, p.531)

Desta forma, em concordância com os autores endereçamos nosso modo de alcançar conhecimentos, ou seja, nossa narrativa, a todos/as os/as leitores/as que se interessarem pelas discussões aqui apresentadas. Aproximamo-nos também das elaborações de Gubrium e Holstein (2009), autores que destacam que as histórias são montadas e contadas para alguém em certos momentos e lugares por diferentes motivos. E mais, partilhamos a narrativa de nosso trabalho com estes/as leitores/as na expectativa que possam nos auxiliar a ver outros sentidos em nossa construção textual. Assim, tomamos emprestadas as palavras de Clandinin e Connelly (2011), para enfatizar que:

Como pesquisadores narrativos, partilhamos nossas escritas com características de um trabalho em construção com comunidades responsivas. Por comunidades responsivas, queremos dizer que pedimos aos outros que leiam nosso trabalho e que respondam de maneira a auxiliar-nos a ver outros sentidos que poderiam levar a outras recontagens. (CLANDININ; CONNELLY, 2011, p. 96).

Todas as narrativas apresentadas neste estudo, a começar por sua construção textual são tomadas, portanto, como produção social situada e endereçada a alguém. A narrativa possui várias fontes, sendo importante destacar que sua utilização nas atividades de pesquisa não se restringe às entrevistas. Assim, materiais, como conversas que ocorrem naturalmente, grupos focais, fontes documentais ou escritas, incluindo-se autobiografias, podem ser utilizados como fontes para análises narrativas (GIBBS, 2009). Como mencionado na apresentação, para esta investigação utilizamos como fontes principais as entrevistas narrativas realizadas com as mulheres soropositivas, e como fontes complementares de análises, o diário de campo e as observações participantes.

3.1 O uso de narrativas como estratégia teórico-metodológica

O uso de narrativas, conforme Georgakopoulou (2007), se estende por uma vasta gama de disciplinas das Ciências Sociais, tais como Sociologia, Psicologia, Antropologia Social, dentre outras. A ampliação do uso de métodos narrativos, nos anos 1980, é frequentemente referida como “*virada narrativa*” (*narrative turn*). Segundo a autora, a narrativa, nessas disciplinas é vista como um arquétipo fundamental para a construção de realidades e, como tal, como uma estrutura/sistema/modo privilegiado para “mergulhar” em identidades e em especial para nos aproximarmos de diferentes construções de “*eus*”. A virada narrativa nas ciências sociais foi apresentada pelos/as pesquisadores/as que passaram a adotá-la a partir de várias perspectivas que enfatizavam desde versões individuais sobre si mesmo ou sobre um evento vivido coletivamente até o “como” se dá o trabalho com narrativas.

Outra mudança associada à epistemologia da virada narrativa é a temporalidade das experiências. O trabalho com narrativas ao centrar-se na experiência, que é contada pelos/as narradores/as deve compreender que as representações desta experiência para os/as mesmos/as, variam drasticamente ao longo do tempo, e que um único fenômeno pode produzir histórias muito diferentes mesmo a partir da mesma pessoa. Essa epistemologia pauta-se, portanto no valor interpretativo e subjetivo da experiência, conceito que discutimos em detalhes no item 3.2 desta dissertação, donde vem sua marca anti-positivista, ao contrastar com valores positivistas tais como confiabilidade, validação e generalização (DE FINA; GEORGAKOPOULOU, 2012).

3.1.1 Entre o individual e o coletivo: conceitos e potencialidades das narrativas

De acordo com Bruner (1991), as narrativas podem ser definidas como um conjunto de estruturas linguísticas e psicológicas transmitidas histórica e culturalmente, sendo delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo. Estas se definem ainda pela combinação de técnicas sócio comunicativas e habilidades linguísticas dos sujeitos no cotidiano e, de forma não menos importante, por características pessoais como curiosidade, paixão e, por vezes, obsessão. Desta forma, Brockemeier e Harré (2003) afirmam que ao comunicar algo sobre um evento da vida, uma situação complicada, uma intenção, um sonho, uma doença, um estado de angústia, a comunicação assume a forma narrativa, ou seja, apresenta uma história contada de acordo com certas convenções sociais e linguísticas.

Esses pressupostos e definições são apresentados como vantagens ao se trabalhar com as narrativas a partir de uma perspectiva teórico-metodológica. Autores como Wittizorecki e colaboradores (2006) e Gubrium e Holstein (2009) se referem ao uso de narrativas e as caracterizam como novas possibilidades para produzir “outro tipo de conhecimento”, que confira maior proximidade com o cotidiano. Esses autores salientam outras potencialidades do uso de narrativas, tais como as possibilidades de acentuar argumentos, personalizar o assunto, situar a experiência em um quadro temporal, fornecer um autorretrato dos sujeitos que narram e ainda obter relatos que podem ser observados em suas forças dramática e retórica.

As vantagens mencionadas são também apresentadas por Gibbs (2009). Segundo o autor, nas histórias, as pessoas dão sentido às experiências passadas, quando as compartilham com os outros. O compartilhamento de expressões, vocabulários e metáforas comuns, nas narrativas podem nos dizer muito sobre como os grupos sociais se veem e descrevem suas experiências, sustenta Gibbs (2009).

Mesmo quando produzidas a partir de entrevistas individuais as narrativas possuem a potencialidade de apreensão tanto do individual ou pessoal quanto do coletivo ou social. (GIBBS, 2009; CLANDININ, CONNELLY, 2011). Riessman (2008), ao destacar os aspectos coletivos das narrativas, as caracteriza como produções, representações e contextualizações das experiências vividas pelos atores sociais. Em relação ao individual, a autora afirma que as narrativas são diferentes por possuírem uma sequência de eventos e consequências, que são organizados, selecionados, conectados e avaliados como significativos de maneira única por cada um dos sujeitos de pesquisa.

3.1.2 Narrativas: elementos de composição, gêneros narrativos e aspectos metodológicos

Além de variadas fontes, as narrativas possuem alguns elementos que são partes fundamentais e indispensáveis de sua composição, são estes: *os personagens, o enredo e a temporalidade*. Somados a estes elementos componentes das narrativas é preciso considerar ainda o *repertório local* e o *contexto cultural* como outros fatores que devem ser avaliados e incorporados às análises quando trabalhamos com este método em pesquisas qualitativas (GIBBS, 2009).

Gibbs (2009), ao propor um “kit de ferramentas” para a análise estrutural de narrativas, afirma que em termos de configuração geral as narrativas podem ser classificadas em quatro categorias diferentes, que ele chama de *gêneros dramáticos*. São estes: *o romance, a comédia, a tragédia e a sátira*, definidos pelo autor da seguinte maneira:

Romance: O Herói enfrenta uma série de desafios rumo a seu objetivo e sua vitória final; *Comédia*: O objetivo é a restauração da ordem social, e o herói deve ter as habilidades sociais necessárias para superar os riscos que o ameaçam. *Tragédia*: O herói é derrotado pelas forças do mal e rejeitado pela sociedade. *Sátira*: Uma perspectiva cínica sobre a hegemonia social. (GIBBS, 2009, p.91, grifos nossos)

Gibbs (2009) também propõe, em seu “kit”, a avaliação das falas dos/das narradores/as. De acordo com este, existem três tipos de falas narrativas dos/as entrevistados/as: a fala *retórica*, que é aquela utilizada com o intuito de agradar ou persuadir; a *metáfora*, que é a fala com uso de imagens mentais como dispositivo retórico; e as *explicações* que são as falas usadas para descrever, justificar, desculpar ou legitimar. Assim, o autor afirma que a apreensão desses elementos de composição e dos gêneros dramáticos presentes na estrutura das narrativas é importante para o processo de análises. Consideramos também importante para a compreensão das narrativas produzidas nesta pesquisa apresentarmos a definição de experiência, conceito que associado ao de narrativas já apresentado subsidia nossas análises assim como toda a construção teórico-metodológica.

3.2 Narrando experiências

Nas narrativas de mulheres soropositivas sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids em contextos de conjugalidade, buscamos a experiência dessas mulheres como algo que as constitui como sujeitos históricos, sociais e políticos. Acompanhando os argumentos de Scott (1999), a “experiência” pode ser compreendida como situações discursivas de constituição de subjetividades, histórica e socialmente construídas. Admitimos, portanto, em primeira

instância, a relação entre “experiência” e situações discursivas de constituição de subjetividade. Nas palavras de Scott (1999):

A experiência, de acordo com essa definição, torna-se, não a origem de nossa explicação, não a evidência autorizada (porque vista ou sentida) que fundamenta o conhecimento, mas sim aquilo que buscamos explicar, aquilo sobre o qual se produz conhecimento. Pensar a experiência dessa forma é historicizá-la, assim como as identidades que ela produz (...) historicização que implica uma análise crítica de todas as categorias explicativas que normalmente não são questionadas, incluindo a categoria “experiência” (SCOTT, 1999, p. 27).

Partindo, desses pressupostos iniciais, fica, pois, esclarecido que compreendemos a experiência como um conceito que não se reduz aos conteúdos da introspecção ou às vivências psicológicas interiorizadas. Assim, em concordância com as elaborações de Scott (1999) ampliamos as discussões sobre esse conceito seguindo também as elaborações de Clandinin e Connelly (2011), autores que têm estudado a experiência a partir de investigações com narrativas. De acordo com estes, os termos para pensarmos a pesquisa narrativa estão intimamente ligados à teoria da experiência de Dewey⁶, na qual a experiência é associada às noções de *situação*, *continuidade* e *interação*.

Clandinin e Connelly (2011) argumentam que apesar de se apoiarem na teoria de Dewey sobre a experiência, essa não é por eles utilizada no sentido de aprofundamento das ideias do autor, mas sim como uma referência criativa utilizada para lhes lembrar de que a resposta à pergunta “por que o trabalho com narrativas?”, é sempre “por causa da experiência”. Os autores afirmam que a teoria de Dewey sobre a experiência fornece subsídios para problematizarmos que será mais “experencialmente” do que “por causa de sua experiência” que uma pessoa irá fazer o que faz.

Nesse sentido, a experiência que se busca investigar na pesquisa narrativa é uma experiência que se consolida e se apoia num espaço tridimensional, formado pelos três termos de Dewey já citados. A *situação*, ou seja, a noção de lugar. A *continuidade*, ou seja, passado, presente e futuro e a *interação*, que se refere ao pessoal e ao social. Portanto, considerado esse conjunto de termos, a experiência que é investigada nos estudos narrativos, é definida por esse espaço tridimensional. Ou seja, estes estudos têm dimensões e abordam assuntos temporais,

⁶ “John Dewey é reconhecido como um dos fundadores da escola filosófica de Pragmatismo (juntamente com Charles Sanders Peirce e William James), um pioneiro em psicologia funcional, e representante principal do movimento da educação progressiva norte-americana durante a primeira metade do século XX. Foi também editor, tendo contribuído para a *Enciclopédia Unificada de Ciência*, um projeto dos positivistas, organizado por Otto Neurath.” Entre as muitas de suas obras encontramos os livros “*Art as experience*” e “*Experience and education*” ambos de 1958. Informações disponíveis em: < https://pt.wikipedia.org/wiki/John_Dewey >

ocorrem em lugares específicos ou numa sequência de lugares e focam equilibradamente o social e o pessoal de acordo com seus objetivos.

Os autores ainda argumentam que qualquer investigação deve focar em quatro direções: *introspectivo*, *extrospectivo*, *retrospectivo* e *prospectivo*. O *introspectivo* refere-se às condições internas: sentimentos, esperanças, reações estéticas e dimensões morais. O *extrospectivo* refere-se às condições existenciais: o meio ambiente. E o *retrospectivo* e o *prospectivo* referem-se ao passado, presente e futuro. Nas palavras dos autores: “experienciar uma experiência – isto é, pesquisar sobre uma experiência – é experienciá-la simultaneamente nessas quatro direções, fazendo perguntas que apontem para cada um desses caminhos” (CLANDININ, CONNELLY, 2011, p. 85-86).

Assim, de acordo com os autores, o/a pesquisador/a de narrativas em qualquer investigação deve se posicionar elaborando perguntas, coletando notas de campo, das quais derivem interpretações e possa se escrever um texto de pesquisa. Esse texto deve atender tanto a questões pessoais quanto sociais, deve olhar tanto interna quanto externamente e abordar questões temporais que não mirem apenas o evento, mas seu passado e presente.

Adotamos, pois, as discussões propostas por esses autores no nosso modo de elaboração teórica e investigativa desta pesquisa, no direcionamento do trabalho e instrumentos utilizados em campo e nesta construção do texto dissertativo, na expectativa de narrar aos/às leitores/ras as experiências aqui investigadas/experienciadas. Desta forma, orientadas por estas contribuições acerca da experiência, passamos a detalhar o fazer metodológico de sua investigação nas narrativas sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids de mulheres em relações heterossexuais de conjugalidade.

3.3 Detalhes sobre o fazer metodológico desta investigação

Apesar de termos trabalhado neste texto com o uso das narrativas a partir de um enfoque teórico-metodológico, o objetivo deste tópico é descrever a metodologia utilizada nesta pesquisa, destacando “o como”, ou seja, a execução metodológica empreendida. Acreditamos ser válida essa descrição pormenorizada pelo fato de, como destacam Riessman (2008) e De Fina e Georgakopoulou (2012), não haver um conjunto único de regras sobre como realizar a produção e a análise de narrativas. O que encontramos é uma variedade de fazeres metodológicos baseados em escolhas que são marcadas pela combinação de ideias e concepções provenientes das mais diversas disciplinas. Portanto, cabe à pesquisadora efetivamente decidir o recorte de estratégias a serem utilizadas na produção e análise das

narrativas. Diante das elaborações dessas autoras e ao considerarmos, como nos afirma Zanella (2013), que *pesquisar é uma prática social*, adotamos para esta pesquisa estratégias qualitativas. Como tal, a pesquisa possibilita a reinvenção da realidade e se vincula, inexoravelmente, com a reflexão sobre seu processo de criação.

A escolha por perspectivas qualitativas veio da reflexão de que essa modalidade de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Acreditamos, portanto, que a pesquisa qualitativa é uma importante possibilidade de abordagem dos sujeitos em suas dimensões subjetivas, no âmbito das ciências humanas (MINAYO, DESLANDES, CRUZ NETO, 2002; MINAYO, 2012).

Como momento inicial de execução dessa investigação foi realizada uma *pesquisa bibliográfica crítica*, seguindo as recomendações de Lima e Miotto (2007). Além de uma aproximação do campo, esta pesquisa teve o intuito de integrar discussões atuais acerca dos conceitos e do tema relacionados à investigação e mapear como e se esses conceitos têm sido discutidos nas produções científicas nacionais.

A pesquisa bibliográfica crítica se constituiu, como recomendam Lima e Miotto (2007), de buscas sistemáticas de *fontes* como livros, documentos, artigos, teses, dissertações, dentre outros, seguidas de leituras sucessivas e análises dessas fontes obtidas. Para a realização da pesquisa bibliográfica crítica deste estudo, escolhemos como *fontes* artigos, teses e/ou dissertações no portal dos Periódicos CAPES. Foi realizada a busca da produção publicada neste acervo tendo como *parâmetro cronológico* os últimos 10 anos (2005-2015) de publicação. O *parâmetro cronológico*, segundo as autoras, trata-se da delimitação de tempo escolhida pelo/a pesquisador/a para a realização de suas buscas. Este pode ser definido em termos de dias, meses, anos, podendo variar se adequando aos objetivos da investigação.

Depois de definido este parâmetro, foram utilizados nas buscas, inicialmente expressões com os seguintes descritores temas em português: “vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids”; “feminização da aids”; “conjugalidade e aids”. Em seguida foi feita uma procura utilizando a combinação de todos os temas em que se baseiam esse estudo (narrativas, vulnerabilidade, aids, mulheres e conjugalidade), todas as expressões e termos utilizados nas buscas foram escolhidos de acordo com os *parâmetros temáticos* definidos por Lima e Miotto (2007), ou seja, referiam-se a temas correlatos ao da pesquisa. Com o intuito de mapearmos as produções nacionais, adotamos como *parâmetro linguístico* os trabalhos publicados no idioma português. O *parâmetro linguístico*, de acordo com as autoras, diz respeito à escolha

do(s) idioma(s) no(s) qual(is) as fontes publicadas serão pesquisadas. Desse modo, utilizando a seleção por assuntos no portal de periódicos CAPES com os termos de busca citados, e realizamos uma busca com os delimitadores *qualquer* e *contém*. Cabe destacar que estes delimitares são filtros automáticos do Portal da CAPES. Optamos por utilizá-los por serem os que, quando combinados, fornecem o maior número de resultados sobre os trabalhos com os descritores utilizados na busca neste portal.

Após as buscas realizamos leituras sucessivas do material obtido em cada busca. Desta forma iniciamos com uma primeira *leitura de reconhecimento* do material, na qual foi identificado todo o material disponível para consulta. Segundo Lima e Mioto (2007), a leitura de reconhecimento do material bibliográfico, é o momento no qual se identifica textos para seleção. Em seguida empreendemos uma *leitura exploratória*, quando foi identificado se o material selecionado interessava ao estudo. Para as autoras, durante a leitura exploratória se deve identificar a relevância do material selecionado para leitura, sendo necessário conhecimento sobre a temática abordada. Adotamos como primeiro critério de inclusão nesta leitura, artigos, dissertações e/ou teses que contivessem no título algum dos temas de estudo desta investigação.

O passo seguinte foi a realização de uma *leitura seletiva*, na qual foi determinado se o material de fato se relacionavam aos objetivos da pesquisa. É neste momento de leitura seletiva, segundo Lima e Mioto (2007), que se deve incluir e excluir dados de acordo com os objetivos da pesquisa. Desta forma, foram selecionados, a partir da leitura dos resumos, materiais como artigos, dissertações e/ou teses produzidos nas áreas de Psicologia Social e/ou ciências ligadas à Saúde e/ou que abordam alguns dos temas desse estudo, tais como vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids, conjugalidade e/ou aids. Foram excluídos os textos que não abordavam estes temas.

Finalmente os estudos agremiados a partir da leitura seletiva dos resumos para serem incorporados à pesquisa passaram por *leituras críticas e interpretativas* e suas contribuições foram utilizadas ao longo de todos os capítulos desta dissertação, permitindo o diálogo com literatura científica pertinente à investigação dos objetivos deste estudo. Essas leituras críticas e interpretativas, segundo as autoras, demanda a leitura de cada fonte na íntegra, demarcando e separando pontos importantes destas para estabelecerem diálogo e/ou sustentarem o estudo que o/a pesquisador/a deseja empreender. Mais especificamente, Lima e Mioto (2007) afirmam que a leitura reflexiva ou crítica, está relacionada ao momento de problematização das ideias dos/as autores/as, enquanto a interpretativa, relaciona as ideias dos/das autores/as

com as questões do/a pesquisador/a. Detalhamos, a seguir, o modo como essas leituras foram realizadas ao longo dos processos de buscas.

Ao efetuarmos a busca com os descritores temas “vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids” foram encontrados para leitura de reconhecimento 199 trabalhos. Em sequência, foi realizado um recorte pela leitura exploratória dos títulos, quando foram separados 11 trabalhos que continham nestes títulos alguma vinculação aos temas de estudo. A partir de um segundo recorte pela leitura seletiva dos resumos foram escolhidas 10 referências que abordavam um ou mais dos temas investigados nesta pesquisa para serem incorporadas a este estudo. Desses 10 trabalhos selecionados, 6 foram publicados no formato artigo, 2 no formato dissertação e 2 no formato tese. Ao realizarmos uma análise sobre a área de conhecimento em que foram produzidas as dissertações, observamos que as duas foram desenvolvidas na área da Enfermagem, enquanto uma tese foi desenvolvida a partir da perspectiva da Medicina Preventiva e a outra na Enfermagem. Os 6 artigos selecionados foram produzidos sobre a perspectiva da Saúde Coletiva. Nos apêndices deste trabalho, apresentamos com o auxílio do Quadro 1 – *Referências incorporadas: Periódicos CAPES e Vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids*, os dados sobre as referências incorporadas a partir desta primeira busca.

A busca dos descritores temas “feminização da aids” obteve como resultado 61 trabalhos para leitura de reconhecimento. Ao fazermos um recorte pela leitura exploratória dos títulos igual à realizada na primeira busca e excluindo os trabalhos já separados nesta com os descritores anteriores, foram separados 2 trabalhos, uma dissertação e um artigo. A partir da leitura seletiva dos resumos optamos por incorporar às referências apenas a dissertação que foi desenvolvida numa Pós-graduação em Ciências da Saúde. O artigo foi descartado uma vez que apresentava uma discussão muito específica ligada à perspectiva Psicanalítica. Apresentamos nos apêndices, com a ajuda do Quadro 2 – *Referências incorporadas: Periódicos CAPES e Feminização da aids*, os dados sobre as referências incorporadas neste trabalho a partir desta busca.

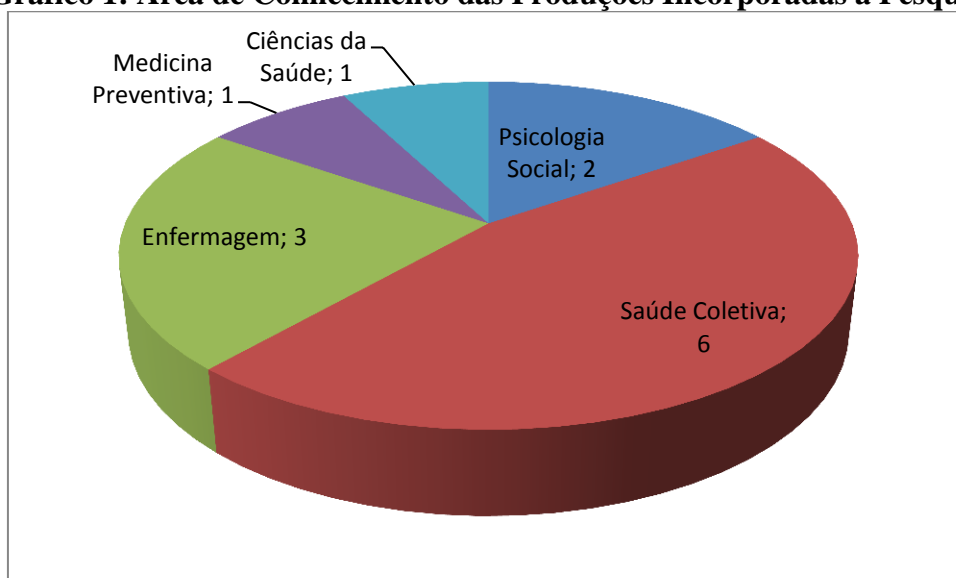
A busca dos descritores temas “conjugalidade e aids” obteve como resultados, para leitura de reconhecimento, 38 trabalhos, no recorte pela leitura dos títulos após excluídos os trabalhos já separados na primeira e na segunda buscas, foram separados 2 trabalhos no formato artigo, sendo um desses artigos, uma resenha de tese. Após a leitura seletiva dos resumos optamos por incorporar os 2 trabalhos como referências deste estudo. Foi interessante observar que esses trabalhos foram produzidos através da perspectiva da Psicologia Social e com a participação de um mesmo autor em ambos, sendo um deles em coautoria. Nos apêndices apresentamos, com o auxílio do Quadro 3 – *Referências*

incorporadas: Periódicos CAPES e Conjugalidade e aids, os dados sobre as referências que foram incorporadas ao trabalho.

Finalmente, a busca da combinação de todos os descritores obteve como resultados, para leitura de reconhecimento, 74 trabalhos, porém, analisando os títulos através de uma leitura seletiva nenhum se relacionava de fato com os objetivos ou propostas desta investigação.

Os resultados dessa pesquisa bibliográfica crítica a partir dos parâmetros de seleção e inclusão adotados, que se consistiram na incorporação de produções científicas dos últimos 10 anos publicados no portal de periódicos CAPES, que abordavam através das perspectivas da Psicologia Social e/ou ciências vinculadas à Saúde um ou mais temas relacionados a este estudo, indicam como mencionado na apresentação certa carência de discussões aprofundadas sobre produção e análise de narrativas em veículos científicos nacionais. O mesmo se observa em relação aos temas da vulnerabilidade ao HIV/aids de mulheres em relações de conjugalidade, e da feminização da aids, neste mesmo período. Observando os descritores temas, estes trabalhos se ligavam ou aos temas da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids, da conjugalidade e aids ou da feminização da aids. E nenhum mais especificamente a estes temas em publicações que se utilizaram da metodologia de produção e/ou análise de narrativas. Ou seja, temos a partir da consulta ao portal de periódicos CAPES um número pequeno de produções ligadas aos temas de interesse desta pesquisa nos últimos 10 anos. A produção em Psicologia Social possui menor número de publicação quando comparada às que foram produzidas em áreas da Saúde. O Gráfico 1 a seguir, apresenta os dados sobre as áreas de conhecimento das produções que incorporamos a esta investigação

Gráfico 1: Área de Conhecimento das Produções Incorporadas à Pesquisa



Fonte: Dados da Pesquisa

Cabe informar aos/às leitores/as que outras fontes, além dos trabalhos selecionados na pesquisa bibliográfica crítica, foram utilizados como referências dessa dissertação, tais como livros, artigos, teses, dissertações e textos de pesquisa. Esse material foi explorado e reunido a partir de indicações de outros/as pesquisadores/as e/ou buscas em bibliotecas e na internet. Algumas fontes foram conseguidas também através da participação da autora nas reuniões do núcleo de pesquisa Narrativas, Gênero e Saúde (Nages)⁷, ou em disciplinas cursadas no Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC Minas.

Todo esse material obtido, quer seja na pesquisa bibliográfica crítica, quer seja a partir de outros meios, foi utilizado ao longo de todos os capítulos apresentados nesta dissertação, através de citações diretas e/ou indiretas, ou mesmo como pano de fundo das discussões. A escolha de quando e onde utilizar as referências ao longo da construção do presente texto orientou-se pelo esforço de agregar, a cada capítulo e subtópico construídos, sustentação teórica atualizada no campo das discussões científicas sobre os temas centrais desta pesquisa.

Para a produção dos dados empíricos, além desta pesquisa bibliográfica crítica, foi privilegiada como perspectiva teórico-metodológica a etnografia narrativa, tendo como referências autores como Clandinin e Connelly (2011) e Gubrium e Holstein (2009). A etnografia narrativa segundo Gubrium e Holstein (2009) se refere à prática investigativa que “focaliza a atividade narrativa cotidiana que se revela na interação situada” (p.25). Consideramos, portanto, como já mencionado, as narrativas como produção social situada e endereçada a alguém.

Deste modo, com o intuito de aprofundarmos o campo estudado nos aproximamos dessa perspectiva e utilizamos como combinação de estratégias a *observação participante*, as *entrevistas narrativas* e o *diário de campo*. Essas estratégias foram utilizadas em dois eventos distintos, um encontro nacional de mulheres militantes soropositivas (*VI Encontro Nacional do Movimento Nacional de Cidadãs PositHIVas - MNCP*), e um curso de formação sobre prevenção de DSTs e aids para profissionais que atuam em um hospital especializado em doenças infecto contagiosas. Cabe explicar, no entanto, que apenas duas das 5 entrevistas aqui apresentadas, foram realizadas no encontro do MNCP. As demais foram realizadas posteriormente, por telefone. No curso de formação, foram utilizadas apenas as estratégias de observação participante e diário de campo.

O curso de formação ocorreu no segundo semestre de 2014 e teve duração de cinco encontros ao longo de três semanas de formação. Esse curso, denominado “Reflexão sobre a prática profissional em saúde sexual”, é oferecido pela Coordenação Municipal de DST/Aids

⁷ Núcleo de pesquisa vinculado ao CNPq, que reúne pesquisadores/as da PUC Minas, da UFPE e da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

e Hepatites Virais da Prefeitura de Belo Horizonte através do “Projeto de Prevenção de DST/Aids em Belo Horizonte” vinculado ao Programa “BH de mãos dadas contra Aids”. Parte das observações participantes desta pesquisa aconteceram nos cinco encontros do curso realizados no auditório do Hospital Eduardo de Menezes (HEM). As demais observações aconteceram no já citado VI encontro do MNCP.

Na observação participante em pesquisas narrativas o/a pesquisador/a deve se colocar no campo de investigação e aprender a olhar para este e para si mesmo/a se localizando neste campo, ao longo das dimensões do tempo, do espaço, do pessoal e do social. Desta forma, ao trabalharmos com narrativas, a observação participante se torna uma estratégia por meio da qual o/a pesquisador/a se posiciona em campo compreendendo que se encontra no meio de um conjunto de histórias: as suas e as de outras pessoas (CLANDININ; CONNELLY, 2011).

O HEM, serviço onde aconteceu o curso onde realizamos as observações, se integra à rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e realiza assistência especializada em infectologia e dermatologia sanitária além de atuar na pesquisa, formação e capacitação profissional. Seu ambulatório faz parte do Programa de Integração Adequada dos Portadores de DST/HIV-AIDS do Ministério da Saúde como Serviço de Assistência Especializada (SAE).⁸

Apresentado o serviço, cabe ainda relatar que participaram do curso de formação citado, mulheres que trabalham nas mais diversas áreas do hospital (Recepção, Administração, Enfermagem, Assistência Social e Psicologia). Precisamos aqui destacar que foram convidados todos os profissionais do hospital independente de sexo, formação ou cargo, ficando perceptível pelas participantes a ausência dos homens que atuam como profissionais do hospital e principalmente dos/das médicos/as vinculados/as ao quadro de funcionários/as. Outro ponto marcante foi a presença majoritária de homens na condução dos encontros do curso, uma vez que este foi coordenado por um psicólogo tendo ainda profissionais e/ou militantes que se identificaram como pertencentes ao gênero masculino como convidados em momentos chave dos encontros, fato que se fazia contrastar frente à plateia composta unicamente por mulheres. Destacamos ainda que, com exceção do coordenador do curso e a pesquisadora deste estudo, todas as demais participantes da formação eram funcionárias do hospital.

O conteúdo do curso foi trabalhado a partir de rodas de conversas, dinâmicas, leituras de materiais do projeto, vídeos e debates com convidados/as. Foram discutidos assuntos ligados à sexualidade, tratamento e atuação profissional na prevenção em HIV/aids e outras

⁸ Informações disponíveis no site institucional do Hospital: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-especialidades/hospital-eduardo-de-menezes>>

DSTs, a partir da problematizações de temas como mitos, crendices, tabus, vulnerabilidades e capacitação para a promoção em saúde. Além do curso, foi possível fazer uma visita ao setor de internações de pacientes com HIV e aids acompanhada por uma das psicólogas do hospital, quando esta relatou alguns dos casos de mulheres ali internadas em função de adoecimentos severos causados pela aids, muitas devido à infecção com o vírus através de relações sexuais com seus maridos ou companheiros.

O segundo evento que serviu de cenário de observação foi o VI Encontro Nacional do MNCP. Este encontro aconteceu entre os dias 26 e 29 de novembro de 2014 e foi realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no hotel Chácara do Lago. Este evento bianual tem como objetivo promover um encontro entre as militâncias do MNCP em todo Brasil e representantes das Políticas de Enfretamento ao HIV/aids nas mais diferentes esferas como Ministério da Saúde (MS), Programa das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS), Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS), representações estaduais e municipais, dentre outras, promovendo discussões sobre as estratégias de garantia de direitos das mulheres vivendo com HIV/aids, fortalecendo protagonismos e criando⁹ oportunidades de diálogos.

Nossa imersão no campo das mulheres vivendo com HIV/aids a partir desta experiência foi intensa. Nesses dias de evento, dividimos com as mulheres não apenas os momentos mais formais de palestras e plenárias do encontro, mas também os momentos de alegria, emoção, refeição, descanso e locomoção, uma vez que utilizamos dos mesmos transportes para traslado entre o aeroporto e hotel além de compartilharmos o quarto com uma delas.

O trabalho de campo desta pesquisa envolveu ainda a realização de entrevistas narrativas com cinco mulheres. As duas primeiras entrevistas que apresentamos nesta dissertação foram produzidas neste evento. Uma delas, realizada com Patrícia, nome fictício escolhido pela entrevistada, foi conseguida a partir de um convite feito em momentos de conversa nos intervalos das palestras. A outra, realizada com Giselle Dantas surgiu como uma demanda da própria entrevistada após assistir à apresentação do projeto desta pesquisa em uma das atividades do evento. As demais aconteceram via telefone e foram conseguidas a partir de contatos realizados no encontro do MNCP. Uma com Edna Demétrio, outra com Maria Medianeira, ambas militantes do MNCP e a quinta entrevista com Maria Aparecida (nome fictício escolhido pela entrevistada), que não é militante e foi indicada por uma das entrevistas. Foram convidadas a participar da pesquisa mulheres heterossexuais soropositivas que se infectaram por transmissão sexual com seus maridos ou parceiros fixos, ou seja, em

⁹ Notas do diário de Campo: Objetivos citados na conferência de abertura do VI encontro Nacional do MNCP. Data: 26/11/14.

relações que se aproximam do que podemos caracterizar como relações de conjugalidade. O Quadro 4 abaixo apresenta uma breve caracterização das entrevistadas.

Quadro 4 – Caracterização das entrevistadas

Nome	Idade	Estado Civil e número de filhos	Tempo de diagnóstico do HIV	Escolaridade	Raça ¹⁰	Tempo de atuação na militância
Giselle Dantas	45	Viúva/ um casal de filhos	20 anos	Ensino fundamental	Branca	Mais de 10 anos
Patrícia	42	Divorciada/ uma filha	10 anos	Ensino médio	Branca	1 ano e meio
Edna Demétrio	44	Casada/ um casal de filhos	20 anos	Superior incompleto	Negra	Mais de 10 anos
Medianeira	62	Divorciada/não tem filhos	18 anos	Ensino médio	Negra	12 anos
Maria Aparecida	49	Vive com um companheiro/ uma filha	12 anos	Ensino fundamental	Branca	Não militante/ participa de uma ONG-Aids

Fonte: Informações produzidas na Pesquisa

Ressaltamos que entrevistas narrativas podem gerar volumosas transcrições, com múltiplas subtramas, que devem ser alvo de análise, e que, no caso desta investigação, “passaram pelas lentes” de três estratégias de análise de narrativas diferentes. Com apoio em autores de referência sobre pesquisas narrativas (CLANDININ; CONNELLY, 2011; RIESSMAN, 2008), acreditamos que este número de cinco entrevistas foi suficiente para se alcançar a discussão pretendida neste trabalho.

Para a efetivação do convite às mulheres entrevistadas, realizamos contato prévio com uma liderança do Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP)¹¹, para envio de carta convite (Anexo A) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹²(Anexo B), divulgando a pesquisa e convidando mulheres vinculadas a esse movimento para participarem da produção das entrevistas narrativas. Após leitura desses documentos e autorização de divulgação da liderança, o projeto da pesquisa, assim como a carta-convite foram mencionados pela pesquisadora no VI Encontro Nacional do MNCP.

Assim, durante os intervalos do evento foi possível a realização de duas entrevistas e o agendamento de duas das outras três entrevistas realizadas posteriormente. Cabe destacar que neste evento foram contatadas também outras duas mulheres que após a divulgação da carta convite da pesquisa se mostraram a princípio interessadas em participar. No entanto, após

¹⁰ Autodeclarada.

¹¹ O Movimento Nacional das Cidadãs PosHIVas foi criado em 2002, agremiando mulheres que vivem com HIV/aids em prol de pautas específicas. (KIND et al., 2012).

¹² Conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12.

inúmeras tentativas de contato com estas sem respostas, e/ou questões particulares das possíveis entrevistadas que acabaram gerando a impossibilidade de realização da entrevista, abdicamos de suas participações. Desta forma, para a realização da quinta e última entrevista contatamos uma das entrevistadas para sondar sobre a possibilidade de indicação de alguma conhecida interessada em participar. Ela indicou uma amiga que prontamente se dispôs a conceder uma entrevista à pesquisadora.

Cabe salientar que a escolha inicial de entrevistar mulheres soropositivas ligadas ao MNCP se deu, num primeiro plano, pelas afinidades observadas entre os objetivos deste movimento e os propostos por este estudo. E em segundo plano, por uma maior possibilidade de acesso às mulheres vinculadas a esse movimento, devido a contatos prévios entre a pesquisadora e as lideranças, oportunizados pela participação na pesquisa *“Narrativas sobre a morte”*, já citada na apresentação, o que ocasionou que a maioria das entrevistadas estivessem ligadas diretamente à militância do MNCP. Cabe ainda destacar que a quinta e última entrevistada, Maria Aparecida, apesar de não ser militante, possui vinculação como integrante em uma ONG-aids e também no MNCP. Este fato contribuiu para que a mesma trouxesse uma narrativa que aborda não só sua experiência individual com o HIV e a aids, mas também as de outras mulheres com as quais convive ou conviveu nessa ONG e eventos.

A condução das entrevistas teve como guia as recomendações de autores como Jovchelovitch e Bauer (2002) e Riessman (2008), e envolveu um processo aberto, que teve por finalidade desencadear um processo de “contação de histórias”. Durante o processo, a entrevista narrativa aconteceu a partir de uma pergunta denominada por Jovchelovitch e Bauer (2002) como exmanente, “tópico inicial para narração”, por vezes referida como “pergunta geradora de narrativas”. Para esta pesquisa, a seguinte formulação se configurou com pergunta geradora: *“Conte-me como foi para você a experiência de se descobrir infectada por seu companheiro com o HIV?”* A essa pergunta geradora, seguiram outras perguntas (preferencialmente imanentes, ou seja, vinculadas à narração produzida pelas entrevistadas) e que tiveram o propósito de aprofundar os temas e subtramas trazidos ao longo da entrevista (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e as entrevistas foram gravadas mediante autorização. A pesquisadora manteve um diário de campo da pesquisa, no qual foram registrados tanto elementos da pesquisa bibliográfica crítica, quanto os passos para a realização das entrevistas narrativas (todos os contatos prévios com as entrevistadas, as condições de realização das entrevistas, e

impressões iniciais das histórias narradas) e as observações participantes realizadas por meio de anotações.

Este diário de campo facilitou a construção de uma memória da investigação, e permitiu acompanhar a construção de impressões iniciais no contato com dados bibliográficos e empíricos, reverberações do campo e hipóteses de trabalho. Essa estratégia utilizada possibilitou à pesquisadora colocar em análise o exercício de discutir a qualidade da pesquisa.

O diário de campo é um espaço que oportuniza às/aos pesquisadoras/res realizar os mais variados tipos de registros sobre suas impressões durante a investigação. Na tradição de pesquisas em Antropologia, de acordo com Magnani (2013), o diário de campo é tomado como um recurso para além do simples observar ou escutar, pois, estar em campo envolve uma série de outros sentidos tais como cheirar, sentir e, por que não dizer, intuir. Magnani (2013) assinala que o diário de campo pode ser inclusive um espaço de catarse dos/as pesquisadores/as ou segundo palavras desse autor ao citar o antropólogo e pesquisador Lévi-Strauss, um instrumento bom para pensar. Os variados registros possíveis para um diário de campo podem ser organizados cronológica ou tematicamente. Para esta pesquisa optamos pelo registro cronológico dos eventos e entrevistas.

Para a identificação e análise dos conteúdos das narrativas e um maior refinamento do processo analítico foram utilizadas estratégias de *análise estrutural*, *temática* e *dialógico-performativa*. Empreendemos o processo analítico nos apoiando principalmente nas contribuições de Riessman (2008) sobre esses três tipos de análises e também em algumas contribuições de Gibbs (2009) e Labov (2013) acerca da análise estrutural. Apresentamos detalhes sobre os aspectos teóricos-metodológicos dessas estratégias de análise no próximo capítulo, por julgarmos ser relevante antes fazermos uma apresentação prévia das narrativas que serviram de substrato empírico nessa discussão.

Como ferramenta de auxílio ao processo de análise, foi utilizado o *software* para a abordagem de dados qualitativos ATLAS.ti, versão 7.1.7. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Minas (CAAE: 41309314.4.0000.5137).

4 MULHERES EM CENA

Este capítulo mostra uma primeira apresentação das narrativas das entrevistadas e traz discussões sobre alguns elementos identificados a partir de estratégias inspiradas em propostas de análises de Gibbs (2009), Labov (2013) e Riessman (2008). Iniciamos as discussões a partir da militância, como uma experiência que perpassa as subtramas das narrativas. Em seguida, fazemos breves apresentações das narrativas de acordo com as recomendações de Gibbs (2009) e finalizamos com detalhes e elementos narrativos identificados nas entrevistas a partir das análises estrutural, dialógico-performativa e temática.

4.1 Mulheres em Movimento¹³

Apesar do interesse desta pesquisa não ter como recorte a inserção de mulheres soropositivas em movimentos sociais, a experiência da militância a perpassa. Percebemos os atravessamentos dessa experiência não apenas no contexto de produção das narrativas como também nos conteúdos narrados.

Como já descrito, a rede de Cidadãs PositHIVas, criada em 2002, agremia mulheres que vivem com HIV/aids em prol de pautas específicas e se dedica prioritariamente ao enfrentamento cotidiano dessas mulheres por acesso a direitos essenciais como saúde e cidadania. Para Landau (2011) esta rede é a única em âmbito nacional que se responsabiliza pela discussão, que é complexa, acerca das mulheres que vivem com HIV/aids. As informações disponibilizadas no *blog* do MNCP afirmam que um dos objetivos desse movimento é “atuar como rede em defesa e garantia dos direitos e controle social de políticas de saúde para mulheres¹⁴.”

Essas afirmativas subsidiam e esclarecem algumas temáticas e subtramas que aparecem ao longo das narrativas das entrevistadas que destacam a militância como uma condição que marca significativamente a experiência de ser mulher vivendo com HIV/aids e favorece o surgimento de identidades políticas. O engajamento em atividades militantes é também importante na medida em que permite às entrevistadas narrarem não só as suas experiências como também as de outras mulheres vivendo com HIV/aids, com as quais

¹³ Ao nos referirmos ao termo movimento, gostaríamos de salientar a resignificação via militância experimentada pelas entrevistadas no Movimento Nacional das Cidadãs Positivas e/ou ONG s aids, não pretendemos nesta discussão aprofundar o conceito de Movimento social.

¹⁴ Para acesso a essas informações e mais detalhes sobre a história do MNCP consultar: <<http://mncpbrasil.blogspot.com.br/>> e/ou o artigo de Caroline Landau “A Aids mudou de cara”: memória coletiva e novas oportunidades para o ativismo da Aids no Brasil. **Plural**, v.17, n.2, p.11-44, 2011.

estabelecem contatos nessas atividades.

Portanto, a experiência da militância entendida como uma situação discursiva agencia o aparecimento de novas subjetividades políticas produzindo nas narrativas das entrevistadas marcas dessas subjetividades (SCOTT, 1999). Nesse contexto acreditamos que as narrativas aqui apresentadas contribuem para uma maior problematização de políticas identitárias voltadas às mulheres que vivem com HIV/aids e ao combate da feminização da aids. Acreditamos nessa potencialidade uma vez que as entrevistadas apresentam discussões que se embasam no engajamento político militante, e que de certa forma podem auxiliar em um dos grandes desafios das políticas públicas brasileiras que é o de conciliar valores abstratos de igualdade e justiça social com as diversas desigualdades inerentes à nossa sociedade, dentre elas as de gênero (PINTO, CLEMENTE JÚNIOR, 2015). Ou seja, ao se pautarem em princípios tais como o da universalidade, as políticas públicas tendem a negligenciar pautas e demandas específicas de determinadas parcelas da sociedade como as das mulheres vulneráveis ao HIV/aids em relações de conjugalidade ou as soropositivas, o que pode ser contemplado de certa forma quando pensamos nas políticas identitárias.

No entanto, é preciso problematizar também as próprias políticas identitárias e a categoria gênero, uma vez que essas políticas também tendem a universalizar e hierarquizar as categorias, privilegiando aquelas identidades que são socialmente aceitas. Como o “*Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e Outras DST*” que como apresentamos anteriormente enfatiza as iniquidades de gênero. Nesse sentido, Butler (2008) questiona não apenas o conceito de gênero, mas inclusive o conceito mulheres, mesmo quando este é utilizado no plural em uma tentativa de abarcar intersecções como raça, etnia, idade, dentre outras. O que na verdade a autora problematiza são as normatizações, que muitas vezes são utilizadas para que se possam empreender ações políticas. Assim, afirma que há a possibilidade de haver política, sem que seja necessária a constituição de uma identidade fixa de um sujeito a ser representado, para que essa política se legitime. (BUTLER 2008, RODRIGUES, 2005).

Butler (2001; 2008) destaca que é papel das políticas públicas identitárias reconhecer os sujeitos primordialmente a partir de suas vulnerabilidades e não de suas identidades de gênero. O que propriamente queremos afirmar é que as diferenças, como, por exemplo, ser uma mulher vivendo com HIV/aids, não deve produzir nos campos políticos e sociais desigualdades, mas respeito e diversidade.

O que significaria, por exemplo, no caso da política de enfrentamento à feminização da aids pensar não só o adoecimento, mas o sujeito. Indo mais além, ao refletirmos sobre as

múltiplas políticas identitárias, como as políticas de saúde para negros/as, homens, mulheres, e para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBTT), significa pensar em propostas de rompimento com essas classificações, e de diálogo entre os sujeitos vulneráveis dessas políticas (KALINE, RIBEIRO; BARRETO, 2013).

Observamos essas classificações e segmentações presentes inclusive na própria história da luta por garantia de direitos do MNCP, inicialmente contra a epidemia do HIV/aids e logo em seguida contra a consequente feminização da doença. Ao consultarmos os registros sobre o VI Encontro do MNCP no diário de campo desta pesquisa, contrastados com a história deste movimento contada por Landau (2011), observamos que o ativismo contra a aids foi marcado, inicialmente, por pautas de lutas mais gerais, voltadas para pessoas vivendo com HIV/aids. Com o passar dos anos e a efetivação e consolidação da luta, observa-se que essas pautas se especificaram e geraram, dentro do próprio movimento, outros segmentos e representações políticas, tais como as comissões de jovens e adolescentes, a das mulheres negras, a das mulheres com deficiência e a das mulheres “trans”. Esse modo de organização interna nos mostra, na história do MNCP, a construção de pautas identitárias.

Contextualizadas pela experiência da militância, nos dedicamos agora a apresentar as narrativas coconstruídas entre as entrevistadas e a pesquisadora.

4.2 Narrativas coconstruídas em múltiplas vozes

Um dos pontos significativos a se considerar quando trabalhamos com pesquisa narrativa ou de histórias de vida diz da autoria das narrativas (PATAI, 2010). Assim, ao demarcarmos nesse título a coconstrução queremos enfatizar que acreditamos na relação pesquisadora/entrevistadas como um fator significativo para a produção das narrativas aqui apresentadas. Isso significa dizer que não só essa relação, o contexto de produção das narrativas em campo e a forma de condução das entrevistas, mas também nossos modos de transcrição e edição para apresentação das mesmas marcam essa coconstrução. Ou seja, as narrativas aqui apresentadas são produto dessa relação e escolhas teórico-metodológicas de transcrição e edição.

Apesar de se tratarem de versões resumidas e editadas o propósito das apresentações das narrativas, é oferecer às mulheres PositHIVs entrevistadas novas visibilidades para além do cenário militante, que com suas individualidades e experiências mostram que são muito mais do que mulheres que vivem com HIV/aids. Outro aspecto que foi considerado ao optarmos por essa apresentação diz respeito ao processo de análise de narrativas que

buscamos empreender ao longo da execução deste trabalho. Um dos pontos importantes salientados por Gibbs (2009), ao se referir às atividades práticas de análise é a familiarização do/a pesquisador/a com a transcrição da entrevista que analisará. De acordo com o autor, para que o/a pesquisador/a execute um bom processo de análise este/a deve ler e reler a transcrição várias vezes, e se familiarizar com o conteúdo e a estrutura narrativa. Após essas leituras o autor orienta que é importante a preparação de um breve esquema contendo os seguintes elementos: *eventos*, *experiências* e a *forma narrativa* utilizados pelo/a entrevistado/a. Gibbs (2009) classifica como *eventos* a delimitação que indica “o que aconteceu”. E, a *forma narrativa*, é pensada como “a forma linguística e retórica de contar os eventos, a sequência temporal, os personagens, intrigas e imagens.”

Retomando a ideia de coconstrução abordada no início deste tópico, destacamos que os quadros com os esquemas e os trechos narrativos apresentados a seguir foram selecionados a partir do recorte feito pela autora. Esses destacam pontos que lhe pareceram consonantes com os objetivos e as discussões que se pretendeu empreender neste estudo. Concordamos, portanto, que os elementos e trechos narrativos foram selecionados como fragmentos analíticos, com a finalidade de apresentar uma visão geral sobre o conjunto de subtramas (nos eventos) e uma impressão geral sobre a forma narrativa identificada nas entrevistas.

4.2.1 A Narrativa de Giselle: “Eu me senti muito traída!”

Eu me senti muito traída! Por ser uma mulher que amava ele muito, e me senti muito traída. Muito, muito! Mas isso não me levou até o cérebro não, porque eu o perdoei de coração. E ele sabe onde ele estiver que eu perdoei mesmo. (Giselle)

Para a preparação do resumo da narrativa de Giselle, foram identificados como centrais, os elementos apresentados no Quadro 5, que foi elaborado de acordo com algumas das ferramentas propostas por Gibbs (2009).

Quadro 5 – Resumo esquemático da narrativa de Giselle

Forma Narrativa	Giselle apresenta sua narrativa, com prevalência das linguagens retórica e explicativa ao longo de sua construção. Em termos de gênero dramático a narrativa de Giselle apresenta inicialmente momentos de tragédia, alternando em seguida momentos de romance e comédia. No entanto, o gênero dramático romântico é o que prevalece na classificação da dramaturgia de sua narrativa.
Eventos	Diagnóstico do HIV há 20 anos após fortes dores de cabeça; Desespero. Foi isolada no hospital e teve suas coisas separadas por sua mãe em casa. Volta para casa; Brigas com o marido pela traição e infecção com o HIV, separação; Não adesão ao tratamento, entra em “coma” e sofre nova internação no hospital; Decisão de se tratar e nunca mais ser internada, o que tem acontecido nos últimos 20 anos. Reconciliação com o marido; Adesão ao tratamento seguida da gravidez do segundo filho hoje com 13 anos e soronegativo; Perdão ao marido; Morte do marido; Engajamento na militância como uma das lideranças do MNCP; Novo relacionamento por um tempo com um rapaz sorodiscordante ¹⁵ ; Atualmente cuida dos filhos e faz palestras nas atividades da militância e diz que sua qualidade de vida melhorou após o HIV.

Fonte: Elaborado de acordo com as recomendações de Gibbs (2009).

4.2.2 A Narrativa de Patrícia: “A mulher ‘vai muito’ com o coração e o homem ‘vai’ com o sexo.

A mulher ‘vai muito’ com o coração e o homem ‘vai’ com o sexo. Então a gente tem que se cuidar. Não adianta, tem que se cuidar sim! Se não... Não deixar tudo só pra ele. Procurar se informar, ver que é possível namorar com prazer, com camisinha e muito amor. (Patrícia)

Assim como na narrativa exposta anteriormente, usamos os elementos propostos por Gibbs (2009) e apresentamos, no Quadro 6, o resumo esquemático da narrativa de Patrícia.

Quadro 6 – Resumo esquemático da narrativa de Patrícia

Forma Narrativa	Patrícia apresenta sua narrativa com prevalência da linguagem explicativa ao longo de sua construção. Em termos de gênero dramático a narrativa de Patrícia apresenta inicialmente momentos de tragédia, que se alternam com momentos de romance. No entanto, o gênero dramático trágico é o que prevalece na classificação da dramaturgia de sua narrativa.
Eventos	Diagnóstico do HIV há 10 anos após descoberta do diagnóstico positivo do namorado; Desespero e depressão. Não aceitação; Descoberta da traição e término do namoro; Ocultação do diagnóstico para todos; Medo de deixar a filha e de não a ver completar 15 anos; Busca por tratamento em outra cidade por medo do preconceito; Falha na adesão por não ter sintomas; Conta para a família sobre a soropositividade e volta a tratar-se; Entrada no MNCP. Atualmente cuida da filha e participa de algumas atividades do Movimento.

Fonte: Elaborado de acordo com as recomendações de GIBBS (2009).

¹⁵ Relacionamento entre pessoas sorodiscordantes refere-se ao relacionamento entre uma pessoa que é soropositiva para o vírus HIV e outra que não é soropositiva para este mesmo vírus.

4.2.3 A Narrativa de Edna Demétrio: “Pra mim foi bem impactante mesmo! Ele primeiro mostrou uma tranquilidade, mas era só uma tranquilidade aparente...”

Pra mim foi bem impactante mesmo! Ele primeiro mostrou uma tranquilidade, mas era só uma tranquilidade aparente... assim... o pior é que eu tava grávida. Quando foi confirmado pra valer, eu tava grávida. Mas aí eu acho que ele meio que surtou... (Edna)

Após esta epígrafe que mostra parte da história da entrevistada, apresentamos no Quadro 7, o resumo esquemático da narrativa de Edna.

Quadro 7 – Resumo esquemático da narrativa de Edna Demétrio

Forma Narrativa	Edna apresenta sua narrativa com prevalência da linguagem explicativa ao longo de sua construção. Em termos de gênero dramatúrgico a narrativa de Edna apresenta inicialmente momentos de tragédia, que se alternam com momentos de romance. No entanto, o gênero dramatúrgico romântico é o que prevalece na classificação da dramaturgia de sua narrativa.
Eventos	Diagnóstico do HIV há 20 anos juntamente com a descoberta de sua primeira gravidez; Foi infectada pelo primeiro marido que era músico e que a traía e que tinha feito um teste que havia dado inconclusivo e que acreditava por isso não ser soropositivo. Susto, impacto e depressão, seguidas de aceitação e luta pela vida em função da gravidez; Separação do marido, devido ao abandono deste após ficar muito transtornado por se sentir culpado por tê-la infectado ainda mais quando estava grávida; Nascimento da filha que, com os cuidados, não foi infectada; Depressão pós-parto, seguida de tratamento psicológico; Morte do primeiro marido; Novo casamento com marido sorodiscordante; Nascimento do segundo filho; Sofre preconceito e estigma por parte do diretor do hospital que a chama de irresponsável por ter um filho sendo positiva; Atualmente é militante do MNCP e estuda Serviço Social e cuida dos filhos.

Fonte: Elaborado de acordo com as recomendações de GIBBS (2009).

4.2.4 A Narrativa de Maria Medianeira: “No começo foi muito difícil pra aceitar...”

No começo foi muito difícil pra aceitar! Mas depois eu fui pra uma ONG pra participar de grupos, e aí a coisa me fortaleceu mais a viver. Quando eu descobri eu fiquei transtornada, aí se separamos, não deu mais pra ficar junto, eu fui viver a minha outra vida assim. Porque ele sabia, ele sabia e não tinha me dito nada né? Se fosse os dias de hoje que tivesse acontecido eu podia ter denunciado ele né? Porque hoje é crime. Ele Sabia e a família também sabia, talvez se eles me dissessem hoje seria muito melhor. (...) É deu uma revolta dentro, revolta, eu fiquei muito mal mesmo, sabe? Eu não queria mais nada, só ficar dentro de casa, eu não queria sair, eu parecia que as pessoas tavam vendo que eu tava doente, e isso foi quase um ano, depois eu comecei a participar de um grupo de Posithivas, vi que as outras pessoas eram iguais a mim, estão felizes da vida, vivendo, e eu continuei a minha vida. (Medianeira)

Orientadas pelas palavras de Medianeira ao longo da entrevista, apresentamos no Quadro 8, o resumo esquemático de sua narrativa

Quadro 8 – Resumo esquemático da narrativa de Maria Medianeira

Forma Narrativa	Medianeira apresenta sua narrativa com prevalência da linguagem explicativa ao longo de sua construção. Em termos de gênero dramático a narrativa de Medianeira apresenta inicialmente momentos de tragédia, que se alternam com momentos de romance. No entanto, o gênero romântico é o que prevalece na classificação da dramaturgia de sua narrativa.
Eventos	Diagnóstico do HIV há 18 anos poucos meses após seu casamento; Foi infectada 3 meses depois do casamento após casar-se virgem aos 44 anos, pelo marido que era bissexual e que a traiu em sua própria cama. Revolta, dificuldade inicial para aceitar depressão; Separação do marido, devido ao fato dele e sua família saberem que ele era soropositivo antes mesmo do casamento; Entrada numa ONG/Aids seguida da aceitação; Atualmente é militante do MNCP e fundou uma ONG/Aids no município de Viamão, onde trabalha realizando o serviço de prevenção e ajuda na adesão ao tratamento de mulheres soropositivas.

Fonte: Elaborado de acordo com as recomendações de GIBBS, 2009.

4.2.5 A Narrativa de Maria Aparecida: “Foi na quarentena, ele me deixou na cama e foi pra rua.”

“É que na verdade ele já tava com a doença, a aids ! Daí pô foi um baque né? Aí eu me desesperei, eu entrei em depressão, até hoje eu tomo remédio pra depressão. (...) Foi na quarentena, ele me deixou na cama como diz o outro e foi pra rua, com uns quatro homens(...) Depois ele me contou: ‘então aquela noite eu fui pra uma zona.’ (Maria Aparecida)

Assim como fizemos com as demais narrativas, apresentamos no Quadro 9 o resumo esquemático da narrativa de Maria Aparecida, que também se baseia nos elementos propostos por Gibbs (2009).

Quadro 9 – Resumo esquemático da narrativa de Maria Aparecida

Forma Narrativa	Maria Aparecida apresenta sua narrativa com prevalência da linguagem explicativa ao longo de sua construção, com vários momentos de linguagem retórica. Em termos de gênero dramático a narrativa de Maria Aparecida apresenta inicialmente momentos de tragédia, que se alternam com momentos de romance. No entanto, o gênero romântico é o que prevalece na classificação da dramaturgia de sua narrativa.
Eventos	Diagnóstico do HIV há 12 anos logo após o parto de sua filha; Foi infectada no resguardo pelo marido. Depressão, e isolamento inicial, não queria ver nem mesmo seu pai; Seguida de certa aceitação. Manteve seu casamento, por causa da filha e por ainda gostar um pouco do marido, apesar do apelo das irmãs para que se separasse. Adesão imediata aos medicamentos o que fez com que nunca ficasse doente. Doença e internação do marido; É acusada pelo sogro de ter sido a culpada pela infecção do casal com o HIV. Manteve-se ao lado do marido cuidando deste até sua morte. Passa a frequentar ONG/aids e grupos de apoio. Consegue aposentar-se após passar por momento de preconceito. Esconde a soropositividade da filha até o aniversário de 17 anos desta. Novo casamento com o marido que é sorodiscordante. Atualmente cuida da filha, do marido e do pai doente e frequenta grupos de apoio à pessoas vivendo com HIV.

Fonte: Elaborado de acordo com as recomendações de GIBBS, 2009.

4.3 As estratégias de análises desta investigação

Riessman (2008) afirma que geralmente pesquisadores/as iniciantes em estudos narrativos normalmente são ansiosos/as por definirem métodos que possam auxiliá-los/as tanto em seu objeto de investigação quanto nos processos de análise. No entanto, a autora, assim como De Fina e Georgakopoulou (2012), reconhecem que não é fácil fazer essa definição.

Como falamos anteriormente, a realidade é que não há um método único de análise narrativa e sim um arcabouço variado de estratégias metodológicas baseado em escolhas que são muitas vezes ecléticas ao combinar ideias e concepções que vêm de diferentes disciplinas (DE FINA; GEORGAKOPOULOU, 2012; RIESSMAN, 2008). Riessman (2008) é categórica ao afirmar que os/as estudantes que procuram por um conjunto de regras sobre como realizar uma análise de narrativas irão se decepcionar. Dentre essas várias abordagens possíveis, como anunciado no capítulo anterior, escolhemos as análises estrutural, dialógico-performativa e temática que descrevemos agora em detalhes.

4.3.1 A análise estrutural

A análise estrutural tem sua ênfase na estrutura das narrativas e possibilita ao/a pesquisador/a investigar de que maneira é dito o que o/a entrevistado/a diz, ou seja, se interessa pelo “como” se narra (RIESSMAN, 2008). Labov¹⁶ (2013), sociolinguista e um dos autores que trabalha com a análise estrutural de narrativas sugere que uma história completamente formada¹⁷ tem seis elementos narrativos, a saber: *resumo, orientação, ação complicadora, avaliação, solução e coda*, sugestão que também é utilizada por Gibbs (2009). Este autor, ao definir os elementos narrativos codificados por Labov, se utiliza de um quadro explicativo que reproduzimos a seguir (Quadro 10) para auxiliar numa melhor compreensão dos/as leitores/as.

¹⁶ Willian Labov é Sociolinguista, professor do departamento de Linguística da Universidade da Pensilvânia. Tem desenvolvido trabalhos sobre Narrativas desde a década de 1960. Seu texto de 1967 em coautoria com Joshua Waletzky, *Narrative analysis*, publicado no livro *Essays on the Verbal and Visual Arts*, editado por Helms, e reimpresso no periódico *Journal of Narrative and Life History*. Labov foi um dos fundadores de um novo modo de análise de narrativas.

¹⁷ Alguns/mas estudiosos/as de métodos narrativos, dentre eles/as James Paul Gee, conforme menciona Riessman (2008), têm exposto críticas a Labov e sua perspectiva totalmente dependente de uma “narrativa bem formada”.

Quadro10 – Elementos narrativos de Labov

Estrutura	Pergunta
Resumo	Síntese. De que se trata? Sintetiza a questão ou oferece uma proposição geral que a narrativa vai explicar. Nas entrevistas a pergunta do/a pesquisador/a pode cumprir essa função. Pode ser omitida.
Orientação	O momento, o lugar, a situação e os participantes da história. Diz quem, o quê, quando e onde. Informando o elenco, o cenário, época, etc. Expressões geralmente usadas: “foi quando...” ou “isso aconteceu quando eu...”
Ação Complicadora	A sequência de eventos, respondendo a pergunta: “E depois o que aconteceu?” Essa é a principal descrição de eventos centrais da história. Labov sugere que elas costumam ser lembradas no pretérito. A ação pode envolver momentos decisivos, crises ou problemas, além de mostrar como o/a narrador/a lidou com eles.
Avaliação	Responde à pergunta “e então?” Dá significado ou sentido à ação do/a narrador/a. Destaca a questão central da narrativa.
Solução	O que aconteceu afinal? O desfecho dos eventos, ou solução do problema. Expressões típicas são: “Então isso fez com que...” ou “É por isso que...”
Coda	Essa seção é opcional. Marca o fim da história e o retorno da fala ao tempo presente ou à transição à outra narrativa

Fonte: Elaborado segundo as definições utilizadas por Gibbs (2009), p.94.

Ao falar da importância de uma análise estrutural no processo de análise de narrativas Gibbs (2009) salienta que:

... a estrutura ajuda a entender como as pessoas dão forma aos eventos, como apresentam um argumento, qual sua reação aos eventos e como elas os retratam. Todos esses elementos podem ser usados como ponto de partida para exploração e análises adicionais (GIBBS, 2009, p.93).

Esses elementos narrativos que compõem a estrutura das narrativas fornecem importantes pistas analíticas que podem auxiliar o/a pesquisador/a na compreensão da forma de como as pessoas vivenciam, apresentam e retratam suas experiências cotidianas. No entanto, é preciso observar que este tipo de análise fornece, em última instância, elementos estruturais que nos dão uma visão do tipo de construção e estruturação narrativa realizada pelos/as narradores/as (GIBBS, 2009).

Existem algumas maneiras distintas de empreender uma análise estrutural de narrativas a partir da codificação desses seis elementos narrativos ao longo da construção narrativa. Labov (2013) apresenta alguns exemplos de exercícios analíticos nos quais codifica esses elementos em cada uma das linhas da narrativa. Outra proposta apresentada pelo autor é a codificação desses elementos em blocos maiores de narrativas, divididos em episódios. Este modo de codificação a partir de episódios foi a proposta escolhida para a realização da análise estrutural desta pesquisa. Na entrevista de Giselle foram codificados 16 episódios organizados no Quadro 11, onde destacamos os códigos utilizados para cada um deles e a descrição explicativa desses códigos.

Quadro 11 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Giselle

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 1 – Diagnóstico do HIV	Episódio no qual a entrevistada narra como foi a descoberta e o diagnóstico do HIV.
Episódio 2 – Gravidez do filho	Episódio no qual a entrevistada narra como foi a descoberta da gravidez de seu segundo filho após o diagnóstico do HIV.
Episódio 3 – Relação com a família	Episódio no qual a entrevistada narra a relação com sua família e de como esta lhe dá forças para viver com o HIV.
Episódio 4 – Militância e Ações contra o HIV	Episódio no qual a entrevistada fala da militância e das ações que realiza na luta contra o HIV.
Episódio 5 – A vida após o HIV	Episódio no qual a entrevistada fala de sua vida, seus sentimentos e sobre o transcorrer desta após o diagnóstico do HIV.
Episódio 6 – Morte	Episódio no qual a entrevistada fala de suas experiências e sentimentos em relação à morte.
Episódio 7 – Descoberta da infecção pelo companheiro com o HIV	Episódio no qual a entrevistada conta como foi a experiência de se descobrir infectada por seu companheiro com o HIV.
Episódio 8 – Morte do Marido	Episódio no qual entrevistada fala sobre a morte de seu marido, de seus sentimentos e vivências durante o processo da perda e após a morte do mesmo.
Episódio 9 – Amor, sexualidade e HIV	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a vivência do amor e da sexualidade após a descoberta do HIV.
Episódio 10 – Medo e violência contra a mulher soropositiva	Episódio no qual a entrevistada fala sobre os medos que tem de sofrer violência por homens devido à sua soropositividade, ou relata violências sofridas por ela ou outras mulheres em função de serem soropositivas.
Episódio 11 – Negociação e uso de preservativo	Episódio no qual a entrevistada fala sobre o uso e negociação do preservativo em suas experiências e na de outras mulheres.
Episódio 12 – Maternidade, direitos sexuais reprodutivos e HIV	Episódio no qual a entrevistada fala de maternidade, das dificuldades e sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV.
Episódio 13 – Vulnerabilidade de mulheres ao HIV e políticas	Episódio no qual a entrevistada fala da vulnerabilidade de mulheres ao HIV e das políticas de enfrentamento à aids.
Episódio 14 – Amor e Vulnerabilidade da mulher ao HIV	Episódio no qual a entrevistada fala da vulnerabilidade de mulheres ao HIV interligada à questão do amor romântico.
Episódio 15 – HIV e preconceito	Episódio no qual a entrevistada fala de preconceito e HIV.
Episódio 16 – Dificuldades na adesão ao tratamento contra o HIV	Episódio no qual a entrevistada fala sobre sua dificuldade na adesão ao tratamento, principalmente em relação ao uso das medicações.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise estrutural da entrevista narrativa de Patrícia foram codificados 10 episódios, organizados no Quadro 12, que apresenta a descrição explicativa dos códigos.

Quadro 12 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Patrícia (continua...)

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 1 – Diagnóstico do HIV	Episódio no qual a entrevistada narra como foi a descoberta e o diagnóstico do HIV.
Episódio 2 – Militância contra o HIV	Episódio no qual a entrevistada fala de sua participação nos grupos de militância contra o HIV.
Episódio 3 – Descoberta da infecção pelo companheiro com o HIV	Episódio no qual a entrevistada conta como foi a experiência de se descobrir infectada por seu companheiro com o HIV.
Episódio 4 – Amor e Vulnerabilidade da mulher ao HIV	Episódio no qual a entrevistada fala da vulnerabilidade de mulheres ao HIV interligada à questão do amor romântico.
Episódio 5 – Amor, sexualidade e HIV	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a vivência do amor e da sexualidade após a descoberta do HIV.
Episódio 6 – Negociação e uso de preservativo	Episódio no qual a entrevistada fala sobre o uso e negociação do preservativo em suas experiências e na de outras mulheres.

Quadro 12 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Patrícia (continuação)

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 7 – Relação com a família	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a relação com sua família e a revelação de seu diagnóstico para esta.
Episódio 8 – Dificuldades na adesão ao tratamento contra o HIV	Episódio no qual a entrevistada fala sobre sua dificuldade na adesão ao tratamento, principalmente em relação ao uso das medicações.
Episódio 9 – HIV e preconceito	Episódio no qual a entrevistada fala sobre o preconceito em relação às pessoas vivendo com HIV e seus familiares e sobre seus medos em relação a esta questão.
Episódio 10 – A vida após o HIV	Episódio no qual a entrevistada fala de sua vida, seus sentimentos e sobre o transcorrer desta após o diagnóstico do HIV.

Fonte: Elaborado pela autora

Na análise estrutural da transcrição da entrevista narrativa com Edna Demétrio foram codificados 15 episódios, organizados no Quadro 13, que apresenta a descrição explicativa dos códigos.

Quadro 13 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Edna Demétrio (continua...)

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 1 – Descoberta da infecção pelo companheiro com o HIV	Episódio no qual a entrevistada narra como foi a experiência de se descobrir infectada por seu companheiro com o HIV.
Episódio 2 – Gravidez e HIV	Episódio no qual a entrevistada narra como foi a experiência de receber o diagnóstico de positividade para o HIV, juntamente com a descoberta de sua primeira gravidez.
Episódio 3 – HIV e gravidez do segundo filho	Episódio no qual a entrevistada narra como foi a experiência de ter uma segunda gravidez após ter sido infectada pelo HIV e as dificuldades e preconceitos que enfrentou em função desta decisão.
Episódio 4 – HIV e segundo casamento	Episódio no qual a entrevistada narra como foi seu casamento e relacionamento com o segundo marido, e as dificuldades que teve que enfrentar no início desse relacionamento devido à sua soropositividade.
Episódio 5 – Vulnerabilidade ao HIV e informações	Episódio no qual a entrevistada narra como a falta de informação sobre o HIV e os testes para seu diagnóstico na década de 90, acabou fazendo com que ela e o primeiro marido se tornassem vulneráveis ao HIV e consequentemente soropositivos.
Episódio 6 – Vulnerabilidade ao HIV e Traição	Episódio no qual a entrevistada narra como a traição do primeiro marido contribuiu para sua vulnerabilidade ao HIV e sua consequente infecção com o vírus.
Episódio 7 - Casamento e cuidados das esposas com os maridos soropositivos	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a questão de muitas mulheres mesmo após serem infectadas com o HIV pelos maridos no casamento, optarem por manterem o casamento e cuidarem destes durante a doença.
Episódio 8 – HIV e culpabilização da mulher	Episódio no qual a entrevistada relata que muitas mulheres ainda hoje são culpabilizadas pela infecção com o vírus por seus maridos ou pelos familiares destes, quando na maioria dos casos a infecção foi causada por alguma causa associada a comportamentos destes maridos.
Episódio 9 – Negociação e uso do preservativo	Episódio no qual a entrevistada fala de sua experiência e a de outras mulheres com as quais tem acesso via militância sobre a dificuldade de negociação do uso do preservativo.
Episódio 10 - Vulnerabilidade e violência contra a mulher	Episódio no qual a entrevistada fala de questões relativas à vulnerabilidade e à violência contra a mulher nos relacionamentos amorosos.

Quadro 13 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Edna Demétrio (continuação)

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 11 – HIV e despreparo dos profissionais de saúde	Episódio no qual a entrevistada fala do despreparo de alguns profissionais da saúde para lidarem com o HIV, principalmente nos anos iniciais da epidemia e dos preconceitos que sofreu por parte destes em seus tratamentos contra o HIV.
Episódio 12– Amor, sexualidade e HIV	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a vivência do amor e da sexualidade após a descoberta do HIV através de suas experiências e as de outras mulheres com as quais tem acesso via militância.
Episódio 13 - HIV e relação com a família	Episódio no qual a entrevistada fala sobre sua relação com a família e as dificuldades de lidar com o HIV, sendo este um assunto que não é mencionado entre os membros.
Episódio 14 – Dificuldades na adesão ao tratamento contra o HIV	Episódio no qual a entrevistada relata as dificuldades e efeitos colaterais causados pelos remédios usados no tratamento contra o HIV.
Episódio 15 – Vulnerabilidade ao HIV e infidelidade	Episódio no qual a entrevistada fala de questões relativas à vulnerabilidade ao HIV e a infidelidade entre homens e mulheres nas relações amorosas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da estrutura da entrevista de Maria Medianeira codificamos 13 episódios, que apresentamos no Quadro 14, que também contém a descrição explicativa dos códigos utilizados.

Quadro 14 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Medianeira (continua...)

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 1 – Descoberta da infecção pelo companheiro com o HIV	Episódio no qual a entrevistada conta como foi a experiência de se descobrir infectada por seu companheiro com o HIV.
Episódio 2 – Fundação da ONG/Aids	Episódio no qual a entrevistada narra o trabalho de prevenção e adesão que realiza numa ONG/Aids com mulheres soropositivas
Episódio 3 – Medo e silenciamento das pessoas que vivem com HIV	Episódio no qual a entrevistada fala sobre o medo que muitas pessoas que vivem com HIV ainda possuem de se mostrar.
Episódio 4 – Vulnerabilidade ao HIV e casamento	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a vulnerabilidade das mulheres casadas ao HIV e do trabalho que realiza com essas mulheres de prevenção e/ou adesão.
Episódio 5 - Dificuldades de adesão ao tratamento e uso de camisinha entre Mulheres casadas soropositivas	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a dificuldade que encontra de sensibilizar as mulheres casadas soropositivas com as quais trabalha no CTA de Viamão sobre a necessidade de aderirem ao tratamento e de usarem camisinha.
Episódio 6 – HIV e gravidez	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a dificuldade enfrentada pelas gestantes soropositivas com as quais trabalha no CTA.
Episódio 7 – HIV entre mulheres, idade e classe social	Episódio no qual a entrevistada fala sobre o crescimento do HIV entre mulheres de todas as classes sociais e idades.
Episódio 8 – HIV e religiosidade	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a importância da fé para lidar com as dificuldades da soropositividade.
Episódio 9 – Reação de mulheres casadas ao serem infectadas pelos maridos	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a reação de muitas mulheres com as quais convive devido à militância ao saberem que foram infectadas com o HIV por seus maridos
Episódio 10 HIV e preconceito	Episódio no qual a entrevistada fala sobre o preconceito que ela e muitas mulheres sofrem em decorrência de serem soropositivas

Quadro 14 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Medianeira (continuação)

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 11 – Políticas e lutas na garantia de direitos	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a importância das políticas e as lutas para a garantia de direitos e atendimentos das mulheres vivendo com o HIV.
Episódio 12 – Vulnerabilidade de mulheres casadas ao HIV e amor romântico	Episódio no qual a entrevistada fala sobre questões relativas à vulnerabilidade de mulheres casadas o HIV /aids e como essa vulnerabilidade é influenciada por questões ligadas ao amor romântico.
Episódio 13 – HIV e luta pela vida	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a sua luta e amor pela vida apesar da soropositividade. E sobre a importância das mulheres se manterem ativas e corajosas

Fonte: Elaborado pela autora.

E, por fim, na análise estrutural da transcrição da entrevista com Maria Aparecida foram codificados 16 episódios, que apresentamos organizados no Quadro 15 a seguir, que assim como os outros já apresentados contém a descrição explicativa dos códigos utilizados.

Quadro 15 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Maria Aparecida (continua...)

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 1 – Descoberta da infecção pelo companheiro com o HIV	Episódio no qual a entrevistada conta como foi a experiência de se descobrir infectada por seu companheiro com o HIV.
Episódio 2 – Revelação da soropositividade à filha	Episódio no qual a entrevistada narra o momento em que revelou que era soropositiva para sua filha, durante seu aniversário de 17 anos.
Episódio 3 – Decisão de manter o casamento após infecção	Episódio no qual a entrevistada narra sobre a decisão de manter após o casamento após a infecção, pois ainda gostava um pouco do marido e principalmente por causa de sua filha.
Episódio 4 – Experiência de vida após o HIV	Episódio no qual a entrevistada fala de boas experiências de vida que teve após se descobrir soropositiva.
Episódio 5 – HIV e preconceito	Episódio no qual a entrevistada fala sobre o preconceito em relação às pessoas soropositivas e os que passou com a família de seu marido e com o médico que realizou sua perícia de aposentadoria.
Episódio 6 – HIV e mulheres casadas	Episódio no qual a entrevistada fala de histórias que ouviu nos grupos de pessoas vivendo com HIV e encontros que participou de mulheres casadas que foram infectadas por seus maridos.
Episódio 7 – Importância das ONGs	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a importância das ONG e dos grupos de apoio para as pessoas que vivem com HIV.
Episódio 8 – Relação com a família	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a relação com sua família e com o atual marido após o HIV.
Episódio 9 – Segundo casamento	Episódio no qual a entrevistada fala da dificuldade inicial para contar para o atual marido sobre sua soropositividade no começo do relacionamento e sobre o casamento com um parceiro sorodiscordante.
Episódio 10 – Negociação e uso do preservativo	Episódio no qual a entrevistada fala sobre sua experiência e a dificuldade de outras mulheres soropositivas na negociação e uso do preservativo.
Episódio 11 – Acesso ao tratamento	Episódio no qual a entrevistada fala sobre o acesso ao tratamento contra o HIV em sua cidade.
Episódio 12 – Preparo dos profissionais de saúde	Episódio no qual a entrevistada fala do bom preparo dos profissionais de saúde com os quais lida em seu tratamento contra o HIV.
Episódio 13 – Superação e expectativas	Episódio no qual a entrevistada fala sobre a superação do diagnóstico positivo para o HIV e das dificuldades iniciais deste e de suas expectativas em relação à sua vida e morte.
Episódio 14 – HIV e religiosidade	Episódio no qual a entrevistada fala da importância da fé e da religiosidade para a superação e a vida como soropositiva.

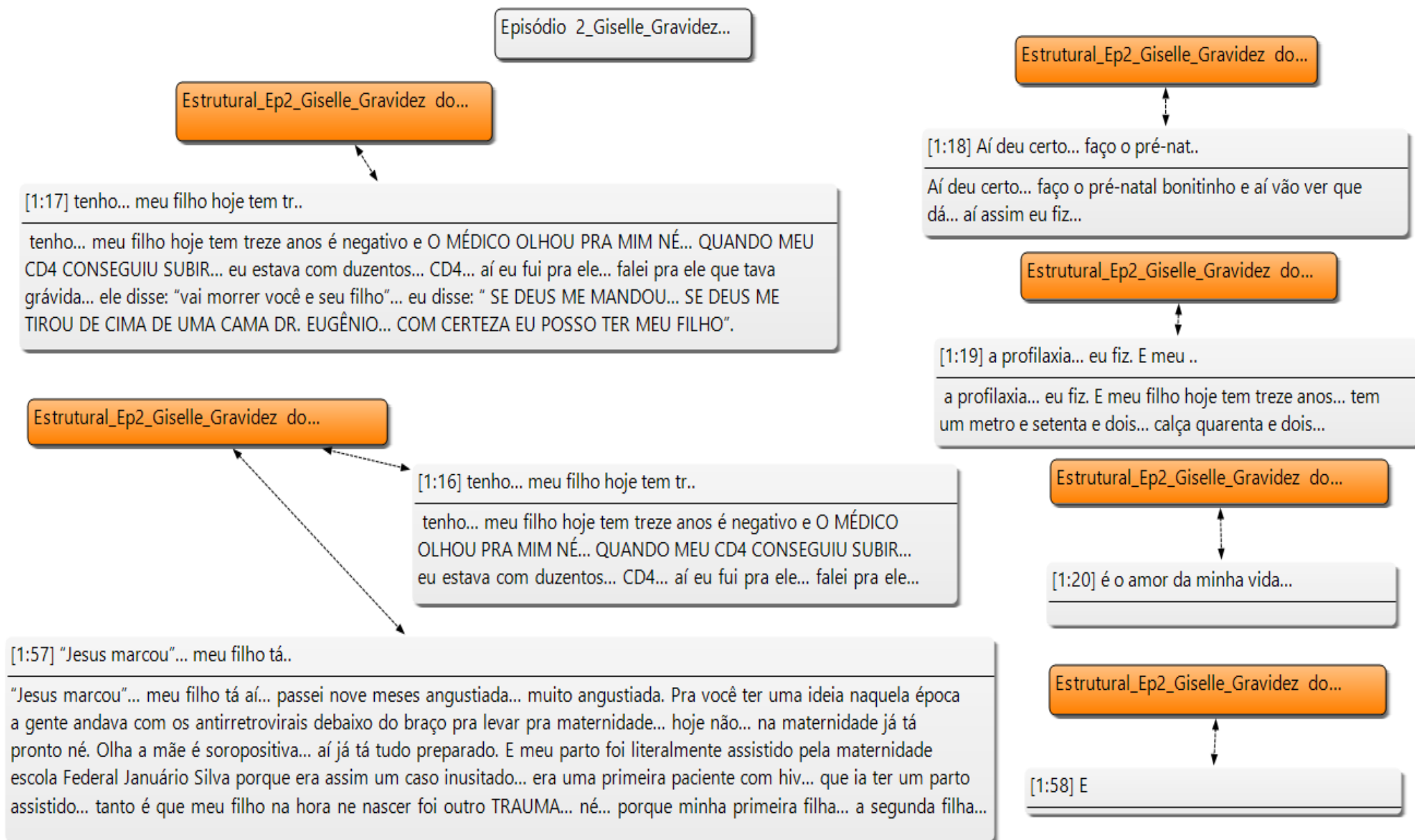
Quadro 15 - Caracterização dos episódios codificados na entrevista de Maria Aparecida (continuação)

Código utilizado para o episódio	Descrição da codificação do episódio
Episódio 15 – Doença e morte do primeiro marido	Episódio no qual a entrevistada fala do trauma que tem em relação à doença e morte do primeiro marido e de como teme ficar doente e morrer da mesma forma que ele.
Episódio 16 – Relação com os vizinhos e a família do atual marido	Episódio no qual a entrevistada fala sobre ter que manter em segredo sua soropositividade por temer perder suas relações com seus vizinhos e com a família do atual marido.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em todos esses episódios foram codificados os elementos estruturais caracterizados por Labov (2013) e descritos anteriormente. Cabe salientar que em cada episódio, podemos ter ou não a presença desses seis elementos, bem como um elemento estrutural pode aparecer mais de uma vez ao longo de um mesmo episódio, assim como uma mesma citação pode se referir a mais de um desses elementos. Com o auxílio do ATLAS.ti, *software* utilizado para organização das análises realizadas, apresentamos a Figura 1, que ilustra a identificação desses elementos no episódio codificado como “Episódio 2_Giselle_Gravidéz do Filho”. Este episódio foi escolhido por ilustrar uma estrutura narrativa onde podemos ver a presença dos seis elementos narrativos descritos por Labov (2013).

Figura 1 - Codificação dos elementos estruturais de Labov no Episódio 2_Giselle_Gravidez do Filho



Fonte: Dados da Pesquisa

A análise desses elementos nas narrativas nos forneceram importantes pistas sobre a dificuldade das entrevistadas em falar sobre determinado tema, a partir da identificação da interferência desses elementos na cadência das narrativas. Ao narrarem os episódios de descoberta da infecção pelo companheiro com o HIV, revelação da soropositividades aos filhos e/ou episódios em que falaram sobre amor, sexualidade e HIV, a estrutura das narrativas é marcada pela presença de vários momentos de pausas e/ou interrupções ou por uma coda que interrompe ou finaliza o episódio como se a narradora estivesse a meio caminho da história.

Em outros episódios como, por exemplo, negociação e uso do preservativo ou os ligados ao tema da vulnerabilidade ao HIV em relação com a conjugalidade, essa estrutura apareceu fortemente marcada por momentos de “Ação complicadora” e “Avaliação”. Outra pista que a análise estrutural das narrativas nos forneceu diz respeito à complexidade e aos desafios que envolvem as temáticas do preconceito, prevenção, políticas e ações de enfrentamento contra o HIV/aids. Na grande maioria das subtramas nas quais estes temas aparecem, a estrutura das narrativas aparece marcada por vários momentos de “Ação Complicadora”, “Orientação” e “Avaliação”, porém com poucos ou nenhum momento de “Solução”. Ou seja, a análise das narrativas das entrevistadas, mulheres que vivem com o HIV e que lutam pela garantia de seus direitos, demonstra que muito ainda tem que ser empreendido e conquistado na luta contra a epidemia e o preconceito em relação às pessoas soropositivas. Esses problemas tomam uma dimensão maior quando analisamos e levantamos a hipótese de que, nas narrativas das entrevistadas, esses temas possivelmente se tornam de certa forma atenuados pelo engajamento na militância, o que acreditamos que deva ser diferente na realidade de outras mulheres soropositivas que muitas vezes desconhecem seus direitos.

No processo de análise de narrativas outros elementos importantes além dos estruturais devem ser considerados para que este processo seja realmente efetivo revelando características, experiências e vivências das narradoras. Desta forma, é importante atentar para outros elementos como as performances e os temas presentes nas narrativas das entrevistadas. Para a análise desses tipos de elementos Riessman (2008) propõem além da análise estrutural, a dialógico-performativa e a análise temática.

4.3.2 A análise dialógico-performativa

Como mencionado anteriormente, a análise dialógico-performativa enfatiza o contexto de produção, a dimensão interacional e a performatividade nas narrativas, de forma que as seguintes perguntas devem ser colocadas ao trabalharmos com a perspectiva dialógica de análises: Para quem um enunciado pode ser direcionado? Como funcionam as histórias narradas? Para que servem? Quando? Por quê? A quem servem? Que “*eus*” se apresentam na dimensão dialógico-performativa das histórias?

Nesta análise a atenção se expande do olhar detalhado para a fala do/a narrador/a, assim são considerados desde os aspectos das narrativas tais como “o que é dito e como isso é dito” ao ambiente dialógico em toda sua complexidade. O contexto histórico e cultural, a audiência da narrativa e as mudanças de posicionamento do/a pesquisador/a ao longo do tempo são trazidos para a interpretação. Também é avaliada a linguagem, a partir da identificação das palavras e dos estilos selecionados pelos/as narradores/as para recontarem suas experiências, esta deve ser questionada, porém não tomada em seu valor nominal.

Outros aspectos relevantes que devem ser considerados ao se trabalhar com a análise dialógico-performativa dizem respeito ao tipo de relação dialógica que é empreendida na relação pesquisador/a-pesquisados/as, o que possibilita compreender as narrativas como “atuações dramáticas” direcionadas a um “público alvo”. Assim, deve-se levar em conta o ambiente dialógico no qual a narrativa é produzida, em toda a sua complexidade, e considerar que o/a pesquisador/a se torna uma presença ativa no texto. A ênfase no desempenho sugere ou relembra que os processos subjetivos dos/as participantes são situados, dramatizados e direcionados a uma audiência determinada. Ou seja, ao nos referirmos às narrativas como “atuações dramáticas”, e enfocarmos sua performatividade, não sugerimos que estas sejam inautênticas, mas sim que se situam e são realizadas com vistas às possíveis respostas dos/as interlocutores/as. Nas palavras de Riessman (2008), para se apresentar uma narrativa,

(...) não se pode ser um “self” por si mesmo, em vez disso, as identidades são construídas como ‘espetáculos’ para persuadir. Performances são expressivas, são performances para os outros. Por isso, a resposta do ouvinte (e em última análise, do leitor) está implicada na arte da narração. (RIESSMAN, 2008, p.106)

Esta análise se baseia em tradições teóricas que enfatizam a importância da interação como o *interacionismo simbólico* e em menor medida com alguns aspectos da *análise conversacional*, embora diferentes estas tradições compartilham o interesse na realidade social e em como esta é construída através da interação (RIESSMAN, 2008).

Ao apresentar o processo de análise dialógico-performativa Riessman (2008) descreve formas retóricas de persuasão e alguns recursos linguísticos de desempenho que devem ser observados e codificados na realização deste tipo de análise. São estes: o *Discurso direto (Fala relatada)*, o *Ventriloquismo*, a *Interlocução*, a *Sobreposição de discursos*, a *Repetição*, o *uso de Sons expressivos*, o *estilo Narrativo Heroico*, o *Uso Performativo de Tempos Verbais*, as *Interrupções e Pausas*, o *uso de Inflexão (mudança de entonação e força pessoal)*, apresentação do “*Self Preferido*”.

O *Discurso direto (ou fala relatada)* tem como função reconstituir diálogos e ações das personagens em cena, dando credibilidade e veracidade às narrativas. Este tipo de recurso busca ainda a construção do envolvimento entre o/a narrador/a e o/a interlocutor/a e da factualidade do relato, dando ao/à interlocutor/a “acesso direto” ao evento narrado. Riessman (2008) afirma que o uso do discurso direto é mais do que uma simples rotina ou uma questão de economia linguística. Este funciona como um poderoso mecanismo de envolvimento, trazendo a audiência para dentro da história. Segundo a autora, a fala relatada é o indício mais claro de que narrar uma história é se engajar em uma atuação dramática. Nos trechos abaixo analisados, retirados das narrativas de Giselle e Maria Aparecida podemos identificar performances e identidades apresentadas com a utilização desse recurso.

E eu chutei o pau da barraca e disse assim: “Não... não vou mais tomar medicação”... aí eu tomava a medicação hoje... daqui a três dias não tomava mais... aí fui falhei... que a gente chama de falha né. Falhei a adesão. Aí fui pra segunda... tomava medicamento do mesmo jeito... tive uma convulsão... porque eu tomava cachaça e remédio junto. Cachaça que eu digo bebida...né? E... quando eu fiz uma genotipagem meu CD4¹⁸ tava caindo...caindo... caindo... mesmo eu tomando a medicação... genotipagem é um exame que faz para ver a sensibilidade do vírus com a medicação né... no seu corpo. E o médico olhou pra mim e disse: “oh... tem mais nada pra você aqui”((fala do médico))... aí eu: “Pelo amor de Deus... não faça isso comigo não... não faça isso comigo não... eu tô aqui” ele disse: “agora... agora você tá aqui”((fala do médico)). Aí ele disse: “vamos ver o que dá pra fazer aqui”((fala do médico)). (Giselle)

E quando ele começou a ficar doente que a gente começou a descobrir... aí quando assim que mais ou menos ele foi aceitando aí eu comecei a fazer interrogatório com ele... entendeu?=-... aí eu sabia assim mais ou menos depois daquela noite...aí eu comecei daí eu

¹⁸ “Grupamento de diferenciação 4 ou em inglês Cluster Differentation. Quando uma pessoa tem o diagnóstico de HIV, a contagem de CD4, a percentagem de CD4 e a relação CD4/CD8 são usadas para avaliar o progresso da doença. Os linfócitos CD4 são o principal alvo do HIV, e seu número diminui com a evolução da doença.” Informações disponíveis em: <<http://www.labtestsonline.org.br/understanding/analytes/cd4/tab/test/>>

disse: “Pô...o que que aconteceu? Como foi que aconteceu isso?” aí ele: “porque que tu quer saber?((fala do marido))... E eu: “ Eu quero saber... eu tenho esse direito eu sou sua mulher... porque você me infectou... por pouco tu não infectou a filha... então eu quero saber sim...” aí eu fui ameaçando ele... aí ele pegou e contou... “não... tu lembra aquela noite... assim e tal... eu fui com fulano com bertano... nós saímos”((fala do marido))... aí eu: “lembro”... “ então aquela noite eu fui pra uma zona...”((fala do marido)) que naquela época eles falavam assim né? “ eu vou... eu fui pra uma zona...”((fala do marido)) e a partir daquele momento ele começou a se sentir mal. (Maria Aparecida)

O *Ventriloquismo*, segundo Riessman (2008), é uma noção que se aproxima dos conceitos de apropriação e polifonia cunhados por Bakhtin¹⁹. A apropriação, de acordo com Brandão (2004), é o processo através do qual nos manifestamos usando a voz do/a outro/a. Trata-se do/a narrador/a falando por meio de um/a outro/a, se alinhando ou se distanciando dele/a. Já a polifonia, segundo esta mesma autora, pode ser caracterizada como um tipo de discurso textual em que se deixam mostrar muitas vozes sociais, neste discurso, existe, portanto, uma tensão entre a palavra própria e a palavra alheia. Nas palavras de Bakhtin (2010):

Nosso discurso, isto é, todos os nossos enunciados (inclusive as obras criadas) é pleno de palavras dos outros, de um grau vário de alteridade ou de assimilabilidade, de um grau vário de aperceptibilidade e de relevância. Essas palavras dos outros trazem consigo a sua expressão, o seu tom valorativo que assimilamos, reelaboramos, e reacentuamos (BAKHTIN, 2010, p. 294-295).

E será a partir da apropriação que vamos tornando nossas as palavras que eram alheias, como lemos em Bakhtin em outro de seus textos.

A palavra da língua é uma palavra semi-alheia. Ela só se torna “própria” quando o falante a povoa com sua intenção, com seu acento, quando a domina através do discurso torna-a familiar com sua orientação semântica e expressiva. Até o momento em que foi apropriado, o discurso não se encontra em uma língua neutra e imparcial (pois não foi do dicionário que ele é tomado pelo falante!), ele está nos lábios de outrem, nos contextos de outrem e a serviço das intenções de outrem: e é lá que é preciso que ele seja isolado e feito próprio (BAKHTIN, 1934-35/1993, p.100).

¹⁹Bakhtin valoriza justamente a fala, a enunciação, e afirma sua natureza social. Para este, a fala está indissoluvelmente ligada às condições da comunicação, que, por sua vez, estão sempre ligadas às estruturas sociais. A fala para Bakhtin é ainda o motor das transformações linguísticas, donde advém na concepção do autor que a palavra é a arena onde se confrontam aos valores sociais contraditórios. (BAKHTIN, 2006).

A análise do trecho narrativo que se segue, retirado da entrevista com Patrícia, demonstra a utilização deste recurso, realizado pela narradora, ao se apropriar e empregar o discurso militante para falar das formas de transmissão do HIV.

E aí... por que assim... até tu ter... até tu participar das reuniões e ver que não é assim... que tu pode pegar numa transfusão de sangue... e tudo... pra mim quem tinha HIV era uma pessoa promíscua... era drogado...sabe... então... EU NÃO ADMITIA ISSO²⁰. Aí eu vi que não... que não era isso... que num é assim... tem tantas mulheres que pegaram HIV por questões de sangue... por transfusão... por causa de um erro médico... por causa de um... sei lá... qualquer outra coisa... num é só a promiscuidade ou então as drogas. (Patrícia)

A *Interlocução* é um tipo de recurso linguístico que pressupõem a existência de sujeitos que se comunicam, para um diálogo ativo, a partir de uma situação em que se encontram. É o recurso através do qual mais podemos apreender a relação entre o/a narrador/a e o/a pesquisador/a. É também o recurso através do qual o/a narrador/a situa o/ a pesquisador/a como espectador/a que deve acompanhar o evento narrado. Para isto ele/a muitas vezes se utiliza de expressões como: “Você sabe?”; “Entendeu?”; “né?”; “Respondi o que você perguntou?” Este recurso em alguns momentos da narrativa também pode ser usado pelo/a narrador/a com o intuito de manter a atenção do/a pesquisador/a à história narrada. Os fragmentos que se seguem foram retirados das entrevistas de Giselle e Edna e mostram esse momento de interlocução entre a pesquisadora e as entrevistadas. Essas interlocuções são utilizadas pelas entrevistadas com o intuito de posicionarem a pesquisadora como espectadora em relação aos sintomas experienciados por estas na convivência com a aids e em relação aos avanços em seu tratamento. As análises dessas interlocuções demonstram ainda performances que sutilmente tencionam os supostos “lugares de saber” sobre a aids nesta relação pesquisadora-entrevistadas.

Giselle: (...) *Porque eu sentia muita dor de cabeça... muita... mas era muita... não era aquele negócio assim pouquinho não. Aí o médico pediu uma tomografia... eu fiz tudo... a empresa me emprestou o dinheiro pra fazer na época e deu neurotoxoplasmosse... Sabe o que é né?*

Patrícia: Não.

²⁰ As falas com tom enfático são grafadas em maiúsculo na transcrição adotada. No apêndice F apresentamos as regras de transcrição utilizadas nesta investigação.

Giselle: *É uma doença oportunista né... a neurotoxicoplasmose que chama... a minha foi neuro... e tem pessoas que recebem... que têm a toxicoplasmose. Então a toxicoplasmose ela pode aparecer em qualquer canto... no cérebro aí chama neuro... e tem gente que fica com sequelas. Tem uma menina aí na sala... que ela tem uma deficiência no braço... acho que tem uma ou duas... que foi justamente a toxico né... que deixou uma sequela nela... que é uma doença oportunista toxicoplasmose. Eu tive a neurotoxico que era pra mim ficar cega... não fiquei cega.*

Patrícia: *Como aquela cidadã que falou hoje mais cedo.*

Giselle: *PRONTO... ISSO COMO ELA... o problema dela foi neurotóxico que ela ficou cega.*

Edna: *Há uma espécie de confiança no caso... então aí acaba aos poucos indo tirando... mas não sei se você tem acompanhado as notícias... assim... porque... cê viu que agora a pessoa que descobre ser positiva já tem que começar a medicação... não sei se você tem acompanhado?*

Patrícia: *ham... ham... sim.*

Outro recurso que também pode expressar a relação pesquisador/a-narrador/a é a *Sobreposição de discursos*. Muitas vezes, esta sobreposição aparece ao longo da narração demonstrando a interação dos/as envolvidos/as na entrevista, evidenciando um tipo de diálogo que por vezes se aproxima mais de uma conversa do que propriamente de uma entrevista, marcada pela alternância do sistema pergunta-resposta. É importante destacar que estas sobreposições podem aparecer também como marcação de ansiedade e/ou impaciência de um/a dos/as envolvidos/as no processo de entrevista. Podemos ver momentos de sobreposição de discursos no trecho da entrevista de Patrícia destacado abaixo. A análise dialógico-performativa da sobreposição presente neste trecho mostra a ansiedade da entrevistada em retomar a fala e reforçar sua posição sobre o assunto em questão.

Patrícia (pesquisadora)²¹: *Você falou um pouco assim... do momento de tomar a medicação... a dificuldade com a adesão ao tratamento... a realidade=*²²*... de se deparar com a realidade*

Patrícia (cidadã posithiva): *=BEM COMPLICADO= muito complicado... por que até... ahan... num sei se de repente pra mim que não tomo muito remédio assim... mas... aí TOMAR TRÊS COM-PRI-*

²¹ Para facilitar a compreensão dos turnos de fala em que “as Patrícias” conversam, as adjetivações “pesquisadora” e “cidadã posithiva” serão mencionadas.

²² As marcações com o símbolo de “igual” (=) nesse formato de transcrição adotado indicam sobreposição ou simultaneidade de vozes. O símbolo de igual é usado imediatamente após e antes do ponto em que houve a sobreposição. Como já mencionado no apêndice F apresentamos as regras de transcrição utilizadas nesta investigação.

MIDOS de uma vez só ((fala demonstrando certa impaciência))... e aquele cheiro... e de tu saber que é por causa do HIV... que não tem cura... que te dá um monte de coisa... pode acontecer um monte de coisa contigo... SABE... ENTÃO VEM TUDO ASSIM NA TUA CABEÇA...

Sobre a *Repetição*, este recurso ocorre quando o/a narrador/a utiliza da repetição de palavras, ideais ou expressões ao longo da narrativa, muitas vezes com o intuito de enfatizá-los. O/A pesquisador/a deve estar atento/a à repetição de palavras nas histórias, que ajudam a identificar a transformação pessoal ao longo das experiências narradas por seus/as entrevistados/as. A repetição pode aparecer também como pontos de resolução de conflitos. Os trechos retirados de vários momentos da entrevista com Patrícia, e dois trechos retirados da entrevista narrativa com Medianeira demonstram as repetições utilizadas pelas narradoras. Analisando esses trechos, identificamos que Patrícia utiliza o recurso para justificar e enfatizar a repetição da ideia de que sua infecção como o HIV não se vincula a comportamentos ligados à promiscuidade. Medianeira, no fragmento seguinte ao de Patrícia, utiliza uma repetição literal de palavras, para marcar enfaticamente que seu marido sabia que era soropositivo e mesmo assim a infectou com o vírus.

*Ah... assim... eu tive vontade de matar... né. Porque assim... como é que ele podia fazer isso comigo? Sabe... ahn... eu nunca... eu nunca²³ tive assim uma vida como é que eu vou te dizer... é...((pausa 3s)) aí num é... ((pausa 3s))... aí fugiu a palavra... ((pausa3s))...mas eu sempre tive assim... que nem tem agora... **que nem as gurias de agora né... elas saem... vão pra um baile e aí já fica com três ou quatro... já vão pra um cantinho... já transa... já... sabe... eu nunca fui assim... eu fui fiquei paquerando... sabe... ficava assim... eu... pra mim entregar assim no sexo era mais difícil... e aí depois ele chegar e me falar um troço desse.***

[...]

*porque eu sempre fui assim né... ahan... eu pegava saía pro serviço ... trabalhava ... pegava minha filha na creche e ia pra casa... **eu era uma pessoa mais tranquila... num fui assim uma pessoa mais agitada... coisa... e aí depois disso...**(Patrícia)*

*Porque **ele sabia... ele sabia** e não tinha me dito nada né? Se fosse os dias de hoje que tivesse acontecido eu podia ter denunciado ele né? Porque hoje é crime*

[...]

²³ As repetições encontradas foram negritadas nos trechos narrativos.

Sabia... e a família também sabia... talvez se eles me dissessem... hoje seria muito melhor né... (Medianeira)

O uso de *Sons expressivos* se trata de um recurso utilizado pelos/as narradores/as muitas vezes para sinalizar momentos de crise ou pontos de virada principal na ação narrada, estes podem aparecer também em momentos de exaltação, extrema alegria, comoção ou tristeza. Um exemplo da utilização deste tipo de recurso pode ser percebido, por exemplo, quando o/a narrador/a imita sons de ações como choro (snif, sniff); gargalhadas (Ha...ha...há), fala (bababá... bababá... bababá ou blá...blá..blá) ou mesmo o som de ações como urinar (shiii.....iiii), bater (pá... pá... pá). Podemos ver esse recurso nos trechos expostos adiante das narrativas de Giselle e Maria Aparecida. A análise desses trechos demonstra que os sons expressivos foram utilizados em momentos de emoção experienciados pelas narradoras em situações de luto, luta contra o HIV ou revelação da soropositividade a um novo parceiro íntimo.

Aí foi dito e feito. Minha mãe já tinha morrido... e ela no sonho... no sonho não... na nossa comunicação... Ela dizia: “Li... oh Li...” ela me chamava de Li... “Li... oh Li... num deixa eu ir... eles tão me levando... eles tão me levando... eles tão me levando”... quando ela disse: “eles tão me levando”... me irmã bate na rede... pá... pá ((ela bate na bancada ao nosso lado fazendo o barulho))... e ela sabe que eu sou assombrada por esse negócio de morte né. Era né... hoje eu recebo com mais tranquilidade...

[...]

(...) EU GISELLE JAMAIS EU IRIA INFECTAR O MEU PARCEIRO QUE EU AMO E PORQUE ELE QUER. Tem mulheres que o parceiro quer transar sem camisinha e elas transam... e eu digo: “GENTE CÊ TÁ DOIDA” “mas ele quer” EU DIGO “NÃO INTERESSA CARA... VAI SER RUIM PRA VOCÊ... SEI LÁ SE ELE NÃO SAI COM OUTRA LÁ FORA... VAI PEGAR UM PROBLEMA MAIOR E TE COLOCAR”... “Ah mais ele quer eu transo sem camisinha mesmo” ((pausa de 3s)) ((bate palmas)) “Parabéns pra você... então sai do ativismo bicho” eu sou assim... “o quê que você está fazendo no ativismo? Se você não faz adesão o quê que você está fazendo no ativismo?” (Giselle)

(..) aí o doutor veio... aí o doutor veio e comentou que ele... ele tava com a doença... bábábá... bábábá... “aí assim... eu gostaria que você participasse e fizesse o exame com você... pra ver se você realmente tem” ((fala do médico do marido)).

[...]

FOI COMPLICADO... FOI... porque assim eu conheci ele... aí eu falava pro meu psicólogo né? Lá... o psicólogo conhecia ele também... eu tô com fulano... mas eu só tô conhecendo ele... a gente só tá conversando... mas eu sei que lá uma hora ele vai partir pro relacionamento e o quê que eu faço? Aí um amigo da ONG disse pra mim: “QUÊ QUE TU FAZ?” ((fala do amigo da ONG)) ... ele é bem engraçado assim... “QUÊ QUE TU FAZ? TU CONTA A VERDADE... tu diz que é soropositiva ... se ele realmente quer ficar contigo... gosta de ti... e quer viver contigo ELE VAI TE ACEITAR... e se realmente ele achar que tem problema de tu ser soropositiva... blá...blá...blá... no mínimo tu vai levar um pé na bunda ” ((fala do amigo da ONG)).
(Maria Aparecida)

O *estilo narrativo heroico* é um tipo de recurso utilizado no modo de narração no qual o/a entrevistado/a narra seu processo de superação diante de suas experiências de vida, e o apresenta de maneira heroica e por vezes até supervalorizada ou romantizada. Vemos a utilização desse recurso nos trechos narrativos das narrativas de Giselle e Medianeira. A análise performativa desses trechos narrativos mostra a utilização do estilo narrativo heroico na tentativa das entrevistadas de marcarem como superaram o impacto inicial da notícia de soropositividade.

E num certo dia eu num queria tomar o remédio... num queria tomar o remédio... num queria tomar remédio de jeito nenhum e eu cheguei a ir pro hospital ... me lembro como se fosse hoje... eu tinha dois reais na carteira. Foi justamente dentro do táxi... peguei um táxi caí na porta do hospital. Passei três dias... praticamente... eu acho que em coma... porque aí você passa três dias dormindo... ou nem em coma.. como que chama o outro nome que se dá? Aí no terceiro dia me identificaram com documento... consegui acordar tava no soro... já tava tomando antibiótico tudo. E... consegui acordar... me perguntaram meu endereço... telefone das pessoas... quando eu já estava lá dentro. Quando eu vim a acordar... aí eu fui isolada porque eu estava entre a vida e a morte... eu num defecava mais... saía só água e nada mais. E foi aquilo que eu falei... um certo dia... alguma coisa... o Espírito Santo... eu não sei... resolveu me tirar dessa situação... né... as orações da minha mãe que ela é como eu falei... ela era médium. E o médico disse: “ora”... eu era pele e osso... botava sabonete aqui... ((mostra o colo)) botava sabonete aqui ficava... eu era uma saboneteira. E... saí do hospital e disse pra mim mesma: “que jamais eu entraria ali pra me internar” e há vinte anos eu não me interno. (Giselle)

É deu uma revolta dentro... revolta ... eu fiquei muito mal mesmo...sabe? eu não queria mais nada...só ficar dentro de casa...eu

não queria sair... eu parecia que as pessoas tavam vendo que eu tava doente... e isso foi quase um ano... depois eu comecei a participar de um grupo de positivas ... vi que as outras pessoas eram iguais a mim... estão felizes da vida... vivendo... e eu continuei a minha vida.

[...]

eu acho que é só isso... Assim pras mulheres... CORAGEM... vida ativa... nós somos muito fortes. Né? Que eu amo a vida. Né? E eu digo VIVA A VIDA. (Medianeira)

O uso *performático dos tempos verbais* trata-se da utilização do tempo verbal da narrativa alternando-o entre passado e presente. Histórias são tipicamente contadas no passado, mas ao utilizar-se desse tipo de recurso geralmente o/a narrador/a alterna passado e presente histórico em momentos-chave. O exemplo abaixo extraído da entrevista de Giselle ilustra bem a utilização deste tipo de recurso.

*(...) tenho meu filho, hoje ele tem treze anos. É negativo. Quando meu CD4 conseguiu subir, eu estava com duzentos de CD4. Aí eu fui à uma consulta e falei com o médico que estava grávida. Ele disse: “vai morrer você e seu filho” eu disse: “se Deus me mandou, se Deus me tirou de cima de uma cama doutor, com certeza eu posso ter meu filho!”. Aí deu certo, **faço**²⁴ o pré-natal bonitinho e aí vão ver que dá. E aí assim eu **fiz**. (Giselle)*

É possível observar a alternância do tempo verbal “faço” referindo-se a uma ação no presente, com o tempo verbal “fiz” no passado. A análise deste trecho mostra a utilização feita pela entrevistada do recurso mencionado na narrativa de um dos momentos-chave da história de sua soropositividade, a saber, o despreparo de seu médico diante da descoberta de sua segunda gravidez.

Observamos a utilização desse mesmo recurso na narrativa de Maria Aparecida ao utilizar performaticamente o verbo “ser” alternando-o entre passado e presente para marcar como *é/foi* uma mulher guerreira que cuidou do marido até sua morte.

*Eu jamais consigo esquecer tudo o que aconteceu comigo porque **eu fui** uma mulher... **eu fui** não...**eu sou**... não é que eu quero me gabar... **eu sou** uma mulher guerreira... batalhadora e guerreira... porque mesmo eu tendo... mesmo eu tendo contaminada... eu fiquei 6 meses com ele dentro do hospital... vendo o final dele... né ... (Maria Aparecida)*

²⁴ Negritamos no trecho narrativo os tempos verbais que foram utilizados performaticamente.

A ocorrência de *Interrupções e Pausas* pode acontecer por diversas razões, como uma dificuldade do/a entrevistado/a de falar sobre determinado assunto, momentos de emoção ou mesmo por intercorrências do local onde é realizada a entrevista. Na transcrição dos trechos a seguir marcamos momentos de pausa ou interrupção nas narrativas das entrevistas. Analisando esses trechos identificamos que no primeiro momento a interrupção acontece em decorrência do receio da entrevistada de que outras mulheres que passavam pelo local pudessem escutar sua história. No segundo, terceiro e quarto trechos temos pausas e interrupções ocorridas por momentos de emoção e certa dificuldade das entrevistadas em falar sobre assuntos como: as dificuldades da vivência do amor após a soropositividade, a revelação desta à filha, e a infecção proposital com o HIV causada pelo ex-namorado .

eu entrei em depressão... o médico... o infectologista que tava... que começou a me atender que foi a Dr.[Júlia] ((nome fictício para médica da entrevistada)) ela... me... me receitou... até no início que eu não precisava tomar o coquetel... né ...tá vindo gente ((fala em tom baixo))... ((pausa de 20s feita pela entrevistada, para a passagem de algumas cidadãs que transitavam perto do local da entrevista))... e aí... mas aí ela me receitou por causa da depressão né... remédios anti depressivos... o... o... mais comum fluoxetina né... (Patrícia)

(...) E.... mas é mais difícil quando você se olha no espelho e diz assim: “Poxa eu queria um grande amor na minha vida, mas eu tenho HIV, como é que eu vou falar pra ele?” ((pausa de 3s)) É difícil ficar só ((choro)) ((pausa de 4s)) mas não é impossível... né? Eu tento me agarrar com outras coisas... pensar em outras coisas... (Giselle)

Aí Patrícia, fui enrolando... fui enrolando... fui enrolando... aí fez... ela fez a primeira comunhão... aí eu dizia pro meu psicólogo: “essa semana eu vou contar pra ela... fez a primeira comunhão eu não contei... vou deixar ela triste... fez a crisma eu não contei... porque eu ia deixar ela triste... fez os 15 anos... não contei porque ela ia ficar triste... quando ela fez os 17 anos... aí... eu não fiz festa assim grande né... fiz um bolinho pra ela assim em casa... aí uma hora eu saí ... ((pausa2s)) aí no outro dia... no outro dia acabou a festa... ela chegou conversou comigo... daí ela assim: “mãe ... ((pausa 2s))... eu vou só te perguntar uma coisa...”((pausa de2s))... aí ela foi... “A MÃE PENSA QUE A MÃE ME ENGANA” ((fala da filha))... e até eu fiquei assim meia... eu me fechei assim né... aí ela: “A MÃE PENSA QUE A MÃE ME ENGANA? A MÃE NÃO TÁ ME ENGANANDO” ((fala da filha)) ... aí eu: “MAS TE ENGANANDO DE QUÊ Filha? “Mãe eu sei ...”((fala da filha)) ... porque... porque eu dizia pra ela Patrícia... não... que o pai dela tinha morrido de câncer... até ali no momento né. (Maria Aparecida)

O uso de *Inflexão*²⁵ (*mudança de entonação e força pessoal*) é um recurso utilizado pelos/as entrevistados/as para enfatizarem determinado evento em sua narrativa, dando a este certo tom de dramaticidade e/ou emoção. Um dos aspectos marcantes desse recurso é a mudança de entonação empreendida nas falas. Ao analisarmos os trechos abaixo identificamos esse recurso nas narrativas de Giselle e Edna. Giselle o utiliza ao falar sobre a negociação do preservativo com um namorado com o qual manteve relacionamento após a morte de seu marido e enfatizar seu posicionamento. Enquanto Edna o utiliza ao falar da gravidez e da descoberta da soropositividade para ela e seu primeiro marido, enfatizando os sentimentos de ambos.

falei pra ele que tinha o problema... porque ele queria transar comigo sem camisinha... ele achava como eu era dona de casa...né? Já tinha filhos... tinha minha responsabilidade... era viúva... e nada podia acontecer com ele. Ai eu falei: “NÃO, DE JEITO NENHUM”²⁶ e mesmo naquele momento eu disse vou ter que dizer: “Ou eu vou levar um tiro... ou uma porrada na cara... ou sei lá o quê”... mas em nenhum momento eu me desprecavi com ele... NENHUM MOMENTO... DESDE A PRIMEIRA RELAÇÃO QUE EU TIVE COM ELE ATÉ O MOMENTO DE EU DIZER PRA ELE... NUNCA FOI SEM CAMISIHA... NUNCA. E também entre nossa relação... por incrível que pareça desde o primeiro nunca teve o sexo oral... dele para comigo... porque eu nunca deixei. O MEDO ERA TAMANHO NÉ... ELE ERA JOVEM... É JOVEM. (Giselle)

Bom havia uma preocupação GRANDE... como... é... como vencer a situação e com relação à criança... a criança também podia ser infectada... será que ela também iria se infectar? Então é um cuidado grande... eu apesar de poucos recursos eu fui atrás... até a falta do próprio parceiro... porque como eu disse ele surtou e caiu no mundo... saiu pra viajar e acabou não participando não... mas ele teve doente fora... foi pra Bahia e na Bahia e ele deu uma tuberculose... depois a mãe dele contou pra mim...foi difícil pra ele... MAS PRA MIM... se eu falar pra você esse acompanhamento com o psicólogo não foi tão assim ruim... sabe? Porque eu tinha um... um apoio. Pra ele foi pior... porque ele não procurou esse apoio ... NÃO TINHA APOIO... (Edna)

Por fim e não menos importante, a apresentação do “Self” preferido, expressa o modo como as/os entrevistadas/os preferem “estrategicamente” se apresentarem aos/às interlocutores/as para que estes/as possam se colocar de forma empática no “seu lugar”. Com

²⁵ Para a identificação deste recurso linguístico nas narrativas é interessante analisar simultaneamente arquivos de áudio e texto. Essa possibilidade de análise é facilitada através de um novo recurso disponível na versão 7 do software ATLAS.ti, como destaca Frieze (2014).

²⁶ As falas com mudança de entonação e uso de tom enfático são marcadas no modelo de transcrição adotado pela utilização da grafia maiúscula das palavras, como descrito no Apêndice F.

o auxílio do Quadro 16, apresentamos os *selves* preferidos que identificamos nas entrevistas de cada uma das narradoras ladeados de um pequeno trecho da narrativa que os expõem.

Quadro 16 – Análise dialógico-performativa dos “eus” (*selves*) preferidos das entrevistadas (continua...)

Ent.	Self Preferido	Trecho Narrativo
Giselle	A guerreira	<p>E o médico disse.. ora.. eu era pele e osso... botava sabonete aqui... botava sabonete aqui ficava... eu era uma saboneteira. E... saí do hospital e disse pra mim mesma: “que jamais eu entraria ali pra me internar” e há vinte anos eu não me interno.</p> <p>[...]</p> <p>tenho... meu filho hoje tem treze anos é negativo e O MÉDICO OLHOU PRA MIM NÉ... QUANDO MEU CD4 CONSEGUIU SUBIR... eu estava com duzentos... CD4... aí eu fui pra ele... falei pra ele que tava grávida... ele disse: “vai morrer você e seu filho”... eu disse: “SE DEUS ME MANDOU... SE DEUS ME TIROU DE CIMA DE UMA CAMA DOUTOR... COM CERTEZA EU POSSO TER MEU FILHO”. Aí deu certo... faço o pré-natal bonitinho e aí vão ver que dá... aí assim eu fiz... aí toda a história de tomar remédio na veia antes do nascimento do bebê... ele tomou o xarope né... que tem que fazer todo esse... a profilaxia... eu fiz. E meu filho hoje tem treze anos... tem um metro e setenta e dois... calça quarenta e dois... é o amor da minha vida...</p>
Patrícia	A mulher “Direita”	<p>Sabe... ahn... eu nunca... eu nunca tive assim uma vida como é que eu vou te dizer... é...((pausa 3s)) aí num é... ((pausa 3s))... aí fugiu a palavra... ((pausa3s))...mas eu sempre tive assim... que nem tem agora... que nem as gurias de agora né... elas saem... vão pra um baile e aí já fica com três ou quatro... já vão pra um cantinho... já transa... já... sabe... eu nunca fui assim... eu fui fiquei paquerando... sabe... ficava assim... eu... pra mim entregar assim no sexo era mais difícil... e aí depois ele chegar e me falar um troço desse.</p> <p>[...]</p> <p>porque eu sempre fui assim né... ahan... eu pegava saía pro serviço ... trabalhava ... pegava minha filha na creche e ia pra casa... eu era uma pessoa mais tranquila... num fui assim uma pessoa mais agitada... coisa... e aí depois disso...</p>
Edna	A centrada	<p>Bom havia uma preocupação GRANDE... como... é... como vencer a situação e com relação à criança... a criança também podia ser infectada... será que ela também iria se infectar? Então é um cuidado grande... eu apesar de poucos recursos eu fui atrás... até a falta do próprio parceiro... porque como eu disse ele surtou e caiu no mundo... saiu pra viajar e acabou não participando não... mas ele teve doente fora... foi pra Bahia e na Bahia e ele deu uma tuberculose... depois a mãe dele contou pra mim...foi difícil pra ele... MAS PRA MIM... se eu falar pra você esse acompanhamento com o psicólogo não foi tão assim ruim... sabe? Porque eu tinha um... um apoio.</p>
Medianeira	A amante da vida	<p>No começo foi muito difícil pra aceitar né... mas depois eu fui pra uma ONG pra participar de grupos... e aí a coisa me fortaleceu MAIS A VIVER... né?</p> <p>[...]</p> <p>Faz 18 anos que eu passei... agora eu só quero é vida... aquilo que ficou prá traz... agora eu só quero é viver. É vida agora só...</p> <p>[...]</p> <p>eu acho que é só isso... Assim pras mulheres... CORAGEM... vida ativa... nós somos muito fortes. Né? Que eu amo a vida. Né? E eu digo VIVA A VIDA.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Maria Aparecida</p>	<p>A esposa dedicada e guerreira</p>	<p>AÍ DAÍ NAQUELE MOMENTO... EU FALEI PRAS MINHAS GURIAS... PRAS MINHAS IRMÃS... que eu não ia deixar dele. Ele até falou pro médico que se eu deixasse dele ... ele ia atravessar a rua e ia SE MATAR. Aí eu disse “cê que sabe”... aí ele “cê vai fazer isso” eu disse “eu não vou fazer nada... cê sabe disso”... aí eu fui... eu fui pegando com Deus... pegando com Deus... eu fui muito... fui muito assim pra igreja... pegando com Deus... e assim... eu não podia abandonar ele... porque na verdade ele precisa de mim... eu preciso dele... e a minha filha precisa de nós dois.</p> <p>[...]</p> <p>eu jamais consigo esquecer tudo o que aconteceu comigo porque eu fui uma mulher... eu fui não...eu sou... não é que eu quero me gabar... eu sou uma mulher guerreira... batalhadora e guerreira... porque mesmo eu tendo... mesmo eu tando contaminada... eu fiquei 6 meses com ele dentro do hospital... vendo o final dele... né ... com a guria pré adolescente... ela ficou mocinha e eu nem sabia... eu soube pela boca da minha irmã... que eu vivia mais dentro do hospital do que dentro de casa... eu sabendo que eu também tava prejudicada... aí eu lutei até o final... eu Patrícia... eu cheguei a pegar ele... a arrumar ele e levar pro velório... e ninguém jamais faria isso... então eu só ganhei um elogio só que eu ganhei da minha sogra...uma vez eu ganhei um elogio dela... e até hoje eu nunca me esqueço... é que ela sempre diz pros filhos dela hoje... que ela tem MAIS TRÊS FILHOS HOMENS... então ela sempre diz... às vezes eles vêm contando história das mulher né... que fulana é isso... fulana é aquilo... aí ela disse... que ela sempre disse isso pra mim na minha lata... ela não me mentiu... ela disse e disse na minha frente pra eles... “olha o dia que vocês caírem numa cama ou ficarem doentes... vocês não vão pensar que as mulher de vocês vão fazer como a Maria Aparecida fez com o marido dela... e mesmo ela coitada... aconteceu o que aconteceu com ela...ela ficou até o final da vida dele com ele... e vocês não vão pensar que a mulher de vocês vão ficar com vocês... a primeira doença que vocês ... se vocês caírem num hospital... elas vão tacar um pé na bunda de vocês... que a Maria não tacou”((fala da sogra))... eu disse: “oh... isso é verdade...</p>
--	--------------------------------------	---

Fonte: Dados da Pesquisa

A análise dialógica-performativa das entrevistas, como observado ao longo dessa discussão, nos forneceu importantes pistas sobre as “performances” das narradoras, e das relações destas com a pesquisadora e com o ambiente no momento de produção das entrevistas. A riqueza dessa análise se dá exatamente por ser esta a estratégia de análise narrativa que melhor apreende as individualidades das entrevistadas.

Todas as narrativas aqui apresentadas, embora marcadas por processos de subjetivação políticos, sociais, culturais e históricos, que em certos aspectos podem aproximar-se, são também marcadas por processos pessoais. Temos, portanto, a possibilidade de apreender através das análises dialógicas realizadas, “o pessoal” dessas mulheres que compartilham uma mesma experiência “social”(o viver com HIV/aids), mas que a vivenciam de maneiras distintas, como bem demonstram suas diferentes performances e escolhas por tipos de recursos linguísticos durante as entrevistas.

4.3.3 A análise temática

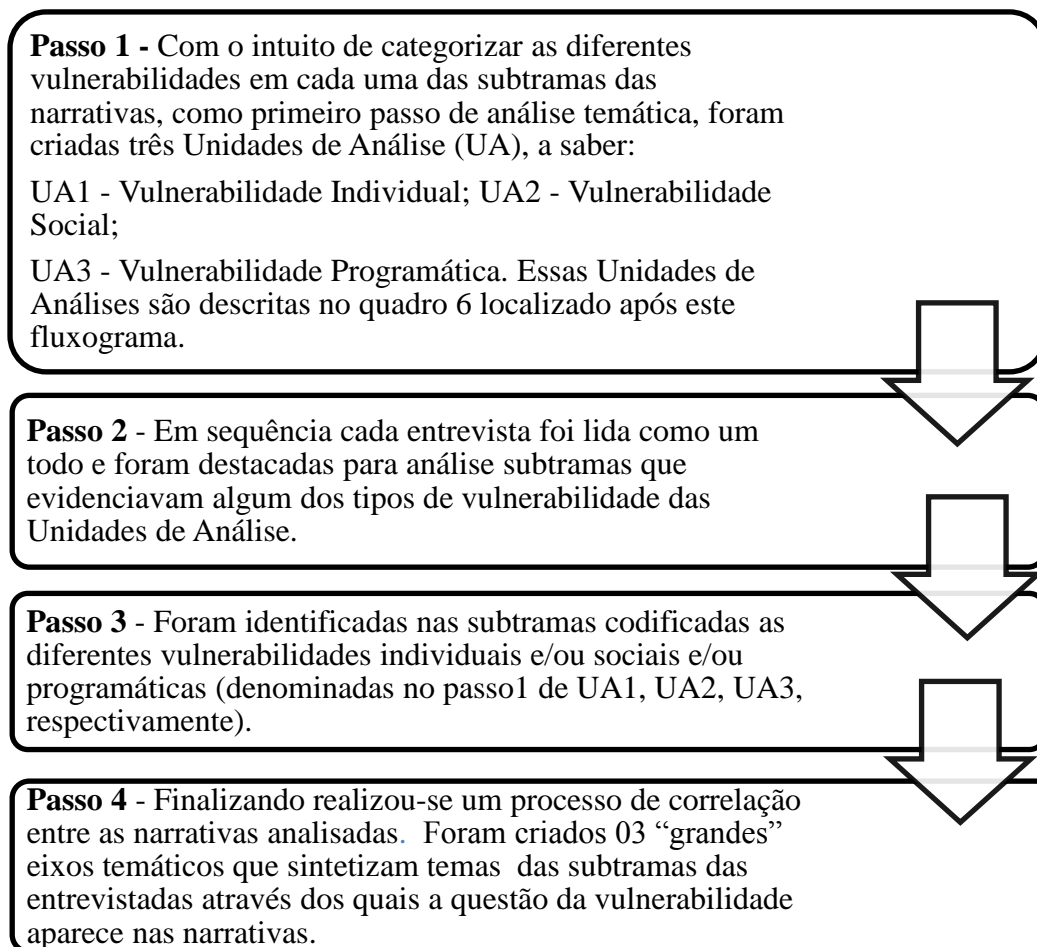
A análise temática, diferentemente da análise estrutural, não se preocupa com o “como” a narrativa é produzida ou com as estruturas desse discurso. Neste tipo de análise a preocupação consiste no “o que” é dito, sendo o conteúdo seu foco exclusivo (RIESSMAN, 2008).

Essa estratégia de análise, de acordo com Riessman (2008), provavelmente é o método mais comum de análise de narrativas e, por possuir configurações de análise mais simples de serem aplicadas, têm parecido atraentes para muitos estudos de enfermagem e de outras profissões de saúde (incluindo aquelas influenciadas pela fenomenologia interpretativa e hermenêutica). De acordo com a autora, esses estudos têm implicitamente adaptado essa abordagem para descobrirem e classificarem tematicamente as experiências dos pacientes.

Na análise temática a linguagem é vista como um recurso, em vez de um tema de investigação. Há maior atenção para o contexto social do que para o contexto local onde as narrativas são produzidas. Cabe destacar, mais uma vez conforme afirmação de Riessman (2008) que não existe uma única maneira de se empreender uma análise temática de narrativas. A autora apresenta a análise temática a partir de sua investigação sobre várias pesquisas e estudos que se utilizaram dessa estratégia de análise em suas investigações demonstrando como essa foi utilizada por cada um dos autores destas pesquisas/estudos.

Nesta investigação realizamos uma escolha metodológica inspirada em alguns destes estudos apresentados por Riessman (2008). Sintetizamos como fluxograma (Figura 2), o passo a passo adotado na realização da análise temática, nesta pesquisa.

Figura 2 – Fluxograma passo a passo da análise temática



Fonte: Elaborado pela autora

Como afirmamos, esse fluxograma apresenta uma síntese do processo de análise temática. No passo 1 da análise temática, criamos três unidades de análises. Essas unidades de análise (UA) são descritas a seguir, com o auxílio do Quadro 17. É preciso esclarecer aos/às leitores/as que trabalhamos nesta investigação com categorias temáticas prévias vinculadas aos objetivos da pesquisa, essas categorias foram sintetizadas nas unidades de análises que agora apresentamos.

Quadro 17 - Descrição das Unidades de Análise (UA) codificadas

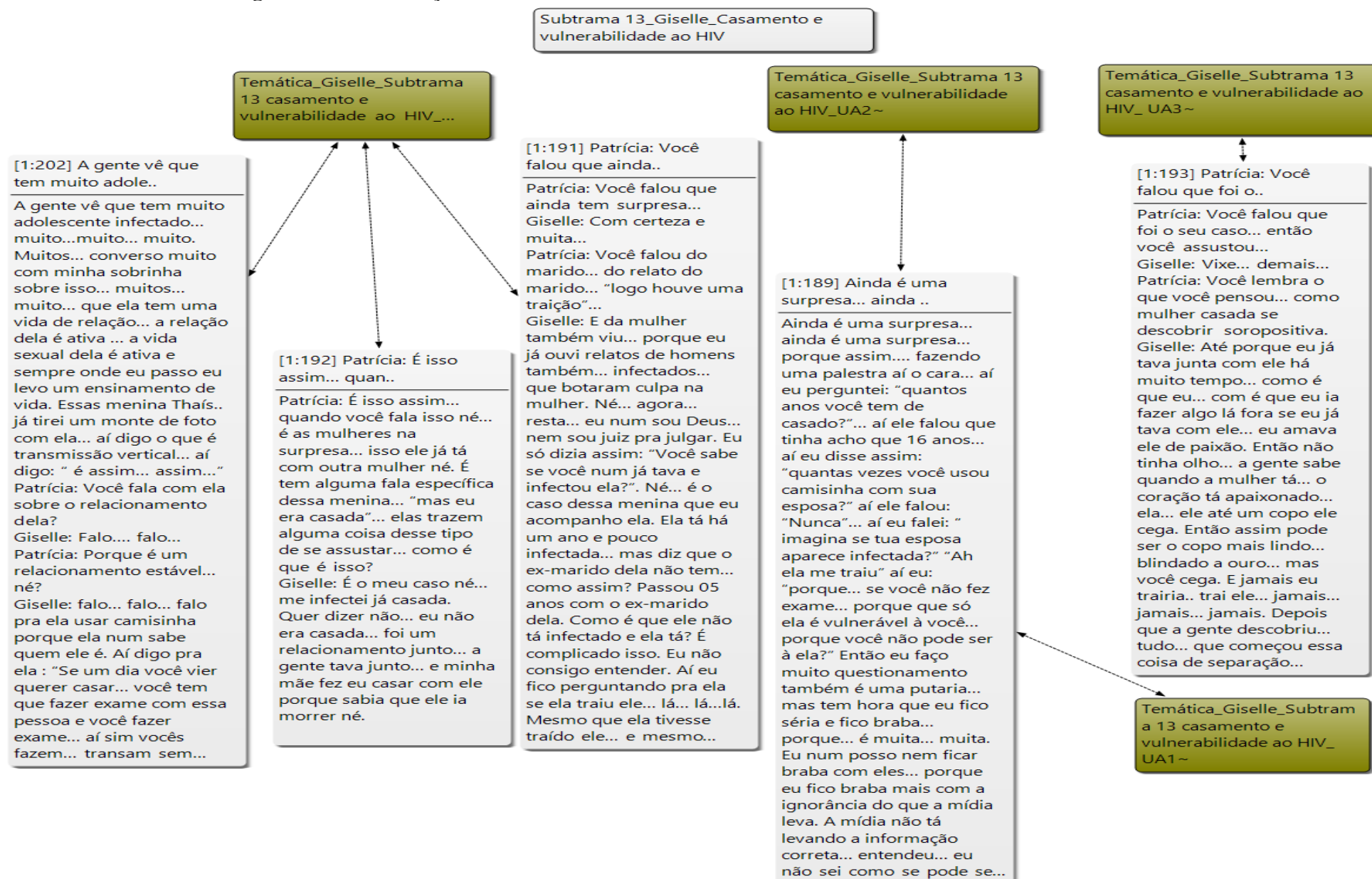
Código utilizado para a UA	Descrição da unidade
UA1 - Vulnerabilidade Individual	A vulnerabilidade individual se refere ao grau e à qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre as DST/aids, a capacidade de elaboração dessas informações e aplicação das mesmas na sua vida prática; Este tipo de vulnerabilidade envolve portanto dois níveis dos indivíduos o cognitivo e o comportamental. Esse tipo de vulnerabilidade considera que conhecimentos e comportamentos são, portanto, influenciados por construções de sentidos extremamente pessoais que dependem de características individuais, contextos históricos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia a dia do viver em sociedade (AYRES, et al., 1999; 2006; MAN; TARANTOLA; NETTER, 1993; BRASIL, 2012).
UA2 - Vulnerabilidade Social	A vulnerabilidade social diz respeito a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso às informações, serviços, bens culturais, as restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho. A vulnerabilidade social incorpora, portanto, aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como por exemplo, a assimetria de gêneros. E depende assim, da maior ou menor capacidade de tomar decisões políticas, de cidadania ou de gênero (AYRES, et al., 1999; 2006; MAN; TARANTOLA; NETTER, 1993; BRASIL, 2012).
UA3 - Vulnerabilidade Programática	A vulnerabilidade programática ou institucional se relaciona às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades, assim como se refere ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção. Desta forma, quanto menor o nível de implementação desses aspectos, maior a vulnerabilidade social de indivíduos e populações (AYRES, et al., 1999; 2006; MAN; TARANTOLA; NETTER, 1993; BRASIL, 2012).

Fonte: Elaborado pela autora

No passo 2 foram codificadas as subtramas que evidenciam algum dos tipos de vulnerabilidades das UA. As análises dessas subtramas foram condensadas e serão apresentadas a partir dos três eixos de discussão que emergiram da análise temática.

No passo 3 foram identificadas, nas diferentes subtramas codificadas, as vulnerabilidades definidas nas UA. Com o auxílio do ATLAS.ti, apresentamos a Figura 3 que mostra a análise temática de uma dessas subtramas codificadas. Nessa subtrama, codificada como “Subtrama 13_Giselle_Casamento e vulnerabilidade ao HIV” foram identificados os três tipos de vulnerabilidade definidas nas UA, por isso a escolhemos para ilustração do passo 3. Semelhante aos elementos narrativos de Labov na análise estrutural é importante destacar que nem todas as subtramas apresentaram os três tipos de vulnerabilidades.

Figura 3 – Identificação das UA na Subtrama 13_Giselle_Casamento e Vulnerabilidade ao HIV



Fonte: Dados da Pesquisa

No passo 4 foram criados três eixos temáticos de discussão, que sintetizam temas abordados pelas entrevistadas nas subtramas identificadas na análise temática: “Vulnerabilidade ao HIV/aids e relações de gênero”, “Vulnerabilidade ao HIV/aids e conjugalidade”; “Vulnerabilidade ao HIV/aids invisibilidade e silenciamento”. Esses três eixos temáticos em maior ou menor medida abarcam todos os conteúdos temáticos que apareceram as subtramas codificadas. Realizamos uma discussão acerca das vulnerabilidades que perpassam as narrativas analisadas a partir desses eixos no próximo capítulo.

Para tal, destacamos em trechos das entrevistas, alguns elementos narrativos temáticos, estruturais e performáticos identificados a partir dos três tipos de análises adotadas nesta investigação. Esforçamo-nos, ao longo do quinto capítulo, por estabelecer correlações entre os diferentes tipos de análise de narrativas empreendidos neste estudo. Apresentamos tais correlações a partir do diálogo entre os materiais empíricos, o campo de pesquisa e o referencial teórico escolhido.

5 VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS EM NARRATIVAS DE MULHERES

Os contornos do conceito de vulnerabilidade trabalhados nesse estudo surgem, conforme destacamos na reconstrução histórica da superação dos conceitos de “grupos” e comportamentos de risco. Muitas mulheres se tornaram vulneráveis à aids em função da falsa associação que fizeram entre a impossibilidade da infecção com o vírus HIV fora dos outrora chamados “grupos de risco”. Essa ideia dos “grupos de risco”, não só contribuiu para que muitas pessoas vivendo com HIV fossem submetidas a contextos de estigmatização e preconceito, mas também para que muitas mulheres se tornassem vulneráveis ao vírus (CARVALHAES, 2010).

Essas afirmações que destacam “os grupos de risco” nos impelem a ressaltar que atualmente essa distinção entre “grupos de risco” e não risco tornou-se obsoleta. Encontramos discussões consistentes sobre a inadequação dessas classificações de grupos de riscos no *Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais*, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2002 (BRASIL, 2002). Além disso, desde o início da década de 1990, com a percepção dos novos rumos da epidemia da aids, as intervenções e ações em seu combate têm se pautado no conceito de vulnerabilidade (AYRES et al., 2006).

De acordo com Villela (2005), a infecção por aids no Brasil, entre as mulheres se dá principalmente em decorrência de relações sexuais desprotegidas com parceiros de relações de conjugalidade, namorados ou maridos. Nas observações participantes realizadas no VI encontro Nacional do MNCP colhemos relatos das militantes que concordam com essas elaborações da autora. A afirmativa de Villella (2005) e os relatos das militantes do MNCP ressaltam a vulnerabilidade ao HIV/aids a que diversas mulheres se encontram suscetíveis. Nesse contexto, ao superar os conceitos, de “grupos” e comportamentos de risco, a noção de vulnerabilidade,

[busca] responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela Aids não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES et al., 2006, p.380).

As elaborações de Ayres e colaboradores (2006) corroboram a ideia de que o conceito de vulnerabilidade integra três eixos interdependentes de compreensão da epidemia da aids: o *individual*, o *social* e o *programático*. Esses eixos integram a compreensão dos aspectos das

vidas das pessoas, de comunidades ou mesmo de nações que as tornam mais ou menos suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento ou morte por aids. Esses eixos ocupam lugar de destaque inclusive em textos governamentais, e são por estes incorporados. Assim, descrevemos mais uma vez os três eixos de vulnerabilidade que serviram de subsídio para as discussões apresentadas neste estudo.

A *vulnerabilidade individual* se refere ao grau e à qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre as DST/aids, capacidade de elaboração das informações e aplicação das mesmas na sua vida prática. Este tipo de vulnerabilidade envolve, portanto, dois níveis dos indivíduos o cognitivo e o comportamental. E considera que conhecimentos e comportamentos são, portanto, influenciados por construções de sentidos extremamente singulares que dependem de características individuais, contextos históricos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia a dia do viver em sociedade (AYRES, et al., 1999; 2006; MAN; TARANTOLA; NETTER, 1993; BRASIL, 2012).

A *vulnerabilidade social* diz respeito a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso às informações, serviços, bens culturais, as restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho. A vulnerabilidade social incorpora, portanto, aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como, por exemplo, a assimetria de gêneros. E depende assim, da maior ou menor capacidade de tomar decisões políticas, de cidadania ou de gênero (AYRES, et al., 1999; 2006; MAN; TARANTOLA; NETTER, 1993, BRASIL, 2012).

A *vulnerabilidade programática ou institucional* se relaciona às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades, assim como se refere ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção. Desta forma, quanto menor o nível de implementação desses aspectos, maior a vulnerabilidade social de indivíduos e populações (AYRES, et al., 1999; 2006; MAN; TARANTOLA; NETTER, 1993; BRASIL, 2012).

A partir dessas definições, observamos que trabalhar o conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids, pressupõem, portanto, a compreensão de múltiplos aspectos que compõem este conceito. Nesta perspectiva optamos por utilizar esses eixos como unidades de análise temática buscando identificar as diferentes vulnerabilidades presentes nas narrativas. No entanto, é preciso problematizar essas unidades de análise, questionando as definições de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, que são tomadas, a princípio,

separadamente. O que pretendemos marcar é que esta não é nossa proposta. Ao contrário, tomamos essas definições utilizadas na literatura científica e nos documentos governamentais, para marcar a impossibilidade de discuti-los separadamente.

Nossa defesa pauta-se, deste modo, na ideia de que essa divisão entre vulnerabilidades individual, social e programática não pode ser tomada como dimensões estanques. Comprendemos que estas vulnerabilidades se interconectam e são conjuntamente determinantes para a suscetibilidade dos sujeitos à infecção com o vírus HIV/aids.

Embasadas nas discussões de narrativas discutidas anteriormente, buscamos entender as vulnerabilidades a partir das experiências de soropositividade das entrevistadas, reafirmando a potencialidade do trabalho com métodos narrativos. As narrativas, mesmo quando apresentam a experiência de uma das entrevistadas, possuem o potencial de apreensão tanto do individual quanto do social. Esse ponto de vista nos sugere a impossibilidade de uma separação precisa entre as vulnerabilidades individual, social e programática ao longo das histórias narradas. No entanto, no intuito de sistematizarmos nosso esforço analítico, demarcamos e problematizamos ao longo dos eixos temáticos que apresentamos neste capítulo, alguns fragmentos que sugerem a presença dessas vulnerabilidades que se aproximam das definições utilizadas nas unidades de análise e, portanto, nos documentos e textos científicos.

Passaremos agora à apresentação de cada um dos eixos de discussão criados a partir do processo de análise, a saber: “Vulnerabilidade ao HIV/aids e relações de gênero”; “Vulnerabilidade ao HIV/aids e conjugalidade”; “Vulnerabilidade ao HIV/aids, invisibilidade e silenciamento” Cada um desses eixos é trabalhado como um dos tópicos deste capítulo.

5.1 Vulnerabilidade ao HIV/aids e relações de gênero

Ao problematizarmos a questão da vulnerabilidade ao HIV/aids de mulheres heterossexuais em relações de conjugalidade, uma questão que se apresenta são as relações de gênero aí experienciadas. Os estudos e debates sobre o conceito de gênero datam da década de 1970 e se referem às diferenças entre homens e mulheres, como resultantes de construções sociais e históricas. Nesta perspectiva o gênero não se remete a uma diferença biológica entre os sexos, mas é tomado em seu caráter relacional. As perspectivas teóricas sobre o caráter relacional da categoria gênero afirmam que não há uma correspondência “natural” entre sexo, gênero, sexualidade e corpo na constituição dos sujeitos, de forma que o gênero, como um fenômeno inconstante e contextual, não denota um ser substantivo, mas um ponto relativo de

convergências ligado a conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergentes (SCOTT 1990).

A forma como esses estudos foram empreendidos abordando as relações entre homens e mulheres a partir de uma ótica que os contemplava como seres em separado foi uma das preocupações de Joan Scott, historiadora e militante feminista estadunidense. Para a autora, o caminho percorrido por esses estudos de mostrar novas informações sobre as mulheres no passado, não modificava a importância atribuída às atividades femininas. Na realidade, ao colocarem essas atividades em separado o que acabaram produzindo foi a marginalização dessas atividades em relação aos temas masculinos universais dominantes. (SCOTT,1994).

Scott em seu texto de 1990 “*Gênero uma categoria útil para a análise histórica*”, questiona sobre a utilidade do conceito de gênero para análise histórica das relações. A autora problematiza o uso deste conceito tanto na linguagem (o sentido das palavras), como também na designação das identidades percebidas entre os sexos na construção dos sistemas simbólicos, e enfatiza as relações de poder. Para a autora, há várias simbologias de gênero em uma sociedade, e algumas construções simbólicas se tornam normativas dependendo de variações contextuais em termos de classe social, raça e região.

Assim, o conceito de gênero adotado por Scott (1990; 1994) rejeita as justificativas biológicas que contribuem para as diversas formas de subordinação, a partir da qualificação dos homens e desqualificação das mulheres. Para a autora o conceito de gênero indica construções sociais e históricas sobre as relações entre homens e mulheres, e é, portanto, uma construção social e não biológica. (SCOTT 1990; LIMA, 2012). Nas palavras da autora:

O gênero oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. Gênero coloca ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente a sexualidade (SCOTT, 1990, p.11).

Em seus ensaios sobre gênero descritos no prefácio do livro *Gender and Politics of History*, de 1994, Scott toma o termo gênero significando-o como o saber a respeito das diferenças sexuais. A autora apresenta suas elaborações sobre gênero a partir de sua apropriação das ideias de Foucault, especialmente aquelas apresentadas no livro *As palavras e as coisas*, de 1973. O termo gênero é discutido com o significado de compreensão produzida pelas culturas e sociedades sobre as relações humanas, neste caso, nas relações entre homens e mulheres.

Problematizando gênero como saber, Scott (1994) afirma que este saber não é absoluto ou verdadeiro, mas sempre relativo e produzido de maneira complexa. Utilizando as palavras de Scott (1994) sobre o termo gênero como um saber, podemos afirmar que:

Seus usos e significados nascem de uma disputa política e são os meios pelos quais as relações de poder - de dominação e de subordinação - são construídas. O saber não se refere apenas a ideias, mas a instituições e estruturas, práticas cotidianas e rituais específicos, já que todos constituem relações sociais. O saber é um modo de ordenar o mundo e, como tal, não antecede a organização social, mas é inseparável dela. Daí se segue que gênero é a organização social da diferença sexual. O que não significa que gênero reflita ou implemente diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres mas sim que gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Esses significados variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e no tempo, já que nada no corpo, incluídos aí os órgãos reprodutivos femininos, determina univocamente como a divisão social será definida. Não podemos ver a diferença sexual a não ser como função de nosso saber sobre o corpo e este saber não é "puro", não pode ser isolado de suas relações numa ampla gama de contextos discursivos. A diferença sexual não é, portanto, a causa original da qual a organização social possa ser derivada em última instância - mas sim uma organização social variada que deve ser, ela própria, explicada. (SCOTT, 1994, p.12-13).

Julgamos úteis as elaborações de Scott (1990; 1994) para este estudo, uma vez que esta pesquisa busca a construção da vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids a partir das narrativas das experiências das entrevistadas. Esse desenho necessariamente inclui a linguagem, os sistemas simbólicos e suas articulações com as variações contextuais, políticas e sociais e, evidentemente, as relações entre homens e mulheres, uma vez que nos norteamos pelos conceitos de narrativas e experiência que abrangem esses aspectos.

A aids, compreendida a partir de seu processo histórico, pela interface com os significados construídos culturalmente é uma doença atravessada por uma série práticas discursivas²⁷, como argumentam Carvalhaes e Teixeira (2012). A doença trouxe o debate sobre questões historicamente veladas como a morte, o uso de drogas, as sexualidades, as relações de gênero e as diversas dimensões do prazer, contribuindo com a desnaturalização de questões sociais e culturais construídas ao longo da história que são parte dos significados, das normas e dos códigos que balizam a estrutura e a organização da sociedade (CARVALHAES; TEIXEIRA FILHO, 2012).

Ao nos debruçarmos sobre os estudos da aids enquanto uma epidemia, e sobretudo, discutindo seu avanço entre as mulheres, a utilização do conceito de vulnerabilidade em articulação com o de gênero é pertinente, pois estes abarcam as complexidades sócio-

²⁷ Carvalhaes e Teixeira Filho (2012) fundamentam sua discussão teórico metodológica na noção de práticas discursivas.

históricas, políticas, culturais e biológicas que atravessam o corpo feminino. A adoção destes conceitos tem, portanto, o intuito de entendimento das complexidades desta epidemia, possibilita-nos compreender a multiplicidade de fatores que se correlacionam ao fenômeno da feminização da aids. Entendemos que estes, permitem ainda um olhar para além de perspectivas que buscam a simples culpabilização dos indivíduos. De acordo com Carvalhaes (2010),

[no] geral, as mulheres, por fatores subjetivos, culturais, sociais e biológicos, são mais vulneráveis que os homens a infecções por DSTs. Entre as várias explicações possíveis para isso estão: as diferenças orgânicas, as dificuldades de acesso aos meios de prevenção controláveis, os efeitos colaterais do uso de contraceptivos e o aborto ilegal, além da confiança no parceiro, a excitação que traz a ideia do risco, a violência sexual e doméstica de que é vítima, a aceitação social e o ocultamento da infidelidade masculina (CARVALHAES, 2010, p.121).

A partir da leitura detalhada das narrativas analisadas nesta investigação identificamos três subtemas que aparecem ao longo das narrativas e que evidenciam essas relações de gênero, são elas: *As identidades e normativas de gênero, distintas para homens e mulheres*, *Violência contra as mulheres* e *Aceitação da infidelidade masculina*. Esses subtemas não só evidenciam as relações de gênero, mas também demonstram como as mesmas contribuem para o aumento do grau de vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids no contexto da conjugalidade.

5.1.1 As identidades e normativas de gênero para homens e mulheres

A compreensão do conceito de gênero, como o saber a respeito das diferenças sexuais histórica, política, social e culturalmente construído, significa também o entendimento das diferenças e da ordem social sobre as identidades e normativas distintas atribuídas a homens e mulheres.²⁸ De acordo com Ferraz e Kariczky (2010), de maneira geral, as relações que se constituem em nossa sociedade reproduzem estruturas das chamadas identidades masculinas e femininas. Essas estruturas, segundo as autoras, normatizam os comportamentos, lhes atribuindo valores e os identificando como “coisas” de homens ou “coisas” de mulher. As normatizações das diferenças entre homens e mulheres atravessam não somente a maneira como as pessoas se relacionam, mas também o jeito como olham e compreendem a realidade.

²⁸ Neste estudo nos atemos mais efetivamente às discussões sobre as assimetrias de gênero entre homens e mulheres por se tratar de uma investigação que busca compreender a vulnerabilidade ao HIV/aids em relações heterossexuais de conjugalidade. Cabe destacar, no entanto que existem outras formas de relações de gênero não contempladas neste trabalho como as homoafetivas entre mulheres e mulheres e/ou homens e homens.

E mais, essas normatizações são reforçadas pela biologia e a naturalização do corpo feminino e masculino, como discute Scott (1994).

Em oposição a estas normatizações e naturalizações sobre os corpos e as identidades femininas e masculinas, Louro (2001) ressalta que,

Nossos corpos constituem-se na referência que ancora, por fim, a identidade. E, aparentemente, o corpo é inequívoco, evidente por si; em consequência esperamos que o corpo dite a identidade, sem ambiguidades nem inconstância. Aparentemente se deduz uma identidade de gênero, sexual ou étnica de marcas biológicas; o processo é, no entanto muito mais complexo e essa dedução pode ser (e muitas vezes é) equivocada. Os corpos não são, pois, tão evidentes como eventualmente pensamos. Nem as identidades são uma decorrência direta das “evidências” dos corpos. Os corpos são significados pela cultura e são, continuamente, por ela alterados. (LOURO, 2001, p.14)

No entanto, salientamos que não é fácil para a maioria dos sujeitos “escaparem” dessas normativas e naturalizações sobre as identidades femininas e masculinas, problematizadas por Louro (2001). Assim, identificamos a marca dessas identidades e normativas para homens e mulheres, nas narrativas das entrevistadas, como algo que baliza suas relações e os modos de compreensão de suas realidades. A análise temática de parte da narrativa de Patrícia (que apresentamos destacada em moldura a seguir) acentua a diferenciação entre essas identidades masculinas e femininas ainda presentes em nossa sociedade, a partir de aspectos que sinalizam uma normativa na qual a sexualidade aparece como um pecado para as mulheres e os posicionamentos masculinos e femininos são díspares em relação a questões da sexualidade e do amor.

A análise temática das subtramas “*participação nas reuniões do MNCP*”, “*infidelidade do parceiro*” e “*revelação da soropositividade à família*” da narrativa de Patrícia, ligadas a esse eixo de discussão, permitiu identificar vulnerabilidades ao HIV/aids, tanto individuais e/ou sociais e/ou programáticas.

Nesta perspectiva, a compreensão da realidade sobre a aids como uma doença ligada a comportamentos sexuais de promiscuidade, divergente e, portanto, distante de mulheres de comportamentos moralmente aceitos e prescritos pela sociedade aparece na narrativa de Patrícia, como um fator que contribuiu para sua vulnerabilidade ao HIV/aids. Ao compartilhar as ideias que tinha antes de frequentar as reuniões da militância sobre a infecção com o HIV e a relação desta com a promiscuidade ou com os outrora chamados “grupos de risco”, identificamos na narrativa de Patrícia elementos que demonstram sua vulnerabilidade nos três

Patrícia:

Quando eu descobri que ele tinha me infectado com o HIV eu tive vontade de matar... né. Porque assim... como é que ele podia fazer isso comigo? Sabe... ahn... eu nunca... eu nunca tive assim uma vida como é que eu vou te dizer... é...((pausa 3s)) aí num é... ((pausa 3s))... aí fugiu a palavra.. ((pausa3s))...mas eu sempre tive assim... que nem tem agora... que nem as gurias de agora né... elas saem... vão pra um baile e aí já fica com três ou quatro... já vão pra um cantinho... já transa... já... sabe... eu nunca fui assim... eu fui fiquei paquerando... sabe... ficava assim... eu... pra mim entregar assim no sexo era mais difícil... e aí depois ele chegar e me falar um troço desse. E aí... porque assim... até tu ter.. até tu participar das reuniões e ver que não é assim... que tu pode pegar numa transfusão de sangue... e tudo... pra mim quem tinha HIV era uma pessoa promíscua... era drogado...sabe... então... EU NÃO ADMITIA ISSO. Aí eu vi que não... que não era isso... que num é assim... tem tantas mulheres que pegaram HIV por questões de sangue... por transfusão... por causa de um erro médico... por causa de um... sei lá... qualquer outra coisa... num é só a promiscuidade ou então as drogas.

(...) Mas eu não escutava o que as pessoas falavam sobre ele... não escutava os outros...os outros tentando me alertar e inclusive até um cunhado meu que já é falecido... que pegou e disse pra ele... pegou e disse assim “ah tu não merece ela... ela é muito boa pra ti” ((fala do cunhado)) porque eu sempre fui assim né... ahan... eu pegava saía pro serviço ... trabalhava... pegava minha filha na creche e ia pra casa... eu era uma pessoa mais tranquila... num fui assim uma pessoa mais agitada... coisa... e aí depois disso... e o meu cunhado... claro... homem já via as coisas... ((interrompe e pergunta à uma das colegas que passava perto do local se ela fuma))... mas... daí as pessoas me alertavam eu achava que não que era coisa delas porque eu tava muito feliz... tava muito bem. E aí foi o que aconteceu...¹

Depois de um tempo que eu escondi o diagnóstico... aí eu peguei e resolvi chutar o balde... falei pra minha família... pras minhas irmãs e pra minha filha que eu era soropositiva que eu tinha pecado coisa e tal... pá... pá... pá. Todo mundo me abraçou... todo mundo me apoiou... ninguém virou as costas pra mim das minhas irmãs e a minha filha também me abraçou... ficou comigo o tempo todo.

A mulher vai muito com o coração e o homem vai com o sexo. Então a gente tem que se cuidar. Não adianta, tem que se cuidar sim! Se não... Não deixar tudo só pra ele.

âmbitos estabelecidos nas unidades de análise. Foi possível identificar e analisar essas vulnerabilidades da entrevistada nos trechos narrativos que apresentamos a seguir.

A partir da análise temática desses trechos narrativos da entrevista com Patrícia identificamos as subtramas “*formas de infecção com o HIV*”, “*apaixonamento e aceitação da infidelidade do namorado*”, “*soropositividade e pecado*” e “*HIV, amor e prevenção*”. Nestas subtramas é possível identificar vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que se referem principalmente ao acesso às informações sobre o HIV e sua transmissão. A partir da análise estrutural identificamos elementos estruturais, como momentos de avaliação, quando a entrevistada fala de seus sentimentos em relação à descoberta da infecção com o HIV causada pelo namorado, seus sentimentos em relação a este durante a relação, suas impressões sobre como se infectava com o vírus e a diferença entre homens e mulheres nas relações afetivas. Identificamos também momentos de ação complicadora, como por exemplo, nos trechos nos quais relata suas dificuldades com o diagnóstico, ou de ouvir as pessoas que falavam sobre a infidelidade do companheiro e quando decide contar para suas irmãs que é soropositiva. Os trechos são marcados ainda por momentos de codas, na forma de pausas, que são utilizadas

pela entrevistada quando esta fala sobre a descoberta da infecção, o que demonstra certa dificuldade com o assunto. Outra pausa é utilizada quando mais pessoas se aproximam do local. A entrevistada justifica a pausa na entrevista, dizendo que nem todas as pessoas sabem de sua soropositividade e que muitas vezes se apresenta como funcionária da Saúde. O que demonstra sua opção de silenciar sua soropositividade para algumas pessoas. Identificamos ainda nestes trechos elementos performáticos como: mudanças de entonação, ao falar que não admitia certos comportamentos, e repetições de ideias utilizadas para marcar que não era uma mulher de comportamentos promíscuos. Os elementos performáticos, assim como os demais demonstram em alguns momentos, a dificuldade de Patrícia com os assuntos em questão, assim como as vulnerabilidades já destacadas.

Na sequência recortamos e apresentamos outro trecho narrativo em que analisamos tematicamente a subtrama “*casamento e HIV*” da entrevista com Medianeira. O trecho recortado desta subtrama, semelhante à narrativa de Patrícia, demonstra essa relação entre as normativas de gênero, a ideia de “grupos de risco” e as vulnerabilidades identificadas como individuais, sociais e programáticas ao HIV/aids. Além disso, a partir da análise dialógica da relação pesquisadora/entrevistada é possível inferir a presença sutil da ideia de grupos de risco. Por meio de outras fontes e contatos anteriores com a história da entrevistada²⁹, era de

Medianeira:

[Você e seu marido estavam casados há muito tempo?]

Não... eu casei em Outubro... e Janeiro a gente já tava separado... a gente ficou junto muito pouco.

[E como é que foi para você isso... esse processo?]

Isso daí quando eu descobri eu fiquei transtornada... aí se separamos... não deu mais pra ficar junto e eu fui viver a minha outra vida assim..

[E foi uma questão muito traumatizante né... pelo que eu já escutei um pouco da sua história... você casou virgem... mais velha ...]

Isso com 44 que eu casei... casei com 44... trabalhei... sempre estudei... sempre fui mais pra dentro de casa... assim... pela criação que eu fui criada né? a gente tem que ser mais reservada... não como tá hoje... que já tá ... hoje é oba oba... né?

conhecimento da pesquisadora que esta se considerava imune ao HIV/aids por ser uma mulher que se casou virgem e que considerava o marido um homem heterossexual, descobrindo apenas posteriormente sua bissexualidade.

Outras marcas dessas identidades e normativas de gênero podem ser identificadas ainda em outro trecho, presente na narrativa de Giselle. O trecho destacado a seguir representa a narrativa sobre essas identidades e normativas diferentes para homens e mulheres que já demarcamos teoricamente, e evidencia construções que vinculam a identidade feminina às

²⁹ Os contatos anteriores com a história de Medianeira ocorreram a partir do documentário *Posithivas* de Suzana Lira (2010).

imagens da dona de casa e mãe responsável e, portanto, não vulnerável ao HIV. Esse trecho se torna ainda mais significativo uma vez que traz também outro subtema sobre um problema grave presente nas relações de gênero, a *Violência contra as mulheres*.

Giselle:
 (...) falei pra ele que tinha o problema... porque ele queria transar comigo sem camisinha... ele achava como eu era dona de casa...né? Já tinha filhos... tinha minha responsabilidade... era viúva... e nada podia acontecer com ele. Ai eu falei: “NÃO, DE JEITO NENHUM” e mesmo naquele momento eu disse vou ter que dizer: “Ou eu vou levar um tiro... ou uma porrada na cara... ou sei lá o quê”... mas em nenhum momento eu me desprezei com ele... NENHUM MOMENTO... DESDE A PRIMEIRA RELAÇÃO QUE EU TIVE COM ELE ATÉ O MOMENTO DE EU DIZER PRA ELE... NUNCA FOI SEM CAMISIHA... NUNCA. E também entre nossa relação... por incrível que pareça desde o primeiro dia nunca teve o sexo oral... dele para comigo... porque eu nunca deixei. O MEDO ERA TAMANHO NÉ... ELE ERA JOVEM... É JOVEM.

A análise temática de parte da subtrama “*vulnerabilidade ao HIV/aids e uso da camisinha*” presentes neste trecho narrativo nos permitiu identificar vulnerabilidades definidas, tanto individuais quanto sociais presentes. A narrativa sobre a associação do ex-namorado de Giselle da possibilidade de transar sem camisinha por ser ela uma mulher “direita” evidencia o receio da entrevistada sobre as vulnerabilidades deste rapaz ao HIV/aids. O receio mencionado pode ser identificado a partir da análise performática da narrativa. A entrevistada utiliza do recurso da mudança de entonação verbal para ressaltar seu medo de infectar o companheiro. Além disso, a análise estrutural desse trecho narrativo apresenta um momento de ação complicadora no qual a entrevistada fala de seu medo de sofrer algum tipo de violência física, caso omitisse sua soropositividade.

As vulnerabilidades identificadas sugerem dificuldades desse rapaz com a aplicação prática de informações sobre a infecção com o vírus da aids. Muito provavelmente sua escolha de abandonar o uso da camisinha em suas práticas sexuais com a entrevistada, se pautou em normativas sociais sobre confiança, moralidade, conjugalidade e a escolha do parceiro ideal.

Outro fator que podemos analisar a partir desse trecho narrativo, diz da história da aids em nosso país e dos estereótipos que foram vinculados à doença no início da epidemia, e que, de certo modo, ainda continuam presentes nas narrativas individuais e sociais contribuindo também com as vulnerabilidades ao HIV/aids. Desse modo é possível problematizarmos que se no início da década de 80 a doença, o emagrecimento intenso e as marcas faciais do sarcoma de Kaposi eram por assim dizer “a cara” das pessoas soropositivas. Hoje, diferentemente, com os avanços nos tratamentos e nas tecnologias dos antirretrovirais,

podemos afirmar, como adverte Caroline Landau (2011), que “a aids mudou de cara”. Esses avanços são importantes uma vez que significam a possibilidade de escolha de anonimato sobre a soropositividade, respeito e garantia de direitos e cuidados às pessoas soropositivas. Mas, também devem ser problematizados, para servirem de alerta para romper com as segregações e estigmas sobre uma suposta identidade e imagem vinculadas às pessoas soropositivas que contribuíram e ainda contribuem com a vulnerabilidade ao vírus em muitos sentidos.

Podemos ainda neste trecho identificar as vulnerabilidades sociais, individuais e programáticas a que muitas mulheres vivendo com HIV/aids, assim como Giselle, estão suscetíveis em função da violência causada pelo estigma, preconceito, medo, as relações de poder e a consequente naturalização da hierarquia entre os gêneros.

No início da epidemia da aids na década de 80, a mídia e o Ministério da Saúde utilizaram uma estratégia no sentido de relacionar os prazeres sexuais, principalmente os homoafetivos à morte. Segundo informações do próprio Ministério da Saúde (2015) o símbolo utilizado para a aids nas primeiras campanhas de prevenção era uma caveira entre dois corações. A Figura 4, divulgada pela Organização Mundial de Saúde por volta de 1987, apresenta a imagem então utilizada. Esta simbologia contribuiu para que se construísse um processo histórico de não aceitação, atrelamento à promiscuidade e culpabilização das pessoas que viviam com a aids. Podemos identificar as marcas da herança dessas relações medo/violência/mal/morte/sexualidade presentes na narrativa de Giselle, assim como nas de outras mulheres, ainda hoje (BRASIL, 2015; VIEIRA, 2015).

Figura 4 - Símbolo utilizado para as campanhas contra aids no Brasil, década de 1980³⁰



Fonte: U.S. National Library of Medicine

³⁰ A imagem utilizada na campanha foi reproduzida em pôster e também disponibilizada com os dizeres em espanhol. A imagem está disponível em: < <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101438978-img> >

5.1.2 A violência contra as mulheres

A violência contra as mulheres aparece nas relações de gênero como um problema decorrente da “assimetria sexual”, que se baseia na hierarquia do masculino sobre o feminino, elaborada pela cultura. Lima (2012) argumenta que essa assimetria tem sua origem em simbolismos sobre os comportamentos considerados da “condição da natureza” que caberiam à mulher tais como, dar a vida - aspectos da fertilidade - o controle não intencional, e os da “condição da cultura”, que caberiam ao homem – tirar a vida- aspectos da caça e da guerra – o controle intencional.

No que tange à epidemia da aids esses conjuntos de aspectos ligados à assimetria de poder entre homens e mulheres dialogam com a violência contra as mulheres. De acordo com Lima (2012):

Diversos estudos apontam a relação desta violência com a feminização da aids. Ao fazermos um paralelo sobre os estudos e os documentos sobre gênero e violência observamos o uso majoritário desta categoria interpretativa, o que nos dá a importância deste conceito tanto para a compreensão das desigualdades sociais, quanto para os processos de saúde e doença em nossa sociedade (LIMA, 2012, p.25)

A Violência contra as mulheres como um elemento narrativo sobre as relações de gênero, pode ser verificada não só no trecho da narrativa de Giselle apresentado e analisado no tópico anterior, como em outros trechos narrativos das demais entrevistadas. A violência aparece nestas falas, não apenas como uma evidência das assimetrias entre homens e mulheres nas relações de poder, mas também em decorrência da estigmatização e preconceito relacionados ao HIV/aids. A identificação dessa violência nas narrativas das entrevistadas possibilitou dar destaque a vulnerabilidades sociais e/ou individuais a que muitas mulheres se encontram suscetíveis. O mesmo pode ser identificado em relação às vulnerabilidades definidas como programáticas, uma vez que as ações das políticas públicas ainda são insuficientes no enfrentamento da violência contra a mulher, o que muitas vezes é realizado por ONGs e/ou militâncias, como verificamos na narrativa de Edna. A seguir, reproduzimos trechos da narrativa de Giselle, seguidos de um trecho da narrativa de Edna que permite destacar as vulnerabilidades mencionadas. Do ponto de vista temático, os trechos foram codificados como as subtramas “*HIV e uso da camisinha*”, “*violência contra a mulher e uso de camisinha*”, presentes na narrativa de Giselle, e na subtrama “*relações de conjugalidade e uso da camisinha*”, que ressaltamos na narrativa de Edna.

Giselle:

(...) eu costumo dizer assim nas minhas palestras. Eu ouvi nas minhas palestras... um rapaz jovem dizendo que nunca usa camisinha... aí eu disse: “Se hoje... você transasse com uma mulher... e ela desse Up grade em você... desse uma chave de buceta em você...” eu disse desse jeito assim... “desse uma chave de buceta em você e você se apaixonasse por ela e lá na frente ela fosse dizer a você que era HIV?” Ele disse: “Eu matava ela”... eu disse: “não... como assim... porque você não quis se precaver...”

(...) tem mulheres positivas que transam sem camisinha, mas eu jamais vou fazer isso. Sabe porquê? Porque eu me amo... e porque eu tenho medo da minha pele... eu tenho medo de ser apedrejada ali na frente... o cara dizer: “ah ela tem aids... ela transou comigo sem camisinha... eu vou matar ela”... entendeu? Eu tenho amor à minha vida principalmente ... jamais eu farei isso.

(...) ela até faleceu essa menina... há um tempo atrás ela deu um depoimento... que ela ... ela disse ao parceiro que era positiva... depois de muito tempo o parceiro esfaqueou ela... né... porquê? Porque ele muito drogado pediu pra ela transar com ele sem camisinha... ela por causa do amor que tinha por ele foi transar sem camisinha... ela mesma falou... ela mostrou as marcas ... de como foi... ela ficou numa outra posição pra ele... ele por trás dela... ela esfaqueou ela todinha. Parecia uma carne assim ‘pipinada’. Porque ... “há sua vagabunda... você quer me matar mesmo né... quer me passar HIV?”... né... facada nela... porque ela se submeteu a transar com ele sem camisinha.

[Você escuta muitos relatos de violência?]

Demais... por causa do HIV e do uso da camisinha. Do uso da camisinha porque tá traindo... porque é vagabunda... saiu com outro agora quer... sempre esse relato. Então esses relatos me fazem ficar com medo...

Edna:

A minha experiência eu posso falar assim bem claro não é fácil... mas não há porque você tá me traindo... a maioria dos homens não gosta de usar a camisinha... não gosta. NÃO GOSTA MESMO. E às vezes aqueles que usa que tão bem conscientes ... usam enquanto tão na fase de namoro... quando tão de pegação... mas quando tem uma relação mais estável eles não gostam de jeito nenhum. Para negociar o preservativo entre marido e mulher pelo o que eu ouço que outras dizem assim... NÃO É NADA FÁCIL... principalmente numa relação de alguns anos... e aí a mulher resolve que ele use... mas é muito difícil a negociação... é o que relatam assim pra gente... e também por causa da questão da própria violência... é... é... violência mesmo contra a mulher. O homem que bebe que se droga... ele não negocia... não negocia... ele quer e quer... e... se a mulher fala não ele bate e pega. A gente luta aqui com essas mulheres.

Os trechos das narrativas apresentados relatam a violência como um dos grandes problemas que as mulheres soropositivas enfrentam em função dos estigmas, preconceito e da naturalização das relações de poder entre os gêneros que na maioria das vezes a reforça. Outros fatores nos âmbitos da prevenção e do autocuidado quando problematizados a partir de suas possíveis relações com a violência entre gêneros intensificam as vulnerabilidades das mulheres ao HIV/aids. Semelhante ao que nos relata Edna, muitas mulheres em relação de conjugalidade temem negociar o uso do preservativo por medo de sofrerem violência física e/ou psicológica. A análise estrutural destes trechos narrativos nos mostram momentos de *ação complicadora*, ao narrarem a violência sofrida por diversas mulheres, e de *avaliação* das entrevistadas ao relatarem e apresentarem seus posicionamentos e experiências diante desta questão. É importante marcar que a análise desses elementos estruturais se associa à análise dialógico-performática. Observamos a utilização de recursos linguísticos como interlocução, na narrativa de Giselle, que recorre com frequência ao cacoete articulador “né?”, ou a mudança de entonação na narrativa de Edna, quando salienta que os homens não gostam

mesmo de usar a camisinha e que a negociação dessa prática não é fácil para as mulheres. As análises temática, estrutural e dialógico-performática desses trechos nos forneceram importantes elementos narrativos. Os elementos identificados analiticamente demonstram o quanto a questão da violência, ainda mais quando associada às da soropositividade e da negociação do uso da camisinha persistem como um dificultador para as mulheres, particularmente para aquelas que vivem com HIV/aids.

De acordo com Gomes, Diniz, Camargo e Silva (2012, p.110), autoras que discutem a vivência da violência conjugal de homens e mulheres, “a violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos que traz repercussões físicas e psicológicas, sendo fator de risco para o desenvolvimento de diversos problemas de saúde (...)”. Embasadas nessas elaborações das autoras e nos trechos narrativos apresentados anteriormente, acreditamos que o risco para a infecção com o HIV encontra-se entre esses diversos problemas de saúde que se relacionam com a violência contra a mulher em relações de conjugalidade.

No que concerne aos fatores que contribuem para a violência contra a mulher nas relações conjugais, as autoras afirmam que estes são múltiplos e recomendam que raça, escolaridade e classe econômica como elementos que devem ser analisados em estudos sobre a violência conjugal. Ao discutirem os resultados que encontraram em sua pesquisa sobre a vivência da violência conjugal, afirmam que raça, como marcador de opressão/privilegios, deve ser considerada quando se trata de implicações e vulnerabilidade para a vivência de violência. Segundo Gomes e colaboradoras (2012), as mulheres e crianças negras e pobres estão mais expostas à violência doméstica, que os companheiros como principais perpetradores da ação violenta. As autoras sinalizam, a partir deste estudo, a associação entre a categoria raça/etnia e a vivência da violência conjugal por homens e mulheres, seja na condição de vítima ou de agressor.

Em relação às questões econômicas, as autoras destacam que quanto menos desenvolvida é a região e quanto menor o poder aquisitivo da comunidade, mais marcante é a cultura patriarcal. Esses fatores contribuem para que mais arraigada seja a crença acerca dos papéis de gênero, que reflete a assimetria de poder entre o casal e naturaliza o domínio do homem sobre a mulher e o papel desta na sociedade: casar, cuidar da casa e dos filhos. De acordo com as autoras: “essa construção desigual entre os gêneros favorece a construção da violência na relação conjugal e permite compreender a permanência da mulher nesta relação” (GOMES; DINIZ; CAMARGO; SILVA, 2012, p.112).

Sobre a escolaridade, as autoras afirmam que os dados quanto à escolaridade das pessoas em situação de violência conjugal são de extrema importância, pois, segundo estas,

quanto maior a escolaridade da mulher, menor será o tempo que ela admitirá a violência. As autoras destacam outro fator que, associado à escolaridade, constitui-se num dos agravantes da violência contra a mulher nas relações de conjugalidade, qual seja, a ocupação da mulher do mercado de trabalho. Segundo as autoras,

A análise da renda se faz necessária uma vez que estudos apontam que a dificuldade financeira vem sendo fator de desentendimentos e, portanto, motivo para criar situações de conflitos que culminam em agressões no âmbito doméstico (...) A dependência financeira é um dos motivos relatados pelas mulheres para não deixarem seu companheiro, especialmente quando existem filhos, pois sem remuneração, a mulher fica impossibilitada de se auto-sustentar e de sustentar seus filhos. O grau de dependência econômica tem relação direta com o nível de escolaridade por constituir-se pré-requisito para entrada no mercado de trabalho. (GOMES, DINIZ; CAMARGO; SILVA 2012, p.113-114)

O estudo acerca da feminização da aids a partir da perspectiva das vulnerabilidades requer a compreensão dos múltiplos aspectos sociais, políticos e individuais envolvidos, dentre eles a violência. Nesse sentido o questionamento dos “padrões sociais” considerados aceitáveis e consequentemente das identidades masculinas e femininas impostas se torna inevitável e relevante.

Os relatos obtidos nas entrevistas desta pesquisa, nos impelem a ampliar as discussões sobre outro eixo temático acerca das vulnerabilidades ao HIV/aids que apareceu nas subtramas das narrativas, a aceitação da infidelidade masculina.

5.1.3 Aceitação da infidelidade masculina

Outro aspecto significativo que apareceu sobre relações de gênero nas narrativas e que contribui para a vulnerabilidade das mulheres em relações de conjugalidade ao HIV/aids é a aceitação da infidelidade masculina. Muitas mulheres, ao estabelecerem com seus parceiros conjunturas afetivo-conjugais, se pautam em ideias de confiança. Essas ideias em alguns casos se encontram desvinculadas da necessidade de prevenção no tocante à aids. As ideias reproduzidas são as de que *quem ama confia* e, portanto, não precisa usar camisinha, que *homem é só um* e que *a mulher não deve se separar*, pois corre o risco de ficar sozinha, como nos sugere Carvalhaes (2010). Nas palavras da autora,

(...) muitas mulheres ainda estão impregnadas de certa permissividade à condição de masculinidade associada à traição e ao direito ao prazer, e, embora contrarie a confiança estabelecida entre o casal, o fato de o homem buscar uma mulher fora de casa, ou sempre querer transar, é considerado algo natural e esperado. [...] as mulheres HIV+ que foram contaminadas por seus parceiros “concebem a

contaminação sob uma ótica de legitimidade, uma vez que esta ocorre num contexto aceitável, a conjugalidade, o que as distingue dos demais ‘outros’ doentes. (CARVALHAES, 2010, p. 104, 106)

Essas ideias socialmente construídas da aceitação da infidelidade masculina e do papel da esposa como uma cuidadora inseparável de seu marido contribui para que muitas mulheres que foram infectadas por seus maridos devido a um relacionamento extraconjugal mantenham suas relações e cuidem deles até a morte em decorrência do agravamento da aids ou por outras causas. Essa experiência da mulher como cuidadora é narrada por três das cinco mulheres entrevistadas. A seguir apresentamos trechos narrativos nos quais as entrevistadas falam dessa identidade feminina que atribui à mulher o papel de cuidadoras dos maridos. A partir da análise temática desses trechos narrativos identificamos subtramas como “*Morte do primeiro marido por HIV*” e “*O papel da mulher como cuidadora do marido*” na narrativa de Edna; “*morte, perdão e cuidados com o marido*” presente na narrativa de Giselle; e “*O papel da mulher como cuidadora do marido*” presente na narrativa de Maria Aparecida.

Edna:

[E você já pensou nisso assim dele... quando você fala que no fundo ele sabia e ter passado para você... você pensou nisso de alguma forma? Como que foi isso assim pra você]

Ah assim... passou tanto tempo né? Eu não sei te dizer agora ((risos))... sei lá... não houve assim uma revolta porque eu gostava muito dele e eu sei que ele também gostava muito de mim. Mas eu tinha um sentimento de que se ele permanecesse comigo ele tava vivo até hoje... desse tipo assim... sabe? Porque... parte da situação dele que ele morreu... além dessa questão da depressão tinha uma outra doença também... ele tinha... direto ele tinha problema de hipoglicemia... era o inverso de diabetes... ele tinha... se ele não comesse ele passava mal direto... esse foi um dos agravantes também. E ele tinha aquela síndrome do cólon irritado qualquer que ele comia... assim não caía bem... era um terror assim... tipo de dar diarreia... de dar indigestão... essas coisas. Então ele teve outra doença que tornou ele mais vulnerável ainda sabe... então tinha outras coisas que culminou na morte dele... porque até no... no... no... atestado de óbito dele tem várias coi... ((risos))... várias doenças e isso aí também... na verdade o que teve que arrumar uma internação correndo assim pra ele foi que ele entrou em coma hipoglicêmico... né... parte da causa morte dele.

[entendi... você percebe isso Edna... você fala se ele estivesse com você... a mulher... a relação do homem e da mulher no HIV... a mulher ... quando o casal permanece junto... a questão dos cuidados acaba sendo algo assim de um apoio da mulher? Como é que você vê isso?]

Bom... eu acho que há um apoio mútuo... né dos dois... um apoiando ao outro. Mas assim... dentro das minhas andanças... eu vejo que é a mulher que cuida mais do que... ela tem que se cuidar pra cuidar do homem... sabe? Isso é bem claro. Porque a maioria das mulheres que eu conheço que são viúvas é... normalmente os homens eles negam até o último... quando assim já tá num estado terminal.

Giselle:

E mas não teve mais assim... VOCÊ FEZ ISSO... VOCÊ FEZ AQUILO... NÃO TEVE MAIS E HOUVE UMA CUMPLICIDADE... PRINCIPALMENTE DEPOIS QUE ELE DESCOBRIU. Minha mãe morreu em 2004...em janeiro de 2004... ele morreu em... em... agosto de 2005... meu marido. Foi com problema de câncer foi nem de aids... ele tomava dois comprimidos... ele tomava um comprimido agora de manhã como se fosse um anticoncepcional... e um de noite... eu já tomava um cacete né... num senti uma dor na unha. Ele morreu com todo corpo... meu marido tinha um metro e noventa. Mas nenhum momento no leito da morte dele... nenhum momento ele me pediu... ele deixou de me pedir perdão... ELE ME PEDIU PERDÃO TODOS OS DIAS ... PATRICIA ((bate na mesa nesse momento))... todos os dias...todas as horas... que ele tava vivo ele me pedia perdão ((choro)) pediu desculpa... e eu dizia: “Meu filho... desculpa... não se preocupe com isso”... “Se me desculpa mesmo de coração?” “Claro... cara... eu tô aqui com você fazendo o quê?” num é? Que eu acho que é isso... que o amor vence todas as barreiras... e eu tinha amor por ele ((choro bem sentido)). Pra você ter uma ideia depois que ele faleceu eu comecei a ter uma neura... comecei a dizer que amava um finado... como é que pode a pessoa amar um finado? Como é que a pessoa pode amar uma pessoa que já tá morta? NUM EXISTE... eu disse “pronto... pirei né... o cabeçaço”. Mas eu sinto falta... dele sabe por tudo... ((choro))...

Maria Aparecida:

Aí as minhas irmãs disseram pra mim separar dele... aí eu peguei... parei pensei... mas me separar... ele tem eu já tô... a minha guria graças à Deus não tem... aí eu pensei... perdão da palavra... que é verdade né? Já que eu tô na merda... na merda eu vou ficar. Aí ia adiantar alguma coisa Patrícia eu me separar num momento desse? Aí filha pra um lado... filha pro pai... filha pra mãe... aquela coisa todo que tu já sabe né? aí eu pensei assim sabe... OLHA SEJA O QUE DEUS QUISE. EU VOU ENFRENTAR. SE VEIO ISSO PRA MIM ENTÃO EU VOU enfrentar... VOU FAZER O QUÊ? AÍ DAÍ NAQUELE MOMENTO... EU FALEI PRAS MINHAS GURIAS... PRAS MINHAS IRMÃS... que eu não ia deixar dele. Ele até falou pro médico que se eu deixasse dele ... ele ia atravessar a rua e ia SE MATAR. Aí eu disse “cê que sabe”... aí ele “cê vai fazer isso” eu disse “eu não vou fazer nada... cê sabe disso”... aí eu fui... eu fui pegando com Deus... pegando com Deus... eu fui muito... fui muito assim pra igreja... pegando com Deus... e assim... eu não podia abandonar ele... porque na verdade ele precisa de mim... eu preciso dele... e a minha filha precisa de nós dois. Até porque ela era assim novinha ela tinha 3 aninhos pra 4. Eu não vou me separar... aí eu não me separei né... só me separei por perca de morte mesmo.

A análise temática desses trechos narrativos nos permitiu identificar vulnerabilidades que são definidas como individuais e/ou sociais. Podem ser destacados, nas narrativas, argumentos que de certa forma reforçam o papel da mulher como cuidadora do marido infiel. A análise dialógico-performática nos possibilitou identificar a utilização de recursos linguísticos tais como: interlocução com a pesquisadora (narrativas de Giselle e Maria Aparecida), utilização de sons expressivos ao bater na mesa (narrativa de Giselle), e mudança de entonação verbal nas narrativas das três entrevistadas. Esses recursos, assim como os temáticos, marcam o posicionamento das entrevistadas em relação à suas experiências em “eus” (*selves*) que podem ser caracterizados como “esposas cuidadoras de maridos doentes em virtude da aids.”

Destarte, podemos ver nesses trechos que a utilização das falas é realizada de modo performático, na medida em que as entrevistadas apresentam à interlocutora faces de seus “eus” (*selves*) preferenciais, tais como o da esposa cuidadora, presente na narrativa de Maria Aparecida. Do ponto de vista estrutural, os trechos narrativos são marcados por intensos momentos de orientação onde as entrevistadas situam a pesquisadora em relação ao enredo, personagens e acontecimentos sobre as histórias de adoecimento de seus companheiros, seguidos de momentos de avaliação onde relatam suas experiências narrando sentimentos diante da situação. Nesses trechos, identificamos também vários momentos de codas, marcadas por pausas, choros, risos e/ou interrupções da cadência da fala, que demonstram o quanto essa questão do cuidar do parceiro doente, nos momentos de proximidade com a morte, é intenso e por vezes difícil nas experiências das entrevistadas.

De acordo com Maia, Guilhem e Freitas (2008), a introjeção de valores e ideais sobre a virtude conjugal e a aceitação da infidelidade masculina, contribui para um aumento da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids. Para os mesmos:

[...] a prevenção do HIV/Aids entre heterossexuais com relacionamentos estáveis pode ter como obstáculo o quanto essas pessoas estão vinculadas a crenças e valores morais associados ao casamento; na concepção ocidental, representariam atributos como amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade. Há um pressuposto de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, homens e mulheres estariam protegidos do risco de se infectarem. (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008, p.244)

As elaborações dos autores, assim como os trechos narrativos, nos convidam a ressaltar o argumento já trabalhado de que o HIV/aids ainda é visto como a “doença da rua” ou “do outro”. De acordo com Maia, Guilhem e Freitas (2008), será justamente este um dos principais fatores que faz com que haja pouca discussão deste tema entre casais. Os autores, ao exporem dados de uma pesquisa que realizaram com casais heterossexuais em relações de conjugalidade, sobre o HIV/aids, afirmam que as falas de seus entrevistados sobre relações de gênero e valores culturais sobre amor e fidelidade expressam o “mito do amor romântico” como atributo essencial da felicidade. Essa visão romântica e eternizada do amor, de acordo com as discussões dos autores, pode fazer com que o casal abandone a utilização de preservativo e assuma comportamentos tais como o de aceitação da infidelidade do parceiro, como discutimos. Tais comportamentos contribuem para a vulnerabilidade do casal e a consequente feminização da aids. Acreditamos que esses mesmos valores culturalmente construídos têm ainda colaborado para o posicionamento de muitas mulheres de permanecerem ao lado de seus maridos como cuidadoras e companheiras nos momentos de adoecimento e/ou morte por aids.

Nos trechos que se seguem, retirados das narrativas de Giselle, Patrícia e Medianeira sobre a aceitação da infidelidade masculina, foram identificadas vulnerabilidades definidas como sociais que decorrem destas construções sociais acerca do amor romântico e das identidades masculinas e femininas nas relações de conjugalidade.

Giselle:

NOSSA... OLHEI LOGO... VOCÊ ME TRAIU NÉ... É TRAIÇÃO... E DE FATO NÉ... EU TAVA DENTRO DO HOSPITAL INTERNADA E ELE TÁ NO MEIO DO MUNDO... DENTRO DE UMA ESTAÇÃO RÁDIO LÁ... LÁ EM PERNAMBUCO QUE CHAMA LÁ NO PINA... COMIGO E COM OUTRA... MESMO ELE JÁ SABENDO DA SOROLOGIA DELE... MESMO ELE JÁ SABENDO QUE EU ESTAVA INTERNADA... NÉ ENTÃO... só que assim... depois... depois eu fui começar... a gente começou a discutir... separou... lá... lá...lá. E a gente botava um na cara do outro: “Foi você... foi você...” aí eu comecei analisar desse jeito... que que adianta... “eu jogar na tua cara... tu jogar na minha... num vai se desfazer em nada gente” e aí a gente continuo... né. E por fim... a gente já tava... antes dele morrer a gente já tava oito meses separado de corpo... né.

Então... aí eu disse nossa como assim? Eu sou... gente... não acredito não. Fiquei com muita ira. Eu fiquei muito... muito... muito irada com ele. Como é que ele podia ter feito aquilo comigo. Como é que ele sabendo do amor que eu tinha por ele... aí um certo dia a gente descobriu... dizem que tinha uma menina lá onde a gente morava... tinha uma praça onde ele fazia ronda... que era a praça da Vila Militar... onde a gente morava. Que a menina deixou uma carta e nessa carta tinha uma lista que ela tinha morrido de HIV e o nome das pessoas... e o nome dele tava no meio... né. Aí eu disse: “poxa... então ele tava me traindo”... fazendo o trabalho dele... fazendo o plantão dele... ele fazia ... o serviço dele e tava me traindo... me traía. Então eu comecei a monitorar ele... chegava a levar janta pra ele de noite... quando eu cheguei lá... umas duas vezes ele tava lá com um monte de menininhas rodeado. Então assim... foi muito chato... foi muito... tanto é que ficou aquele negócio... “há foi você... foi você... vou lhe processar... e sei o quê lá... lá...lá”... foi muito... muito... EU ME SENTI MUITO TRAÍDA... por ser uma mulher que amava ele... muito e me senti muito traída. Muito... muito... mas isso não me levou até o cérebro não... porque eu perdoei ele de coração e ele sabe onde ele tiver que eu perdoei mesmo.

Eu vejo muitas mulheres que continuaram com os maridos após a traição ... porque a gente tem no nosso movimento mulheres que foram infectadas pelo marido e até hoje estão com ele... muitas. E tem mulheres que infectaram seus maridos pra eles serem soropositivos junto com elas... temos relato. FATO. E agora a gente nunca imaginou que essa pessoa iria fazer isso... porque eu jamais eu iria fazer isso. EU GISELLE JAMAIS EU IRIA INFECTAR O MEU PARCEIRO QUE EU AMO E PORQUE ELE QUER. Tem mulheres que o parceiro quer transar sem camisinha e elas transam... e eu digo: “GENTE CÊ TÁ DOIDA” “mas ele quer” “EU DIGO NÃO INTERESSA CARA... VAI SER RUIM PRA VOCÊ... SEI LÁ SE ELE NÃO SAI COM OUTRA LÁ FORA... VAI PEGAR UM PROBLEMA MAIOR E TE COLOCAR” “Há mais ele quer eu transo sem camisinha mesmo”

Medianeira:

Eu acho assim... das mulheres casada você sabe que é muito difícil... no meu pensamento é um... mas pra passar pra elas já é outro... a gente sabe é o amor da vida delas... é o amor delas que teve filhos e tudo... então elas são muito apegadas e muitas nem tão aí e querem continuar com seus companheiros... quer continuar pode... mas elas têm que ter outra vida... tem que usar a camisinha feminina se eles não querem... pra eles não ficarem que só tem que usar o preservativo da parte deles... entende?

Patrícia:

E aí assim oh... ãh... tinha pessoas que me alertava assim... né... amigos assim... que diziam... “olha... cuidado... não é bem assim”((fala dos amigos))... mas eu como tava apaixonADA... A-MOR...AQUELA COISA TODA. E... e era bom tá com ele... sabe. Então eu me fechei... eu botei aqueles coisinhas de cavalo assim... não tá acontecendo nada... vocês é que tão vendo coisa que NÃO É. E aí depois quando eu mandei ele embora... que ele foi embora tudo né... eu só sabia chorar... eu não conseguia fazer mais nada dentro de casa... por causa de tudo que tava acontecendo... e sozinha... sem poder dizer... porque como é que eu ia contar pra alguém? E pra quem que eu ia contar? Sabe aquela coisa assim... né... bá... tu num tem noção. Só a pessoa mesmo que passa por isso pra saber... mas enfim. Aí eu peguei... e... e comecei a ver as coisas com mais clareza assim... e aí eu vi que ele tava comigo e tava com mais duas que também eram lá do município...

Daí foi quando ele me disse que eu tinha HIV coisa e tal ((tossiu)) e aí eu descobri essas outras pessoas que ele tava junto também. E aí tá... daí... passou... num procurei mais também... num queria nem mais saber... e aí eu vim descobrir... e daí... essas coisas vem tudo pra ti... TU NÃO PRECISA PROCURAR... as coisa vem até ti. Daí eu descobri que ele tava nas drogas... que já tava no crack... e... que daí ele tinha entrado pra uma clínica de reabilitação... tava se recuperando... e depois tinha ido pra um outro município lá do Rio largo lá perto da grande Porto Feliz... e tinha virado pastor. Que ele era da igreja... tinha virado pastor. E aí eu até conversei com uma irmã minha depois... que daí eu já tinha falado pra ela... e aí eu disse para ela “é ... pois é... se eu soubesse na época né... que a gente fica tão transtornado... tão... né... e até mesmo pela reação das outras pessoas... que eu podia ter denunciado ele”... porque além de mim... que eu sabia que ele tinha contaminado mais duas... e quantas mais ainda?

Mas é isso que eu vejo agora. Porque assim como eu faço parte também... como eu te falei da [DELU] ((nome de um dos grupos de apoio dos quais a entrevistada participa)) que é das mulheres negras. E aí eu vi... que a gente faz intervenções nas ruas... e aí eu vi isso um tanto de mulheres que falavam isso pra mim... né... e eu dizia pra elas e eu tornava a dizer pra elas... “mas não é assim... a gente não pode pensar assim... porque eu vivenciei isso” entendeu? Então eu queria passar pra elas assim... pra elas não ficar só acreditando no parceiro... pra elas realmente se cuidarem... pra elas se prevenirem ... porque não é o parceiro delas que vai cuidar delas... infelizmente é assim...SABE... E AÍ... E NESSAS INTERVENÇÃO EU TENHO VISTO MUITO ASSIM... TENHO TENTADO PASSAR UM POUCO DA MINHA EXPERIÊNCIA PRA ELAS.

Esses trechos narrativos apresentam argumentos que ressaltam a ideia do amor romântico como um fator que contribui para as vulnerabilidades definidas como individuais e/ou sociais de mulheres em relação de conjugalidade ao HIV/aids, identificadas via análise temática. Os elementos narrativos identificados nas falas das entrevistadas que ressaltam

vulnerabilidades individuais e/ou sociais a partir de argumentos foram “é o amor da vida delas”, “eu estava apaixonada” e “eu era uma mulher que amava ele muito”. Do ponto de vista da performatividade narrativa é possível identificar recursos linguísticos como interlocução, discursos indiretos e mudança de entonação, que parecem acentuar a intensidade dos sentimentos nas experiências de apaixonamento das entrevistadas. Essa intensidade das experiências de apaixonamento é ainda identificada a partir da análise estrutural dos trechos narrativos. Os trechos são marcados principalmente por momentos de ação complicadora (quando narram a descoberta da infidelidade e/ou da infecção com o HIV/aids em virtude desta) e de avaliação (quando expressam seus sentimentos em relação ao companheiro).

Os trechos narrativos descritos nesta subseção do texto versam sobre vulnerabilidades ao HIV/aids e relações de gênero que perpassam o contexto do viver com HIV/aids. Carvalhaes e Teixeira Filho (2012) também exploram essas questões:

Nessa conjuntura, profere-se a ideia de que homens e mulheres apresentam anatomias, subjetividades e papéis sociais diferentes, o que justificaria assimetrias de acessos à vida política, econômica e cultural. Através desse projeto político, a sexualidade feminina foi associada a imagens de imperfeição, passividade, pecado e reprodução, enquanto a sexualidade masculina foi associada à ideia de virilidade e prazer. A “distinção sexo/gênero sugere uma distinção radical entre corpos sexuais e gêneros culturalmente construídos”, sendo a presunção de coerência dos gêneros homem e mulher associada à imposição e aos limites impostos por uma heterossexualidade compulsória, estável e oposicional que se engendra no interior de um sistema de sexo/gênero rígido (CARVALHAES; TEIXEIRA FILHO, 2012, p.379).

Acreditamos que muito ainda temos que discutir sobre as assimetrias nas relações de poder entre homens e mulheres, salientadas neste primeiro eixo temático, quando falamos de vulnerabilidades de mulheres em relações de conjugalidade ao HIV/aids. Nosso esforço analítico teve esse propósito e, a nosso ver, se sintoniza com um tema que deve ser processualmente pautado em outros estudos. Passaremos às problematizações e análises permitidas no segundo eixo de discussão criado a partir da análise temática, que aprofunda a discussão entre vulnerabilidades e conjugalidade.

5.2 Vulnerabilidade ao HIV/aids e conjugalidade

Para compreendermos a questão da aids no contexto da conjugalidade, mais do entendermos as relações de gênero é também preciso que façamos a interpretação histórica de fatos individuais e sociais que ocorrem no interior das relações afetivo-conjugais (CARVALHAES, 2010). Essa interpretação histórica permite não só a compreensão da aids,

mas também das múltiplas vulnerabilidades em relação a esta doença, as quais as mulheres em relação de conjugalidade se encontram suscetíveis.

Para muitas mulheres, o desejo de vivenciar um amor, de formar um lar, uma família baseada em uma relação conjugal duradoura, muitas vezes, contribui para uma postura de passividade diante de qualquer acontecimento que venha perturbar a ideia do “lar, doce lar”. O que faz com que muitas assumam posturas que temos aqui analisado, tais como não usar preservativo em suas relações sexuais, ou mesmo aceitarem a infidelidade de seus maridos, para agradá-los e manterem seus relacionamentos. Outra questão que perpassa o ideário feminino sobre o amor, baseada, sobretudo, na noção do amor romântico, é a impossibilidade de se colocar em discussão o amor e consequentemente as relações conjugais. Autores como Chaves (2006) e Saldanha e Figueiredo (2002) afirmam que, para alguns, isso pode parecer estranho, sobretudo para os que veem o amor como algo que não é para ser pensado ou colocado em questionamento.

Os ideais femininos de conjugalidade e da suposta fidelidade do parceiro no amor romântico se constituem como fatores que em algumas relações conjugais têm contribuído para as vulnerabilidades das mulheres ao HIV. Na cultura ocidental, o uso de preservativo tem se contraposto a esses ideais que são percebidos por homens e mulheres como absolutos, assim como destaca Oltramari (2007, p.84): “homens e mulheres partilham a ideia de que o eu e o outro somos um.” Desta maneira, a interpretação corrente é que “se eu sou um com meu parceiro e o amo, não preciso de preservativo.” Essas interpretações feitas pelos parceiros aparecem em um dos trechos da narrativa de Giselle e demonstram as vulnerabilidades definidas como social a que estes se encontram suscetíveis em função dessa construção social acerca do amor romântico.

Giselle:

E... a questão realmente do uso da camisinha pra os jovens ainda é que é difícil... quando eu vejo uma menina de 14...15 anos grávida... isso me dói tanto... que dá vontade de perguntar: “minha filha... existe camisinha”... mas eu não posso me meter na vida das pessoas... né? E a gente tá com essa dificuldade né... porque o Ministério da Saúde ele colocou lá um... um ... como é que a gente fala? Uma pesquisa lá que... dos 13 aos 29 anos... que os adolescentes estão se infectando... porque... “ah... vou usar camisinha nada... prova de amor... num sei o quê... (...) É... existe tanta prova de amor... sem ser logo a camisinha...né?”

Giddens (1993) se tornou referência nas leituras sociológicas sobre o amor romântico e sua influência sobre as mulheres. Segundo este autor, o surgimento do ideal do amor romântico tem que ser compreendido em relação a vários conjuntos de influências que afetaram as mulheres a partir do século XVIII, dentre eles, a criação do lar aqui já referido.

Esse “lar, doce lar” do amor romântico, segundo Giddens (1993), tem em suas origens os ideais de uma conjugalidade na qual existe sempre a suavidade e a passividade da mulher enquanto esposa, e o domínio do homem sobre sua pessoa e conduta. Esses ideais da conjugalidade e da escolha do parceiro ideal e para toda vida constituem-se como modelos de comportamentos e conduta que ainda balizam as relações entre homens e mulheres e favorecem muitas vezes as inúmeras vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas à aids.

Ademais, podemos também afirmar que esses ideais, somados aos da maternidade e da relação entre pais e filhos, citados por Giddens (1993), continuam ainda hoje a influenciar as posturas e escolhas de muitos casais em suas relações conjugais. De maneira mais contundente, tais ideais continuam a influenciar as escolhas e posturas de muitas mulheres, principalmente no que diz respeito à sexualidade. Corroborando os argumentos de Giddens (1993), Figueiredo e colaboradores (2013) observam que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids é permeada por questões como: a prática sexual como dever da esposa, a banalização da violência de gênero pelo parceiro íntimo, as relações amorosas incondicionais, e a manutenção da família como um valor para a qualidade de vida e para os cuidados. Observamos esses valores relativos ao amor incondicional, à manutenção da família e aos deveres da mulher como esposa cuidadora presentes em alguns momentos dos trechos de Maria Aparecida e Medianeira, que apresentaremos adiante.

Dificuldades, como por exemplo, a negociação do uso do preservativo nas relações sexuais entre homens e mulheres, se apresentam como fatores diretamente associados às vulnerabilidades definidas tanto como individuais quanto sociais das mulheres ao HIV/aids. Vulnerabilidades que muitas vezes se constituem por influências desses ideais. Além dos fatores já citados, temos uma cultura que por vezes aumenta a dificuldade dessa negociação para as mulheres. O fato de uma mulher possuir um preservativo na bolsa é frequentemente entendido como uma prova de que ela está disponível sexualmente, o que faz com que a maioria delas tenham propor seu uso na relação. Além disso, “para muitas mulheres, depois de anos de casamento, é difícil propor ao marido novos acordos e pactos que incluam o uso do preservativo” (KIND, NASCIMENTO, GONÇALVES, CORDEIRO, 2015, p.99). Essa afirmativa pode ser relacionada à narrativa de Giselle ao nos contar sobre a fala de um rapaz em uma das suas palestras sobre nunca usar camisinha em suas relações sexuais:

Giselle:

(...) então... “presta atenção... você é jovem... usa camisinha... Se você pegar uma mulher com camisinha o quê que você faz?” “Eu acho que ela faz programa” ((fala do rapaz)) “Ela tá te protegendo e SE PROTEGENDO”

Outro temor que muitas mulheres cultivam, como já relatado, é o de sofrerem violência física ou psicológica por parte dos parceiros. Aliados a esses elementos, ainda persiste a ideia, mencionada por Carvalhaes (2010), de que a camisinha coloca em xeque o ideal de amor romântico e a perspectiva de que a mulher que ama deve se entregar incondicionalmente ao parceiro.

A partir dessas problematizações, podemos observar, como aponta Singly (2006), que esse modelo de amor, tornou-se eletivo, primeiro no imaginário e depois nas práticas dos casais heterossexuais. Este é um modelo, ainda hoje importante para muitos homens e mulheres em sua constituição subjetiva, pois se alia não somente aos ideais já problematizados da formação de um lar pela via da conjugalidade, da maternidade, e da relação pais e filhos, mas também à simbologia da desfiliação positiva, que significa para os sujeitos, o desenraizamento necessário para a construção da própria vida (SINGLY, 2006).

Essa desfiliação positiva, seguida da construção da própria vida, se caracteriza também como um dos fatores que influenciam algumas mulheres na manutenção de seus relacionamentos conjugais e, conseqüentemente, nas escolhas sexuais e práticas amorosas que empreendem para essa manutenção, tais como a aceitação de relações sexuais sem uso de preservativos e a tolerância à infidelidade masculina, aqui já problematizadas. Os casamentos ou demais tipos de relações de conjugalidade, ainda significam, para muitas, a oportunidade de sua manutenção financeira e/ou de aquisição de uma casa, um lar, desvinculado dos pais e/ou da família de origem. Podemos ver estes elementos nas narrativas de Giselle e Maria Aparecida:

Giselle

É o meu caso né... me infectei já casada. Quer dizer não... eu não era casada... foi um relacionamento junto... a gente tava junto... e minha mãe fez eu casar com ele porque sabia que ele ia morrer né. Minha mãe era médium... minha mãe dizia “vá... você tem que casar com ele viu... ele é militar... ele vai deixar uma pensão pra você... lá..lá... lá” era o pensamento dela e foi feito. Ela disse: “olha filha não se preocupe com ele... não quebre a tua cabeça com ele... por que ele vai primeiro do que você” e foi... meu marido morreu com 30 anos.

Maria Aparecida:

(...)eu optei por não me separar como eu falei pra ti né? Aí fomos pro médico... aí naquela época... eu não vou me separar porque vou morrer cedo... ele vai morrer ... eu também vou... ((interrompe pra dizer que está chovendo))... aí eu peguei e conversei com o médico tudo... aí o médico disse: “o problema de separar...” ele disse: “separa... tu pode se separar...” aí eu disse: “por incrível... mesmo eu tendo sido afetada... eu gosto dele... e eu não quero mais me separar também não é por eu gostar dele ...” porque tinha hora que eu olhava pra cara dele a vontade que eu tinha era de estrangular sabe? E jogar ele porta a fora... a minha irritação era essa... que no meio daquele casamento eu pensava era na menina né? porque ela era pequenininha... se separa que que acontece... passa uma semana com a mãe... um mês ou dois ... sei lá ... UMA SEMANA COM O PAI... aí eu pensava que a menina ia tá rolando. Aí eu peguei e disse pras minhas irmãs: “olha já que eu tô na merda... na merda eu vou ficar”. E tem outra... daí eu falei pra minha sogra e pro meu sogro: “VO-CÊS VÃO ME A-JUDAR... no que eu posso... no que eu puder... NO QUE EU PRECISAR VOCÊS VÃO ME AJUDAR... porque vocês tem dinheiro mais... melhor que eu...” o pai do meu esposo... meu sogro é bem melhor de vida do que eu ... “ e eu não vou arcar com as consequências sozinha”... aí eu chamei a minha sogra... chamei ele. Aí ele: “não... tudo bem... a gente vai... vai te ajudar no que tu precisa”(fala do sogro) ... até naquele momento eles me ajudaram.

Essa ideia é também trabalhada por Carvalhaes e Teixeira Filho (2012). E, esses autores afirmam, a partir de uma pesquisa que realizaram com mulheres soropositivas, que:

Entre as vulnerabilidades individuais que produziram risco às infecções destacaram-se contextos, concepções e dificuldades experimentadas com as famílias de origem. Percebem-se nas narrativas a fragilidade e/ou a ausência de vínculos com os pais, os irmãos e/ou outro cuidador, o que consolidou para algumas as parcerias afetivo conjugais como possibilidade de sobreviver e/ou construir uma família (CARVALHAES, TEIXEIRA FILHO, 2012, p.382).

No entanto, ao refletirmos sobre os diversos modos de constituição de conjugalidade contemporâneos julgamos relevante problematizar, a questão da interseccionalidade³¹ de gênero, geração, raça, escolaridade e classe em contraponto aos ideais do amor romântico e da dependência financeira apresentados. De acordo com os dados do *Boletim Epidemiológico HIV/Aids* de 2015 em relação à raça/cor autodeclarada entre as mulheres soropositivas, 47,2% são brancas e 51,8% são pretas e pardas, enquanto os dados sobre escolaridade e geração, registram aumentos significativos ao longo dos anos de 2007-2015 dos casos de aids entre as mulheres com baixa escolaridade e com idade acima de 50 anos (BRASIL, 2015). Trabalhando com essas questões, Taquette (2010) destaca que,

O que se verifica é que as vítimas atuais, em especial mulheres negras e pobres, vivem em contextos sociais em que vários fatores potencializam suas vulnerabilidades às DST/aids, entre eles a violência baseada em gênero, a discriminação racial, a pobreza e a baixa escolaridade. Ou seja, percebe-se que a epidemia é resultante não apenas da ação patogênica de um agente viral específico e sim de outros determinantes. (TAQUETTE, 2010, p.52-53).

Os dados do Boletim Epidemiológico de 2015 e as elaborações de Taquette (2010) em certa medida corroboram os relatos e os dados coletados sobre Maria Aparecida e Giselle, uma vez que estas apresentam baixa escolaridade, conforme destacamos no Quadro 4, no qual apresentamos uma caracterização das entrevistadas (página 41). O mesmo ocorre com as mulheres mencionadas por Medianeira em sua entrevista, uma vez que nos informou se

³¹ Em artigo recente, Magliano (2015) delimita contornos teórico-metodológicos para os estudos de interseccionalidades. Segundo a autora, “[a] interseccionalidade faz referência a todas as posições do sujeito, as quais são fundamentalmente constituídas pelo gênero, a raça, a sexualidade e a classe social (...) A maior parte dos estudos sobre interseccionalidade está focada nas posições particulares dos sujeitos que enfrentam formas de opressão e exclusão. Neste sentido, o sujeito privilegiado como objeto de análise tem sido o oprimido, o excluído, aquele sobre o qual recaem as lógicas de dominação e desigualdade. (...) O conceito de interseccionalidade aposta em uma noção de uma posição política atada a uma forma singular de identidade (por exemplo, gênero, etnia, raça, classe social, etc.) que se assenta na necessidade de recuperar as experiências dos grupos subordinados e as relações de poder que enfrentam em diversos contextos sócio-históricos” (MAGLIANO, 2015, p.694; 698, tradução livre nossa). Para Magliano (2015), não existe uma forma de interseccionalidade, mas várias, que dependem do grupo social a se estudar e do universo sócio-histórico particular.

tratarem de mulheres pobres, muitas delas negras, das mais variadas idades, o que inclui mulheres de 70 anos ou mais, e moradoras da periferia de Viamão. Nesta perspectiva, por um lado, temos a falta de condições financeiras e a baixa escolaridade como fatores que reforçam esses ideais românticos e a dependência financeira das mulheres em relação aos maridos, o que contribui para as vulnerabilidades ao HIV/aids. Por outro lado, temos o acesso, por parte das mulheres, à escolaridade, a melhores empregos e condições financeiras, como fatores que têm contribuído para a transformação da família e consequentemente da conjugalidade.

Pinelli (2015) argumenta que essa transformação na família (e consequentemente nos modos de conjugalidade) tem ocorrido em conjunto com as mudanças nas relações de gênero. A autora afirma que o nível de escolaridade aumentou entre as mulheres das novas gerações e que estas têm obtido melhores resultados acadêmicos, o que consequentemente as levou ao mercado de trabalho, gerando mudanças, como o adiamento de projetos de constituição de uma família. Outra mudança destacada pela autora diz da diminuição das assimetrias de gênero nesses casamentos, nos quais as mulheres são escolarizadas e têm emprego remunerado. Nesta vertente, Pinelli (2015, p.60-61) destaca que “se as mulheres possuem autonomia financeira, elas não necessitam casar para sobreviver economicamente e podem divorciar-se se a relação com seus parceiros torna-se insatisfatória”. Desta forma, concordamos com a autora sobre a ligação entre relações de gênero e família, de modo que as mudanças nessas relações estão ligadas às mudanças na família, e vice-versa, e que ambas estão sujeitas às forças das mudanças sociais. Assim, julgamos relevante considerar as variações nas conjugalidades heterossexuais que perpassam a questão da vulnerabilidade de mulheres em relação de conjugalidade ao HIV/aids.

A partir deste breve panorama, podemos perceber que muitos são os atravessamentos quando problematizamos as formas e as relações presentes nas diferentes formas de conjugalidade contemporânea e suas correlações com a vulnerabilidade feminina ao HIV. De acordo com Carvalhaes e Teixeira Filho (2012), pensar na vulnerabilidade ao HIV, a partir de uma noção simplista de que uma pessoa corre o risco de se infectar com esse vírus por se colocar “conscientemente” em uma situação onde há a possibilidade de adquiri-lo é reducionista e tendenciosa e sugere uma ideia de responsabilidade exclusivamente individual. Não podemos desconsiderar, por exemplo, como afirmam os autores, que “existem “condições sociais de risco” atravessadas por processos complexos de desigualdade, exclusão social e desrespeito aos direitos humanos, entre outros aspectos, que acabam por diminuir a potência de uma pessoa em se proteger” (CARVALHAES; TEIXEIRA FILHO, 2012, p.381). Os trechos retirados da entrevista com Giselle destacam esses múltiplos atravessamentos, e

reafirmam a intersecção de gênero, geração, raça e classe, além das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas presentes no cotidiano das mulheres.

Giselle:

[E essas informações você acha que as mulheres têm também... por exemplo de se contaminar... não se contaminar... sou vulnerável se eu transo sem camisinha. Se eu sou casada eu também posso ser infectada? Você acha que essas informações entre as mulheres elas tem essa consciência de maneira geral? Ou ainda é uma surpresa? Por exemplo...]

Ainda é uma surpresa... ainda é uma surpresa... porque assim... fazendo uma palestra aí o cara... aí eu perguntei: “quantos anos você tem de casado?”... aí ele falou que tinha acho que 16 anos... aí eu disse assim: “quantas vezes você usou camisinha com sua esposa?” aí ele falou: “Nunca”... aí eu falei: “imagina se tua esposa aparece infectada?” “Ah ela me traiu” aí eu: “porque... se você não fez exame...”

[...]

Então eu faço muito questionamento também é uma putaria... mas tem hora que eu fico séria e fico braba... porque... é muita... muita. Eu num posso nem ficar braba com eles... porque eu fico braba mais com a ignorância do que a mídia leva. A mídia não tá levando a informação correta... entendeu... eu não sei como se pode se levar isso. Nas escolas a gente não pode trabalhar porque se não a gente vai colocar na cabeça dos adolescentes que eles têm que transar... ELES JÁ TRANSAM... ANTES DA GENTE FALAR COM ELES. Né... tanto é que tinha um kit que a gente ia fazer trabalho na escola... não tem mais vetaram isso... mas tem escola por aí... escolas que têm outra cabeça... outros gestores...que têm outra cabeça de um mundo melhor... tem lá a caixinha da camisinha. Entendeu? Mas a vulnerabilidade ainda tá muito complicado... muito... muito. Muito... principalmente depois que chegou esse danado do “Viagra” né... nós estamos recebendo mulher no grupo aí... no grupão com 60 anos... 70 com HIV. É complicado.

Por fim, o último eixo de discussão que identificamos nas análises e que gostaríamos de problematizar é a “Vulnerabilidade ao HIV/aids invisibilidade e silenciamento.”

5.3 Vulnerabilidade ao HIV/aids invisibilidade e silenciamento

Ao longo da história, as mulheres tem sido invisibilizadas de muitas formas e em muitas relações, sendo a feminização da aids uma das consequências dessa invisibilização. Diante desta afirmação, destacamos as contribuições de Rodrigues e colaboradores (2012), quando ressaltam que se fazem pertinentes as discussões e estudos acerca do fenômeno da feminização da aids através do prisma da vulnerabilidade ao HIV/aids dentro do contexto das relações de conjugalidade.

De acordo com Oliveira e Rezende (2012), durante os últimos 30 anos, muitos foram os atores sociais e instituições que se utilizaram do campo das mídias, tornando-o um espaço propício para a discussão e produção de ideias e conceitos sobre a epidemia da aids em nossa sociedade, evidenciando diferentes processos do ver referentes à doença.

Tais processos se basearam, inicialmente, nos lugares privilegiados dos que detinham a fala sobre o assunto: os atores do campo científico. Por um lado, médicos e pesquisadores valeram-se dos meios de comunicação para divulgar novas informações sobre a aids e, por outro lado, o campo das mídias também se apoiou

nesses atores para a produção dos sentidos sobre a doença (...) (OLIVEIRA; REZENDE, 2012, p.148).

Em contraste a esses atores que detinham a fala, o anonimato daqueles que viviam e conviviam com a realidade da doença, principalmente nas décadas iniciais da doença era, muitas vezes, preservada por tarjas pretas em suas imagens e pelo uso de nomes fictícios (OLIVEIRA; REZENDE, 2012). A utilização dessas estratégias de anonimato permanece na atualidade. As escolhas dos nomes fictícios de “Patrícia” e “Maria Aparecida” para identificação ao longo desta pesquisa, realizadas por duas das entrevistadas, evidencia a busca desse anonimato justificadas nestes casos, pelo medo de que as filhas e/ou elas mesmas possam sofrer preconceitos em função de suas soropositividades. A busca por esse anonimato evidencia também a vulnerabilidade individual, social e programática a que muitas mulheres vivendo com HIV/aids assim como Maria Aparecida e Patrícia encontram-se suscetíveis devido a estigmas, violências, medos e preconceitos. Podemos ver o medo do preconceito que demonstram essas vulnerabilidades presentes na narrativa de Medianeira.

Medianeira:

[hum... hum... e você está conseguindo sensibilizar mais mulheres com esse trabalho né... no CTA... na ONG... tem aparecido mais mulheres pra conversar?]

Aqui na ONG quase não vem...tem que ficar chamando elas... agora eu vou ter umas atividades... quando eu vou lá e falo com elas... elas dizem que vem... vem... mas não veem. Não é questão de passagem... elas não pagam passagem... elas não veem porque não querem... né? É isso... a gente fica triste... quer conscientizar... mas ela não veem.. eu tenho que respeitar a opinião delas... eu não posso tá forçando se não quer fazer...né? SE NÃO QUER PARTICIPAR...

[Ainda... você sente que esta questão do esconder ainda... é pela questão do preconceito?]

É O MEDO DO PRECONCEITO... e quando mora em lugar assim menos favorável assim sabe? Mais ainda... acho que os vizinhos essas coisas... elas têm muito medo do preconceito...então elas não podem tá falando muito...sabe? Pro vizinho não ficar sabendo pra não ter aquele cochicho ... sabe?

[hum...hum... e você já passou alguma situação que você percebeu que a pessoa tava com preconceito?]

JÁ... dependendo... AINDA PASSO... tem lugar que eu vou que eu chego... que as pessoas ficam assim... sabe? E julga por eu tá cobrando... por eu tá dizendo e tudo... eu passo ainda por isso aí... passo...

[hum... hum... e você vê outras mulheres te dando relatos sobre esse preconceito ainda também? Medianeira?]

Elas têm o preconceito dentro DO BAIRRO ONDE ELAS MORAM... que elas não podem ficar falando... elas têm que esconder... porque Deus o livre se algum vizinho... assim por acaso entra lá no... onde elas fazem o tratamento... elas ficam enlouquecidas né... porque depois podem dizer...

Nos anos iniciais da doença, quase que diariamente, os jornais noticiavam os novos números das “vítimas da aids”, associando a doença à morte. Naqueles anos o mundo vivia não só a epidemia da doença, mas também a proliferação de informações sobre a aids. De acordo com Rezende e Oliveira (2012):

As metáforas e classificações nascidas em meio à chamada “epidemia de informações” sobre a aids fortaleceram o seu reconhecimento como “Doença dos 5H”. Hemofílicos, heroinômanos (usuários de heroína injetável), homossexuais, haitianos e hookers (em inglês, prostitutas) formavam o grupo de pessoas com maior risco de contrair o HIV (OLIVEIRA; REZENDE, 2012, p.149).

A hipervisibilidade dada a esses “grupos de risco”, de certo modo “invisibilizou” outros grupos, também vulneráveis ao HIV/aids, como por exemplo, o grupo das mulheres heterossexuais em relações de conjugalidade e retardou o início das primeiras respostas coordenadas sobre a epidemia para a população feminina (BRASIL, 2007).

Essas discussões indicam a correlação entre visibilidade e cuidado, o que gera impactos significativos nas formulações de políticas públicas. Essa correlação pode ser percebida, por exemplo, em relação ao Plano Integrado de Enfrentamento à aids e outras DSTs. A invisibilização da vulnerabilidade da aids entre as mulheres em relação de conjugalidade tem feito com que essas não estejam incluídas entre as populações alvo das agendas afirmativas do plano, com exceção é claro, das mulheres em relação de conjugalidade que são também profissionais do sexo. A invisibilidade e o estigma em relação que reforçam as vulnerabilidades programáticas à aids podem ser percebidos não apenas pelas inadequações e desafios em relação às políticas de enfrentamento, como também através das práticas empreendidas pelos serviços e profissionais de saúde e que são narradas por Giselle, Medianeira e Edna:

Giselle:

Olha... a política hoje ela tá bem melhor... eu acredito. Mas ainda se precisa fazer muita coisa... né ... principalmente lá na ponta... que a gente fala lá na ponta é lá no município... do município... do município... que é como a gente escutou a colega dizer. Que foi pro otorrino... o otorrino não sabe o que é um CD4 com carga viral. E principalmente se ele for novo... aí é que ele tem que saber... ele tem que passar por esse trâmite todo... mesmo que ele não vá ser um infectologista... mas ele tem que passar por esse... por essa aula de infecção... e tal de vírus. Meu filho na escola passa. Né?

Medianeira:

[E nos lugares de atendimento assim... os profissionais... você acha que ainda tem esse preconceito Medianeira?]

TEM... TEM... também tem essas coisas das mulheres ter que viver escondida no interior... pra que ninguém saber de nada... pra ir no médico elas ficam escondidas... TEM NÓ... MUITO FORTE.

[Dos profissionais também de saúde você acha que tem essas coisas no interior?]

OLHA... agora no interior tem assim oh... se é em outros locais do município elas têm que ir até o médico né? com certeza... então muitas veem fazer o tratamento em Porto Alegre... né isso daí ninguém sabe né? mas tem umas que se isola... É MUITO FORTE O PRECONCEITO AINDA... MUITO... MUITO FORTE.

[Entendo... entendo... o que que você acha que seria necessário para melhorar nesses atendimentos? Assim nesse acolhimento da mulher soropositiva?]

Olha... tem que haver o aconselhamento tudo bem... ficar dia a dia trabalhando para as mulheres... fazer no Serviço... fazer nas ONGS... fazer tudo o que a gente puder fazer pra mover o Conselho... pra trazer atividades... e elas estando com a gente estimular elas... continuar brigando... porque a gente vai na maioria desses congressos que a gente vai... a maioria das pessoas que estão lá nas mesas que estão discutindo... que estão brigando são as pessoas positivas né? e é nesse contexto que a gente tem que ter força pra ir lá brigando... exercendo seus direitos... não em termos de briga... mas em termos que a gente quer que a coisa ande que não falte o atendimento...

Edna:

Agora teve um... um probleminha no... na gravidez do segundo... POR-QUE o diretor do hospital ele me fazia mil e uma perguntas assim... meio assim indiscretas... é... meio que falando que... que eu era irresponsável... saber que eu tinha HIV... e tava na segunda gravidez... e tipo assim... que eu tava enganando meu marido... eu tive que quase que brigar com ele... mandar chamar meu marido pra ver se eu tava enganando ele... e foi muito desagradável assim... você imagina uma mulher que tinha acabado de ganhar neném e escutar um cara falar desse jeito..

[O diretor do hospital falando que você estava enganando o marido e que cê era irresponsável no caso né?]

É...

[E como que você se sentiu com essa situação toda assim?]

Esse foi um... um dos momentos assim desagradáveis que eu senti da... o estigma né? Duma gestante positiva e...

[hum... hum...]

Que a gente sente assim o estigma e no hospital... mas assim foi só esse... porque não partiu do médico que tava me acompanhando desde... não partiu da médica que tava me acompanhando no dia dia... mas de um... de... de uma pessoa que tava alheia... que assim... sabe... e eu acho que também pela própria ignorância do saber... do momento... não que ele era ignorante... mas naquela época não se tinha tanto estudo... a pesquisa... da possibilidade da mulher ter... de estar com HIV e não infectar ... não passar pra criança né?

[hum... hum...]

Bom... NO MOMENTO A GENTE FICA COM RAIVA NO CASO... MAS DEPOIS EU ACABEI DESCULPANDO ELE... POR QUE ELE TAVA MEIO... ERA DO PRÓPRIO MOMENTO... foi coisa do momento mesmo...Mas assim oh... foi chocante assim... oh tá enganando seu marido... como se eu tivesse casada com um cara que não soubesse a minha situação.

Segundo Oliveira e Rezende (2012, p.149), é “difícil não reconhecer, a relação entre o par visibilidade/invisibilidade e as questões referentes ao silêncio entre mulheres vivendo com HIV e aids”. A invisibilidade das mulheres soropositivas pode ser observada, segundo esses autores, tanto no cenário da epidemia, por questões classificatórias, quanto pelo silenciamento público da doença por questões de estigmatizações.

Nesse contexto, o silêncio e “a imagem pré-concebida das pessoas vivendo com HIV e aids, relacionada a questões estigmatizantes e classificatórias, acaba por obscurecer a individualidade das mesmas e, assim, torná-las invisíveis para a sociedade” (OLIVEIRA; REZENDE, 2012, p.149). De acordo com os autores, muitas são as causas do silêncio de mulheres que vivem com HIV/aids. Para algumas, esse silêncio pode ser tático, como uma forma de evitar uma dor, uma resposta ou um processo negativo de preconceito e estigmatização, mas também pode ser parte de suas experiências identitárias, uma vez que o silêncio sobre “o viver com o HIV”, é muitas vezes o que lhes dá condição de movimento, evitando que sejam aprisionadas em estereótipos sociais sobre os doentes da aids (OLIVEIRA; REZENDE, 2012). Identificamos, nos trechos retirados das narrativas de Giselle, Maria Aparecida e Patrícia, a presença desses silenciamentos no cotidiano das mulheres vivendo com HIV/aids nos mais diversos âmbitos: familiar, afetivo, no engajamento militante e até mesmo nas decisões sobre o tratamento, que destacam outras vulnerabilidades definidas como sociais a que estas encontram suscetíveis.

Giselle:

Nós temos jovens aqui que no encontro de Manaus foi o encontro regional... meninas que começam a namorar e faz "aí... como é que eu vou dizer pra ele?" eu digo: "vai dizer nada... cara"... cê vai... quando o relacionamento tiver muito forte... muito forte mesmo que você ver que o cara tá apaixonado mesmo você abre o jogo. Se ele continuar lhe amando de verdade... se ele te amar de verdade ele vai continuar... independente disso. Eu costumo falar isso

Maria Aparecida:

Com certeza... é muito difícil... PORQUE O PRECONCEITO EXISTE... é como eu te disse se eu abrir o meu livro como uma vida aberta na rua... vai todo mundo correr... aí não tem mais aquela Maria que é boazinha... que é querida...né? Porque daí eles vão virar o bicho... até portanto... pra encerrar ... a família dele não sabe... que eu tenho... é só ele tudo que sabe com a minha família... as irmãs dele... minha sogra... mas como diz ele: "Maria... talvez se tu contar pra elas a tua situação eu não sei qual vai ser a reação delas" ((fala do atual marido))... eu disse: "Ei... acho bom tu nem contar... DEIXA COMO TÁ"...

[É o seu atual marido no caso né?]

É... esse meu atual... eu disse: "DEIXA COMO TÁ... QUE A AMIZADE TÁ BOA...nós tamos tudo bem... não precisa ninguém saber... assim tá muito bom"... pra quer que vão saber tudo?

Patrícia:

(...) eu moro no município de [Renacer] ((nome do município onde mora a entrevistada)) que é da região metropolitana. E eu me tratava em [Porto Feliz] ((nome do município onde a entrevistada se tratava))... só que era muito distante... por que... pra mim não aparecer. Por... pra... se eu fosse no posto... em algum lugar assim no meu município... eu tinha medo de alguém me reconhecer...

[Você falou um pouquinho também do preconceito... né... da dificuldade... que você tinha medo da sua filha passar por isso. Depois também isso de ir pra outra cidade]

(...) é medo de eu aparecer no posto... medo de fazer os exames tudo... medo de aparecer lá e de as pessoas me verem e já dizer... olha ela tá com HIV... era medo disso... não dos profissionais... que até então eu nem conhecia... né. E agora não... agora eu já conheço... eu faço parte da comissão... agora já tá bem tranquilo... assim. Mas eu tinha esse medo DE EU APARECER (...). E aí me tratava no... em Porto Feliz... que era bem distante

Daí ela me convidou pra participar desse grupo... daí eu comecei a participar... comecei... fui... participei... foi muito bom... aí teve tema de casa... a gente foi fazer tema de casa que cada um tinha que procurar no seu município a comissão de saúde DST ((Doenças Sexualmente Transmissíveis))... tinha que procurar o conselho municipal... tinha que se integralizar com a sociedade... com a parte do SAE do município. Aí eu voltei pra casa desse primeiro encontro... conversei com minha filha... né... e aí eu falei pra ela tudo que era e coisa e tal... e aí ela perguntou pra mim tu quer participar? Aí eu... eu quero... aí ela disse "então vai... no que tu precisar de mim eu te apoio" ((fala da filha)). O meu medo antes de participar das redes... de participar dos movimentos... era em aparecer porque como ela tava no colégio podia surgir pergunta... preconceito contra ela... por que graças a Deus ela não tem.

Mans assim... tipo... não por causa disso que eu não posso namorar... não é por causa que... que eu tenho que FALAR que eu sou soropositiva... não preciso falar né... claro que fica na tua... na tua cabeça né... mas eu vou avisar agora... vou avisar depois... vou falar quando? Né... mans. Só o fato assim de saber que é possível namorar... que é possível ter... já é uma grande coisa ((risos)).

No entanto, é preciso problematizar que esse silêncio "acaba reforçando a invisibilidade da mulher nesse cenário, pela falta de comunicação sobre o tema", como propõem Oliveira e Rezende, 2012, p.157. Todavia, esses autores, observam ainda que o silêncio não é oposto da comunicação, já que exprime sentidos. Ao citarem Orlandi (2007) afirmam que o procedimento de mostrar uma coisa e esconder outras tem uma conotação política: "o silêncio é assim a respiração (o fôlego) da significação, um lugar de recuo

necessário para que se possa significar, para que o sentido faça sentido” (OLIVEIRA, REZENDE, 2012, p.157).

Em contrapartida, concordamos com outra afirmação dos autores sobre o fato de que nem toda visibilidade é positiva. A hipervisibilidade de um tema como a aids entre uma população específica pode contribuir, inclusive, para reforçar estigmas e rotulações, obscurecendo as singularidades das pessoas que vivem com HIV/aids. Desta forma, consideramos ser importante lançar um olhar sobre a questão da vulnerabilidade ao HIV/aids de mulheres em relações de conjugalidade, buscando entender e respeitar os silêncios. Mas, ao mesmo tempo, esperamos reverberar as vozes dessas mulheres, que se ampliam em alguns contextos – como os do ativismo pela participação nos rumos das políticas de saúde –, mas ainda inaudíveis, quando se atrelam a uma situação tão cotidiana e apenas aparentemente inócua, como a conjugalidade heterossexual.

6 ALGUMAS PALAVRAS FINAIS

Durante muito tempo a aids foi vista como uma doença atribuída à população masculina. Essa atribuição ocorreu principalmente devido à história do surgimento da epidemia principalmente entre homens homossexuais. Como destacam Giacommozi e Camargo (2004, p.33), a aids, num primeiro momento, “foi definida como uma doença ‘gay’, levando a sociedade como um todo a se ver longe da doença, deixando inclusive de lado a possibilidade de ocorrer a transmissão do vírus entre as mulheres.”

Esse histórico contribuiu durante muito tempo para que as mulheres desconsiderassem a aids como uma ameaça real. Em 1991 o jornal *The New York Times* publicou uma reportagem com o título “As mulheres não pegam aids, elas apenas morrem disso”, para enunciar que as mulheres até então tinham ignorado a epidemia. (AMARO, 1995; GIACOMOZZI; CAMARGO, 2004). Ainda hoje, o estigma social associado à doença se reflete nos grupos considerados antigamente como os de risco. Os “outros” são percebidos como mais vulneráveis, não “eu”.

Essas e outras discussões motivaram esse estudo e os dados coletados confirmaram o objetivo principal desta pesquisa acerca da vulnerabilidade ao HIV/aids de mulheres que se tornaram soropositivas em relações de conjugalidade heterossexuais. As diversas aproximações com o campo empírico através de leituras, observações participantes e principalmente a partir das narrativas coconstruídas com as entrevistadas confirmaram a hipótese inicial desta pesquisa de que muitas mulheres se consideram imunes ao HIV/aids por estarem em relações de conjugalidade.

Além disso, a estratégia teórico-metodológica de produção e análise de narrativas adotada possibilitou a execução dos objetivos específicos propostos. De igual modo, acreditamos que a escolha por trazer uma discussão mais aprofundada sobre o uso de narrativas enfocando esses dois aspectos, poderá contribuir para uma maior divulgação dessa estratégia de pesquisa na produção científica, assim como também contribuiu para a formação em profundidade da autora neste tipo de pesquisa.

Apesar de desafiadora, a opção por realizar o processo de análise utilizando três estratégias distintas do trabalho com narrativas proporcionou um maior aprofundamento sobre a questão da vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids a partir das experiências narradas. As narrativas coletadas e analisadas são ricas fontes de dados sobre as vulnerabilidades classificadas nos documentos governamentais e na literatura sobre vulnerabilidade ao HIV/aids como individuais, sociais e programáticas que se encontram presentes no cotidiano

das mulheres em relações de conjugalidade. Acreditamos que as discussões construídas a partir dessas múltiplas análises que oportunizaram correlações entre os dados produzidos e as revisões teóricas empreendidas poderão contribuir para elaboração de propostas de enfrentamento à feminização da epidemia da aids.

Como foi problematizado em um dos eixos de discussão, os ideais do amor romântico modulam as práticas e escolhas amorosas e sexuais de muitos homens e mulheres. Estes ideais se tornam ainda mais significativos quando acontecem no contexto das relações de conjugalidade e têm em grande medida contribuído para adoção de práticas sexuais que aumentam a vulnerabilidade das mulheres à infecção com o HIV.

Ao propor a investigação da vulnerabilidade ao HIV/aids de mulheres em relações heterossexuais de conjugalidade o que este trabalho pretendeu não foi culpabilizar, nem tampouco desmerecer a conjugalidade ou o amor romântico presente em muitas relações. Ao contrário, via diálogo com a literatura e narrativas de mulheres positivas, o que se pretendeu foi alertar para o risco que não só as mulheres, mas que todas as pessoas correm ao respaldarem suas ações, escolhas e práticas sexuais apenas nos ideais de amor e conjugalidade, sem atentarem para outros atravessamentos que perpassam tais escolhas, dentre eles a aids.

A possibilidade da infecção com o HIV não está posta apenas para os outros, nem para alguns poucos, mas para todos. Ela não escolhe sexo, tipo de relacionamento afetivo, nem estado de apaixonamento. Portanto, cremos que a discussão e implementação de ações que minimizem a vulnerabilidade feminina ao HIV, é um tema que deve ser estimulado, principalmente quando observamos que o fenômeno da feminização da aids se faz também pela invisibilização e pelo silenciamento historicamente contingentes de mulheres em relações de conjugalidade.

Sexualidade, amor e conjugalidade são possibilidades que podem ser vivenciados pelos sujeitos, vindo inclusive a se constituírem como partes significativas de suas experiências e processos subjetivos. No entanto, é preciso problematizar, discutir essas possibilidades, ao contrário do que alguns imaginam, como explicitado por Chaves (2006) ao se referir à compreensão de muitos sujeitos sobre o amor, como um sentimento não passível de discussões ou reflexões.

Os diálogos sobre a aids precisam se desenvolver e a discussão sobre a infecção de mulheres através de parceiros fixos são necessárias, principalmente por ser uma forma de prevenir a doença. Múltiplos são os atravessamentos históricos, sociais, culturais e políticos como vimos a partir das reconstruções históricas da epidemia da aids, bem como a partir das

problematizações das questões de gênero que se constituíram ao longo da história da sexualidade e que ainda impactam alguns modos de conjugalidade. Nesta perspectiva acreditamos que a Psicologia Social ao considerar as subjetividades, e os aspectos sociais, históricos, culturais e políticos que envolvem o viver com o HIV/aids em nossa sociedade pode contribuir para esses diálogos quer seja na elaboração de políticas, quer seja a partir de produções científicas viabilizadas por processos investigativos como os propostos por esta pesquisa. Pontuamos ainda neste trabalho a potencialidade da Psicologia Social nas ações de enfrentamento e tratamento da aids a partir de práticas clínicas pautadas em valores éticos comprometidos com os direitos humanos. Neste sentido, ressaltamos as ideias de Paiva e colaboradores (2006), cuja análise crítica da resposta brasileira ao combate à epidemia da aids salienta a importância da integração entre prevenção, cuidado e tratamento no âmbito do SUS, tendo como referência os direitos humanos. Para os autores, essa referência permite analisar situações de vulnerabilidade ao HIV/aids no plano individual, social e programático, considerando as relações de gênero e poder, sexismo e homofobia, racismo e pobreza. Esta referência, concordamos com os autores, pode ainda orientar o planejamento, organização e a avaliação de serviços.

Falando um pouco mais do processo de investigação, salientamos que houve algumas dificuldades no trabalho de campo desta pesquisa. O silenciamento, brevemente discutido no texto, de certo modo se tornou um dificultador, visto que tivemos alguns empecilhos para conseguir as entrevistas finais. Os contatos com mulheres soropositivas ligadas ao MNCP oportunizados pela pesquisa sobre a morte realizada anteriormente foram utilizados como uma estratégia de acesso ao campo.

No entanto, esta estratégia, acabou oportunizando reflexões não imaginadas durante o projeto inicial da pesquisa. Vale dizer a questão da vinculação à uma militância e/ou ONG-aids não foi pensada nos objetivos. No entanto, a experiência militante que perpassa as entrevistas teve significativa relevância e contribuiu para que as narrativas fizessem reverberar as vozes não só das entrevistadas, mas de outras mulheres com as quais estas convivem em função desta militância no MNCP e/ou ONG- aids, o que ressalta ainda mais o caráter individual e coletivo das narrativas apresentadas neste texto dissertativo.

Outro dificultador diz da forma que realizamos as três entrevistas finais, via telefone, uma vez que nossas entrevistadas não tinham acesso e/ou intimidade com outros modos de comunicação virtual como *Skype* ou *Face Time*. Ao refletirmos sobre a importância da interação pesquisadora-entrevistadas para a pesquisa narrativa, acreditamos que essa ficou um pouco prejudicada em virtude do tipo de comunicação utilizada nas entrevistas. Assim,

pensamos que as análises performáticas dessas entrevistas perderam alguns elementos de interação e ambiente que poderiam potencializar ainda mais os processos de análise. No entanto, compreendemos os fatores financeiros que atravessam e muitas vezes limitam nossos campos de pesquisa. Consolamo-nos com a máxima repetida entre muitos pesquisadores de que “trabalhamos em pesquisas possíveis e não ideais”.

Outro desafio do estudo foi o de ter em vista as referências legitimadas das noções de vulnerabilidade, mas, ao mesmo tempo, operar com elas como um processo analítico alinhado com as narrativas. Nesse sentido, acreditamos na possibilidade de estudos futuros com o objetivo de aprofundarmos os questionamentos levantados nesta dissertação

Ao pesquisarmos a questão da vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres casadas, muitos atravessamentos e problematizações ,além desta já citada emergiram, dentre estes destacamos neste momento de considerações finais a questão do aumento da idade das mulheres e homens que têm se infectado com o vírus como demonstram muitos dos relatos e estudos aqui apresentados. Os dados do último Boletim Epidemiológico (2015) mostram um crescimento relevante entre os anos de 2007-2015 das infecções com o HIV entre pessoas acima de 50 anos (BRASIL, 2015). Compreendemos que este fenômeno abarca não só a intersecção gênero e geração de certa forma discutida em alguns momentos desta dissertação, mas outros fatores referentes ao preconceito sobre os atos sexuais entre idosos na história da sexualidade. Acreditamos na necessidade e na potencialidade de estudos futuros sobre essa temática nas investigações sobre HIV/aids que também envolve questões políticas, individuais e sociais de vulnerabilidades, preconceito, gênero, geração e sexualidades.

Muitos foram os impactos pessoais e formativos oportunizados por essa experiência de investigação, mas nenhum é mais potente e significativo do que a dimensão de alteridade presente neste processo. Ao me deparar com outras mulheres que assim como eu possuem filhos, marido, amam, sofrem, se alegram e que cuja a única diferença é a presença de um vírus na constituição de seus sangues, percebo a importância deste tema, não apenas pela problematização já mencionada de que somos todos vulneráveis ao HIV/aids, mas principalmente pela dívida de omissão que acredito ter a maioria de nossa sociedade com essas mulheres em função de nosso silêncio diante dos estigmas e preconceitos a essas dirigidos.

REFERÊNCIAS

A AIDS cresce entre as donas de casa do país. **Revista Boa Saúde Online**. Belo Horizonte 18 de maio de 2015. Disponível em: < <http://www.boasaude.com.br/noticias/776/aids-cresce-entre-donas-de-casa-no-pais.html>>. Acesso em 15 de maio de 2015.

ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. **A Feminização da epidemia da Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. 2001. Disponível: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/608/2/BASTOS_Feminizacao%20da%20Epidemiologia%20de%20AIDS_2001.pdf>. Acesso em: 13 de out. 2014.

AMARO, Hortensia. Love, sex, and power: considering women's realities in HIV prevention. **American Psychologist**, v. 50, n. 6, p. 437-447, 1995.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p.117-139, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, p.375-417, 2006.

BAKHTIN, Mikhail M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. 12ª Edição, Hucitec, 2006 , 201p.

BAKHTIN, Mikhail M. **Questões de literatura e de estética** (a teoria do romance). São Paulo: Editora UNESP, 1993. 439 p. (original de 1934-35).

BAKHTIN, Mikhail M. **Estética da criação Verbal**. 5ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. 476 p. (Original de 1979)

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. Campinas, SP: Unicamp, 2004. 122p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aids no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 25 de set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DTS**. 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 01 de dez. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DTS**. 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>>. Acesso em: 03 de dez. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DTS**. 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em: 09 de dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Risco e vulnerabilidade conceitos**. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/conceitos_de_risco_e_vulnerabilidade_pdf_32511.pdf> Acesso em: 15 Out. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais**. 2002. Disponível em: <<file:///C:/Users/Casa/Documents/mestrado/Leituras%20para%20a%20disserta%C3%A7%C3%A3o/poli%C3%ADticas/manHSH01.pdf>> Acesso em: 13 Out. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS e outras DST**. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS e outras DST: Análise da situação atual e proposta de monitoramento**. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf>. Acesso em: 22 março. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre as mulheres**. 2003 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_19.pdf>. Acesso em: 13 Out. 2014

BRUNER Jerome. **The narrative construction of reality**. Critical Inquiry, v.18, p.1-21, 1991.

BROCKMEIER, Jens; HARRÉ, Rom. Narrativas: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p.525-535, 2003

BUTLER, Judith P. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, 176p.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008, 236p.

CARVALHAES, Flávia Fernandes. Subjetividade e Aids: doença e militância na trajetória de mulheres HIV+. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.62, n. 2, p.115-128, 2010.

CARVALHAES, Flávia Fernandes; TEIXEIRA FILHO, Fernando Silva. Histórias de vida de mulheres HIV + ativistas: mudanças e permanências. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.20, n.2, p.377-398, mai./ago. 2012.

CHAVES, Jacqueline Cavalcanti. Os amores e o ordenamento das práticas amorosas no Brasil da belle époque. **Análise Social - Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa**, Lisboa, vol. XLI (180), 3º trimestre, p.827-846, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 de Out. de 2014

CORDEIRO Heli da Silva, Poesia declamada In.: LIRA, Susanna. **Positivas**. Rio de Janeiro: Modo Operante Produções, 2010. DVD (78 min): son, color.

DE FINNA, Anna; GEORGAKOPOULOU, Alexandra **Analyzing Narrative: discourse and sociolinguistic perspectives**. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 2012, 240p.

DIEHEL, J. A.; WAGNER, A. **A família em cena**. Petrópolis: Vozes, 2002, 188p.

DUARTE, Pedro J. **Flores Vermelhas**. Rio de Janeiro: Movimento Nacional Cidadãos Posithivas, 2014. DVD (18 min): son, color.

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** 9(1), p. 70-82, 2010.

FERRAZ, Noemi Bileski de Abreu. Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/AIDS análise de oficinas de arte/educação em saúde, 2012. **Dissertação (Mestrado)**. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2012, 222p.

FIGUEIREDO, Leonardo Gomes de; et al. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. **Revista de Enfermagem da UERJ**. 21 (esp.2),Rio de Janeiro, p. 805-811, 2013.

FRIESE, Sunanne. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. 2ª ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 274p, 2014.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, vol.19, p. 9-20, 2010.

GEORGAKOPOULOU, Alexandra. **Small Stories, Interaction and Identities**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2007, 186p.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel; CAMARGO, Brigido Vizeo. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 6, n. 1, p.31-44, 2004.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Armed, p.79-96, 2009.

GIDDENS, Anthony. O amor romântico e outras ligações. In. GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**, São Paulo, Ed. Unesp, p.47-75, 1993.

GOMES, Nadirlene Pereira , DINIZ Normélia Maria Freire, CAMARGO Climene Laura de, SILVA Marieve Pereira da. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):109-116.

GUANILO Mónica Cecilia De la Torre Ugarte . Construção e validação de marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde, 2012. **Tese (Doutorado)**. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2012, 217p.

GUANILO Mónica Cecilia De la Torre Ugarte. Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese, 2008. **Dissertação (Mestrado)**. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2008, 215p.

GUBRIUM, Jaber F.; HOLSTEIN, James A. **Analysing narrative reality**. Los Angeles: Sage Publications, 2009. 248p.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes; p.90-136, 2002.

KALINE, Jéssyka; RIBEIRO Augusto; BARRETO, Marta Simone Vital. **Repensando as políticas públicas para população LGBT no Brasil**. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniaeageracao/repensandopoliticaspublicasparapopulacaolgbtno brasil.pdf>> Acesso em: 20 de nov. de 2015.

KIND, Luciana; CORDEIRO, Rosineide de Meira. Narrativas sobre a morte: experiência de mulheres trabalhadoras rurais e mulheres vivendo com HIV/Aids no jogo político dos enfrentamentos pela vida. **Relatório Final de Pesquisa**, Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012. 2015, 60p.

KIND, Luciana; et.al. Narrativas sobre a morte: experiência de mulheres trabalhadoras rurais e mulheres vivendo com HIV/Aids no jogo político dos enfrentamentos pela vida. **Projeto de pesquisa apresentado ao CNPQ Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012**. 2012, 24p.

KIND, Luciana; NASCIMENTO, Patrícia Chaves do, VIEIRA, Nayene Gonçalves; CORDEIRO, Rosineide. Até que a morte nos separe? – Amor e vulnerabilidade no documentário Positivas. In: LEMOS, Flávia Cristina Silveira et al. **Psicologia, educação, saúde e sociedade**: transversalizando. Curitiba-PR: CRV, p. 93-110, 2015.

LABOV, William. **The language of life and death**: the transformation of experience in Oral Narrative, Cambridge: Cambridge University Press p. 14-43, 2013.

LANDAU, Caroline “A Aids mudou de cara”: memória coletiva e novas oportunidades para o ativismo da Aids no Brasil. **Plural**, v.17, n.2, p.11-44, 2011.

LIRA, Susanna. **Positivas**. Rio de Janeiro: Modo Operante Produções, 2010. DVD (78 min): son, color.

LIMA, Márcia de. **Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e AIDS: repercussões para a saúde**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências - medicina preventiva) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012, 205p.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-498020070003000004&script=sci_arttext>, Acesso em: 27 set. 2013.

LOURO, Guacira Lopes (org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Trad. Tomaz Tadeu da Silva, 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, 176p.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública [online]**., v.42, n.2, p. 242-248, 2008 .

MAGLIANO, María José. Interseccionalidad y migraciones: potencialidades e desafios. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 23(3): 406, setembro-dezembro/2015, p.691-712.
MAGNANI, José Guilherme Cantor. O velho e bom caderno de campo. **Revista NAU – Núcleo de Antropologia Urbana da USP**, v.1, São Paulo, p.8-11, 2013.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.10-26, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência saúde coletiva**, v.17, n.3, p.621-626. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acesso em: 23 de set. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_07_pdf_32091.pdf> Acesso em 25 de nov. de 2015.

MORAIS, Regina Rodrigues de. Um olhar sobre a feminização da AIDS no Brasil, 2006. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)**-Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Rede Centro-Oeste (UnB/UFMG/UFMS), 2006. 100p.

MOURA Heliana. **Carta de abertura do VI Encontro Nacional do Movimento das Cidadãs Positiva**, 2014.

NOSCHANG, Magda Monteiro; WERBA, Graziela Cucchiarelli. A Feminização da Aids: os contornos da vulnerabilidade. **Anais eletrônicos Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidade, Deslocamentos**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/simposio/view?ID_SIMPOSIO=113>

OLIVEIRA, Valdir de Castro; REZENDE, Daniela Savaget Barbosa. Comunicação, mulheres e aids: a visibilidade e o seu reverso. **Revista Dispositiva** – revista do programa de pós-graduação em comunicação da faculdade de comunicação e artes da PUC-Minas, Belo Horizonte, v.1, n.2. p. 147-159, 2012.

OLTRAMARI, Leandro Castro. **Aids dá medo. “A conjugalidade segurança”: as representações sociais da Aids entre homens e mulheres que mantêm relações de conjugalidade**. 2007. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

OLTRAMARI, Leandro Castro. Aids e casamento: o risco nos laços da conjugalidade. **Psicologia em estudo** [online]. Maringá vol.10, n.2, p. 325-326, 2005.

OLTRAMARI, Leandro; CAMARGO, Brigdo Vizeu. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.15, n.2, p.275-283, 2010.

OLTRAMARI, Leandro Castro; OTTO, Liliane Shuch. Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais. **Psicologia e sociedade** v:18 , n.3, p:55-61, 2006.

PAIVA, V., PUPO, L. R., BARBOZA, R. . O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista Saúde Pública**, 40 (Supl.), 109-119, 2006.

PASCOM, Ana Roberta Pati; SZWARCOWALD, Celia Landmann. Desigualdades por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, Supl. 1, p: 27-35, 2011.

PATAI, Daphne. **História oral, feminismo e política**. São Paulo: Letra e Voz, p.65-86, 2010.

PERUCCHI, Juliana; et al. Psicologia e políticas públicas em HIV/aids: algumas reflexões. **Revista Psicologia & Sociedade**, 23. p.72-80, 2011.

PINNELLI, Antonella. **Gênero e família nos países desenvolvidos**. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/Demographicas2/demographicas2artigo2_55a98.pdf> Acesso em 30 de nov. de 2015.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha; CLEMENTE JÚNIOR , Paulo Eugênio. **Políticas Públicas e Políticas Identitárias: Uma etnografia da adoção das cotas na UERJ**. Disponível em: <<file:///C:/Users/Casa/Documents/mestrado/2%C2%BA%20Semestre%202015/%7Dpoliticass%20identit%C3%A1rias.pdf>> Acesso em: 15 de nov. de 2015.

RIESSMAN, Catherine Kohler. **Narrative methods for the human sciences**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2008, 264p.

RODRIGUES, Carla. Butler e a desconstrução do gênero. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(1):216, p. 179-483, janeiro-abril/2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2005000100012/7828>> Acesso em: 27 de nov. 2015.

RODRIGUES, Larissa Silva Abreu et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Revista da escola de enfermagem**, USP, São Paulo, Vol. 46, nº 2, Abr.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2013.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M A. C. Gênero, relações afetivas e Aids no cotidiano da mulher soropositiva. In: SIDANET ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA. (Org.). **O HIV no mundo lusófono**. Santarem (Portugal): Sidanet Associação Lusófona, p. 35-47, 2002.

SANTOS Naila J. S. ; BARBOSA, Regina Maria ; PINHO Adriana A. ; VILLELA, Wilza V. ; AIDAR, Tirza ; FILIPE, Elvira M. V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v..25, Supl.2, p.321-333, 2009.

SCOTT, Joan Experiência. In: A. L. Silva, M. C. S. Lago ; T. R. O. Ramos (Orgs.), **Falas de gênero** . Florianópolis: Editora Mulheres, p. 21-55, 1999.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica, 1989. **Revista educação e realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SCOTT, Joan W. Prefácio a Gender and Politics of History. **Cadernos Pagu**, nº. 3, Campinas/SP, p. 11-27, 1994. Disponível em:
< file:///C:/Users/Casa/Downloads/cadpagu_1994_3_2_SCOTT.pdf> Acesso em: 24 de nov. 2015

SILVA Girlene Alves; REIS Valesca Nunes dos. Construindo caminhos de conhecimentos em HIV/Aids: mulheres em cena. **Revista Physis**, v.22, n.4, p.1439-1458, 2012.

SINGLY, François de. O ideal do elo: entre a liberdade, a convivência e o respeito mútuo. In SINGLY, François de. **Uns com os outros**, Lisboa, Instituto Piaget, p. 183-231, 2006.

SOUSA, Maria da Consolação Pitanga de ; ESPÍRITO SANTO Antônio Carlos Gomes do ; MOTTA Sophia Karlla Almeida . Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. v.17, n.2, p.58-68, 2008.

TAQUETTE, Stella R. Interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/aids. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, supl.2, p.51-62, 2010.

VIEIRA, Nayene Gonçalves. **PESSOAS VIVENDO COM HIV/Aids: Produção de subjetividades em narrativas científicas e autonarrativas da vida cotidiana**.2015. 46 f. Monografia (Conclusão de curso) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade de Psicologia, Belo Horizonte.

VILLELA, W. V. Vulnerabilidade, sexualidade e subjetividade: sobre a face feminina da Aids. In.: CARVALHO, M. E. G.; CARVALHAES, F. F.; CORDEIRO, R. P. (Org.). **Cultura e subjetividade em tempos de Aids**. Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, p. 65-77, 2005.

WITTIZORECKI, Elisandro Schultz et al. Pesquisa exige interrogar-se: A narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do(a) pesquisador(a). **Movimento**, v.12, n.02, p. 09-33; mai./ago. 2006.

ZANELLA, Andréa Vieira. **Perguntar, registrar, escrever**: inquietações metodológicas. Porto Alegre: Sulin, 2013, 183p.

ANEXO A
TERMO DE COMPROMISSO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA
NO E-GROUP DO MNCP



AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Heliana Conceição de Moura representante da Secretaria Nacional do Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP), por meio deste documento, declaro ter ciência do interesse da aluna de mestrado da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Patrícia Chaves do Nascimento em realizar sua pesquisa **“Narrativas Positivas: vulnerabilidades de mulheres ao HIV/Aids em relações conjugais estáveis”** junto a este movimento.

Declaro ainda que viabilizarei a divulgação da carta convite e do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) da pesquisa no e-group do MNCP, oportunizando o contato com mulheres vinculadas ao movimento que se interessem em participar voluntariamente desta.

Atenciosamente,

Heliana Conceição de Moura

Secretaria Nacional do Movimento Nacional das Cidadãs Positivas
92671804 heliana1000@hotmail.com

APÊNDICE A – Quadro 1 – Referências incorporadas: Periódicos CAPES e Vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids

Tipo de Recurso	Número de entradas	Área de Conhecimento	Títulos incorporados
Artigo	06	06 Saúde Coletiva	<p>SOUSA, Maria da Consolação Pitanga de ; ESPÍRITO SANTO Antônio Carlos Gomes do ; MOTTA Sophia Karlla Almeida . Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. Revista Saúde e Sociedade., v.17, n.2, p.58-68, 2008.</p> <p>OLTRAMARI, Leandro; CAMARGO, Brigdo Vizeu. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais . Psicologia em estudo, Maringá, v.15, n.2, , p.275-283, 2010.</p> <p>SILVA Girlene Alves; REIS Valesca Nunes dos. Construindo caminhos de conhecimentos em HIV/Aids: mulheres em cena. Revista Physis, v.22, n.4, p.1439-1458, 2012.</p> <p>PASCOM, Ana Roberta Pati; SZWARCOWALD, Celia Landmann. Desigualdades por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, Supl. 1, p: 27-35, 2011.</p> <p>MAIA,Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev. Saúde Pública [online]., v.42, n.2, p. 242-248, 2008.</p> <p>SANTOS, Naila J. S. ; BARBOSA, Regina Maria ; PINHO, Adriana A. ; VILLELA , Wilza V. ; AIDAR, Tirza ; FILIPE, Elvira M. V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, Supl.2, p.321-333, 2009.</p>
Dissertações	02	02 – Enfermagem	<p>GUANILO Mônica Cecilia De la Torre Ugarte . Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese, 2008. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2008, 215p.</p> <p>FERRAZ, Noemi Bileski de Abreu. Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/AIDS análise de oficinas de arte/educação em saúde, 2012. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2012, 222p.</p>
Teses	02	01 - Enfermagem 01- Medicina Preventiva	<p>GUANILO Mônica Cecilia De la Torre Ugarte . Construção e validação de marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde, 2012. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2012, 217p.</p> <p>LIMA, Márcia de. Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: repercussões para a saúde, 2012. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2012,205p.</p>

APÊNDICE B - Quadro 2 – Referências incorporadas: Periódicos CAPES e Feminização da aids

Tipo de Recurso	Número de entradas	Área de Conhecimento	Títulos incorporados
Artigos	00	-	-
Dissertações	01	Ciências da Saúde	MORAIS, Regina Rodrigues de. Um olhar sobre a feminização da AIDS no Brasil, 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Rede Centro-Oeste (UnB/UFG/UFMS), 2006. 100p.
Teses	00	-	-

**APÊNDICE C - Quadro 3 – Referências incorporadas: Periódicos CAPES e
Conjugalidade e aids**

Tipo de Recurso	Número de entradas	Área de Conhecimento	Títulos incorporados
Artigos	02	Psicologia Social	OLTRAMARI, Leandro Castro ; OTTO, Liliane Shuch. Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais . Psicologia e sociedade v:18 , n.3, p:55-61, 2006. OLTRAMARI, Leandro Castro. Aids e casamento: o risco nos laços da conjugalidade. Psicologia em estudo [online] . Maringá, v.10, n.2, p. 325-326, 2005.
Dissertações	00	-	-
Teses	00	-	-

APÊNDICE D - Carta Convite

Prezadas Cidadãs Posithivas,

Sou Patrícia Chaves do Nascimento, mestranda em psicologia pela PUC Minas e desenvolvo a pesquisa “*Narrativas Positivas: vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids em relações conjugais estáveis*”, que conta com financiamento da CAPES e é orientada pela professora Luciana Kind (PUC Minas).

Pretendo, em minha pesquisa, registrar histórias de mulheres que contraíram o HIV por meio de transmissão sexual, em situações de conjugalidade (namoros, uniões estáveis, casamentos, ou outras configurações que julgarem pertinentes).

Gostaria de ter a oportunidade de conversar sobre o tema da vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids, quando estão em relações conjugais estáveis. Caso você se interesse em participar desta pesquisa, basta enviar-me seus contatos (e-mail, telefone e/ou facebook) por e-mail, Whatsapp, inbox do Facebook ou SMS³². Meus contatos pessoais estão listados abaixo.

Quando receber os seus contatos, pretendo fazer um contato telefônico para combinarmos um encontro presencial ou virtual (via Skype, telefone ou outra mídia) para realização da entrevista de acordo com sua disponibilidade.

Antecipo o envio do TCLE, onde constam outras informações sobre a pesquisa, mas estou à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida que surgir.

Para seu registro, meus contatos são:

Patrícia Chaves do Nascimento
 Tel.: (31) 3641-2237 / (31) 99181-4797 (TIM)
 E-mail: patriciachaves.psico@gmail.com
 Facebook: Patrícia Chaves (ver figura do meu perfil)

Cordialmente,



Patrícia Chaves do Nascimento.

³² Como exposto no corpo do texto, as mulheres do MNCP utilizam variados recursos virtuais para comunicação entre si. Com base nesse aspecto, vale a pena disponibilizar variadas formas de contato.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



PUC Minas

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Cidadã Positiva,

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa de mestrado *Narrativas Positiva: vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids em relações de conjugalidade estável*”, registro no CEP: CAAE: 41309314.4.0000.5137, realizada pela pesquisadora Patrícia Chaves do Nascimento (estudante de mestrado em Psicologia da PUC Minas) e orientada pela professora Luciana Kind (PUC Minas). O objetivo central desta pesquisa é investigar a vulnerabilidade ao HIV/aids em narrativas de mulheres que se tornaram soropositivas em relações conjugais heterossexuais estáveis. Sua participação está sendo solicitada porque sua trajetória de vida tem a contribuir para ampliar a compreensão sobre a vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids.

Procedimento do estudo / sigilo das informações

Você é convidada a participar de duas entrevistas: num primeiro momento, de uma entrevista individual e, posteriormente, de uma entrevista de aprofundamento, quando terei a oportunidade de compartilhar análises iniciais sobre a primeira entrevista realizada. Essas entrevistas procuram colher histórias sobre a vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids a partir da experiência de mulheres que se tornaram soropositivas em relações conjugais estáveis. As duas entrevistas serão gravadas e transcritas para facilitar o processo de análise dos dados da pesquisa. Nos registros escritos da pesquisa seu nome será omitido e serão tomadas providências para preservar sua identidade. As informações obtidas através da entrevista serão devidamente arquivadas por um período de 5 (cinco anos) após a conclusão de todas as etapas da investigação. Cumprido o prazo, todos os registros serão destruídos.

Riscos e desconfortos

Os diálogos a serem propiciados pela pesquisa podem causar constrangimentos pessoais e gerar desconforto. Em qualquer momento que isso ocorrer, você pode interromper sua participação no estudo.

Benefícios / custos

Não há benefícios diretos para você, embora a pesquisa possa permitir compreender processos do cotidiano de lutas ao qual se vincula. Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá nenhum pagamento pela sua colaboração.

Comunicação sobre a pesquisa

Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço das pesquisadoras responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável:

Patrícia Chaves do Nascimento (PUC Minas)

Telefone para contato: (31) 36412237/ (31) 991814797

E-mail: patriciachaves.psico@gmail.com


PUC Minas
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatada em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou e-mail cep.proppg@pucminas.br.

Declaração de consentimento

Eu, _____,

RG _____, concordo em participar como informante da pesquisa *Narrativas Positivas : vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids em relações conjugais estáveis*. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como sobre os riscos decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que minha identidade será mantida em sigilo, e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local

 ____/____/____
Data

Nome da entrevistada	
Tel. / e-mail de contato	
Assinatura	

Pesquisador(a)	
Tel. / e-mail de contato	
Assinatura	

APÊNDICE F – Regras de Transcrição utilizadas

SITUAÇÕES	SINAIS	EXEMPLO(S) (todos ficcionais)
Comentário descritivo do/a transcritor/a.	((minúsculas))	((tossiu)) // ((risos de todas)) // ((enquanto falava, Fulana chorava))
Indicação de pausas breves (respiros de fala). Não usar vírgula, ponto-e-vírgula ou dois pontos. Quando avaliar que a pausa é breve ou apenas levemente alongada, usar o sinal de reticências.	...	São três motivos... ou três razões...
Pausa clara, indicando a finalização de uma oração.	.	Então... é isso que eu queria dizer. Acho que... poderia ter sido pior.
Entonação óbvia de interrogação. Marcar quando for houver claramente uma inflexão de pergunta, mesmo se trivial.	?	E a responsabilidade é de todo mundo... certo? O que vocês vão fazer com essa pesquisa?
Silêncio ou pausa longa, sem conclusão evidente de uma frase.	... ((anotar o tempo exato da pausa))	Eu... ((pausa de 10s)) não pensava assim antes ((pausa de 20s. A entrevistada chora.))
Citações literais, reproduções de discurso direto ou leituras de textos, durante a gravação.	“aspas”	... aí ele ((o médico)) falou “O Rita... deixa de se preocupar... há muito pra viver...” ... eu vou ler pra vocês oh... “não te aflijas com a pétala que voa... também é ser... deixar de ser assim.” Essa Clarice Lispector é demais... não é?
Incompreensão de palavras ou segmentos em gravações digitais	((anotar ponto exato da gravação onde se inicia o trecho de difícil compreensão))	... do nível de renda ((trecho incompreensível em 21:08)) nível de renda nominal...
Trecho difícil de compreender, mas do qual é possível estimar uma impressão do que se ouviu.	(hipótese)	(estou) meio preocupada (com o gravador)
Mudança deliberada de informações institucionais, de locais ou nomes de pessoas ao longo da entrevista. Se for necessário usar esse recurso, fazer uma legenda para cada nome fictício utilizado, em arquivo separado.	[usar colchetes; colocar nomes fictícios ou enumerar, no caso de cidades e instituições]	Então fui internada no [hospital 1], lá em [cidade 1] e [Rodrigo], o médico que me atendeu, me deu o diagnóstico. Pensei na hora em ligar para [Júlia] ((filha de Rita))
Entoação enfática.	Colocar em MAIÚSCULAS	... porque as pessoas RETÊM informação sobre a

	toda a palavra, mesmo que o tom mais enfático seja apenas em um trecho dela	infecção... NINGUÉM te fala direito o que que é...
Tom de voz intencionalmente baixo.	Itálicas	... até os <i>médicos</i> evitam <i>a palavra</i> ...
Silabação. Marcar apenas quando estiver nitidamente audível e, se combinado com uma voz mais alta, fazer marcação dupla (MAIÚSCULAS + hifenização)	-	Por motivo de pre-con-cei-to... ... porque a MOR-TE, morte como tema... pensei nisso por causa das DROGAS... não pelo hiv...
Repetição ou corte de palavras, sem pausa evidente.	/	... a psico / psicóloga do hospital... ... o méd / doutor [Flávio] disse...
Superposição, simultaneidade de vozes.	= ((usar o símbolo de “igual” imediatamente após e antes do ponto em que houver a sobreposição))	Entrevistada: Na casa da minha irmã= Entrevistadora: =a mesma irmã que comentou antes?= Entrevistada: =isso... aí eu falei...

O quadro acima é uma adaptação livre realizada para a pesquisa *Narrativas sobre a morte* pela professora Luciana Kind (2014) a partir da combinação de elementos sugeridos por alguns autores. A finalidade dessa padronização é auxiliar na análise de narrativas, com uso do ATLAS.ti. Os textos dos quais foram pinçados e montados esses elementos de transcrição foram os seguintes:

- (a) Autores que expõem regras habituais para análise de interação (por ex.: análise conversacional e algumas perspectivas de análise do discurso):
 - Kock, I. V. (1997). *A interação pela linguagem*. São Paulo: Contexto.
 - Ryan, G. W. & Bernard, H. R. (2010). *Analyzing qualitative data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- (b) Sugestões de transcrição visando a produção de textos de pesquisa (artigos, relatórios, etc.) na análise de narrativas.
 - Riessman, C. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- (c) Sugestões de transcrição para preparar textos a serem trabalhados via ATLAS.ti.
 - Frieze, S. (2014). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. 2ª ed. Thousand Oaks, CA: Sage.