

Mulheres HIV/Aids: silenciamento, dor moral e saúde coletiva

Lucilda Selli
Petronila Libana Cechim

Resumo: O presente estudo visa conhecer os motivos que levam as mulheres infectadas pelo HIV/Aids ao silenciamento da doença, bem como identificar até que ponto estabelecem relação de significado entre o silêncio e a saúde da coletividade. Estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, focalizou mulheres que buscaram o serviço de atendimento especializado para diagnóstico e tratamento do HIV/Aids, da secretaria de Saúde do município de São Leopoldo/RS. A amostra foi intencional e atingiu 98 mulheres entre 21 e 40 anos, portadoras da infecção pelo HIV ou com aids. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada e agrupados em temas para posterior análise. A contaminação ocorreu quase exclusivamente por relação heterossexual. A crença na "fidelidade" do parceiro influencia sobremaneira a atitude silenciosa das mulheres. O medo e seus diferentes significados reforça, nas mulheres, essa atitude.

Palavras-chave: Mulher. HIV/Aids. Silêncio. Dor moral. Saúde coletiva.



Lucilda Selli

Professora-doutora em Bioética do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos)/RS

A síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) cada vez mais constitui sério problema de saúde pública em todo o mundo¹. A epidemia, cujos primeiros casos foram notificados na década de 80, é até a presente data ainda um desafio à comunidade científica, profissionais de saúde e população em geral^{2,3,4}. A síndrome desafia a revisão dos conceitos de saúde e a busca de estratégias para o controle das taxas de incidência e melhoria da qualidade de vida dos portadores do vírus HIV e doentes de aids, quer individual ou coletivamente.

Os dados epidemiológicos mundiais mostram que novos casos da infecção atingem 14 mil pessoas diariamente – 50% dos quais em mulheres e crianças –, em sua grande maioria de países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos⁵. No Brasil, conforme dados do *Boletim epidemiológico da aids*⁶, entre 1980 e 2003 foram diagnosticados e notificados 310.310 casos. A epidemia atinge, principalmente, pessoas na fase reprodutiva, com baixa escolaridade. O número de mulheres heterossexuais infectadas, contaminadas por exposição sexual



Petronila Libana Cechim

Professora mestra em Assistência à Enfermagem na Saúde da Mulher do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos)/RS

ou uso de drogas injetáveis, vem aumentando paulatinamente. Essas formas de transmissão estão diretamente relacionadas ao diagnóstico e notificação de 8.843 casos perinatais⁶. Estima-se que ocorram anualmente 17 mil novos casos de gestantes HIV positivo no Brasil e apenas cerca de 30% desses, ou seja, 6 mil gestantes, recebem tratamento a cada ano.

No Brasil, a aids tem-se caracterizado pela interiorização, heterossexualização, pauperização e feminização^{6,4}. A feminização da epidemia do HIV/Aids está relacionada à vulnerabilidade da mulher, por suas características biológicas, sociais e culturais favoráveis à contaminação⁴ – como consequência há significativo número de crianças contaminadas pela transmissão vertical⁶.

Para garantir maior adesão dos profissionais de saúde às ações e alcance das propostas do Ministério da Saúde, a epidemia precisa ser encarada como fenômeno social, com seus mitos e estereótipos. Essa premissa auxilia a quebra do silêncio e o enfrentamento dos medos que envolvem as mulheres que, atualmente, constituem o segmento populacional mais vulnerável ao vírus.

A disseminação do HIV/Aids e os conflitos vivenciados pelas pessoas que se sabem portadoras devem constituir uma das preocupações centrais dos profissionais de saúde. A pesquisa buscou conhecer razões alegadas pelas mulheres com HIV/Aids para o silêncio diante da doença, embora com repercussões negativas para a sua saúde e a da coletividade. O interesse pelo estudo foi suscitado a partir dos resultados de pesquisa realizada anteriormente por Cechim, com mulheres gestantes, moradoras no município de São Leopoldo/RS, com risco de diagnóstico de HIV positivo⁷.

Os resultados dessa pesquisa mostraram que o medo foi o principal fator de influência sobre as mulheres, motivando-as a retardar a confirmação do diagnóstico e a esconder a

doença. O interesse em realizar a pesquisa, para levantar os motivos do silêncio das mulheres soropositivas acerca de suas vivências, nasceu do diálogo entre as pesquisadoras sobre a importância de conhecê-las e, dessa forma, desenhar e implementar ações/intervenções que as auxiliem a enfrentar seus medos e quebrar o silêncio em prol da saúde individual e coletiva.

Método

A pesquisa qualitativa, cujos dados foram coletados entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003, foi realizada na unidade sanitária do município de São Leopoldo/RS, que presta atendimento à população HIV/Aids tanto do próprio município como dos arredores⁸. A investigação teve por foco as mulheres com HIV/Aids que buscaram diagnóstico e tratamento. Como objetivos, visou conhecer os fatores que levam essas mulheres ao silenciamento da doença e identificar até que ponto estabelecem relação entre o silenciamento e a saúde coletiva.

A seleção das 98 mulheres que compuseram o estudo seguiu os seguintes critérios: idade entre 21 e 40 anos, diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, estar em acompanhamento ambulatorial e aceitar participar da pesquisa. As mulheres enquadradas nos critérios estabelecidos foram esclarecidas sobre a temática do estudo, seus objetivos e justificativas. Após a leitura, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documentando sua livre participação na pesquisa, conforme preconiza a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁹.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a de entrevista semi-estruturada, registrada por escrito. A interação pesquisadora/pesquisada e a observação participante constituíram forma subjacente de levantamento de informação. O roteiro da entrevista baseou-se em questões norteadoras, relacionadas aos fatores que influenciam o silêncio e a relação dos mesmos com a saúde individual e coletiva. Ressalte-se que o local da unidade sanitária onde os dados foram coletados previa a privacidade das entrevistadas, permitindo-lhes um ambiente favorável à interlocução. A interpretação e análise dos dados foi qualitativa, com base em Minayo, observando-se as etapas de ordenamento do material, unitarização e análise dos dados⁸.

Resultados e discussão

Uma leitura interpretativa das falas das mulheres pesquisadas mostra que os motivos de silêncio diante da doença produzem grande sofrimento, principalmente até determinado momento do diagnóstico. Esse silêncio está relacionado aos significados de “imoralidade”, atribuídos ao HIV/Aids pela sociedade, desde o surgimento da doença.

O silêncio das mulheres é forçado e reforçado pelos estereótipos construídos em torno da aids, tida, ainda hoje, como “doença imoral” que, por sua vez, produz a “dor moral”, compreendida a partir dos relatos levantados na pesquisa como um sentimento que qualifica o sofrimento subjetivo de caráter existencial e que as afeta em suas diferentes dimensões pessoais, como evidencia a seguinte fala: *...aquilo foi uma facada por dentro*. A “doença imoral” é sigilosa e,



portanto, na medida do possível, mantida escondida pelas mulheres, para além da “dor moral”, com seus múltiplos significados e conseqüências, tanto individuais quanto coletivas: *...tem que calar pra si, tem que agüentar firme, sabe?! ...porque tem muito preconceito.*

Dos primeiros sintomas ao diagnóstico se interpõe uma questão crucial para as portadoras do HIV/Aids, relacionada à interpretação social sobre a doença. Essa interposição é cunhada pelos estereótipos que marcam a construção do signo HIV/Aids: *o que vão pensar de mim, eu sempre fui muito certinha, sei que não tive culpa de pegar, é uma dor que dói lá dentro, não sei o que vai ser de mim.* Como a doença é considerada mortal, incurável e ainda associada a comportamento sexual promíscuo, estar submetida a tratamento medicamentoso não aplaca a dor moral inerente a todos esses significados, não respondendo na dimensão simbólica à necessidade de fazerem frente ao problema. Se diagnóstico e tratamento compreendem uma parcela do processo de representar a doença, a “dor moral” suscitada por suas múltiplas faces e significados socialmente atribuídos, forçados e reforçados pelo “estigma da imoralidade”, pertence ao campo existencial.

Os significados individuais e coletivos sobre a doença, produzidos e reproduzidos na dimensão simbólica, atingem as mulheres em sua integralidade. As entrevistadas sentem pairar dúvida sobre sua moralidade, o que afeta sua auto-representação como mulher e não apenas como portadora do HIV/Aids¹⁰. Considerando esse estigma social que ainda envolve as representações sobre a doença, o tratamento da imunodeficiên-

cia adquirida implica avançar no cuidado, tendo presentes as questões suscitadas pela subjetividade, influenciadas pelas representações, valores/desvalores e crenças construídos/reconstruídos sobre o problema e assimilados pelas pessoas e pela sociedade¹¹.

O silêncio solitário em torno da aids, auto e hetero imposto, subjuga as mulheres: *...sinto vontade de ficar quieta, calar porque são todos muito de julgar as pessoas... Tá contaminado, tem que morrer para os outros.* A dor silenciada exerce sobre as mulheres uma “força maior”, que transcende, por vezes, sua vontade de enfrentamento, coragem, capacidade de fala e defesa de si mesmas com suas próprias razões: *...fiquei sabendo quando fizeram os exames, eu imaginava... Tinha muito medo que fosse ter uma doença... Fui levando... sabe como é, né?*

Nas mulheres, a assimilação de que a aids é “doença da imoralidade” ofusca suas noções de conhecimento/responsabilidade sobre a doença e implicações acerca do não-tratamento para a sua saúde e a saúde da coletividade. A apropriação da saúde e da doença, a partir de construções de sentido, implica um processo de subjetivação. Essa construção tem a ver com as representações culturais presentes no contexto social. Os seres humanos interpretam suas experiências pelas referências simbólicas presentes nos significados socialmente aceitos⁸. Daí a importância de conjugar mulher HIV/Aids/sociedade no processo saúde/doença/enfrentamento.

É evidente a necessidade de “despertar” nas mulheres uma postura menos ingênua com



relação a seus parceiros e suas promessas de fidelidade: *eu não queria desconfiar dele, ele não é 'pulador-de-cerca' mas no dia que pulou, pegou*. Aceitar silenciosamente a contaminação significa aceitar valores e padrões morais e culturais que perpetuam as desigualdades sociais, especialmente os relacionados às questões de gênero, nas mais diferentes esferas das experiências cotidianas¹². Nessas mulheres, a aquisição de poder e capacidade para o enfrentamento deriva da possibilidade de duvidar e manifestar sua indignação. Esse processo, lento e dinâmico, que deve ser assumido pelas mulheres, possibilita sua construção como sujeitos autônomos, capazes de enfrentar os “medos”, com todos os “significados” implicados nas construções/desconstruções/reconstruções¹¹ que permeiam o processo de subjetivação ao se saberem enganadas e infectadas.

O problema do contágio/transmissão enganosos, encetados por meio da omissão ou mentira, aponta a necessidade de radical reflexão sobre o respeito ao direito de o outro ter sua saúde preservada e a importância de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela preservação/manutenção da saúde da coletividade. As orientações/ações/intervenções profissionais implicam tal abrangência: *peguei na relação com meu ex-marido, ele me enganou, não me deixou escolher. Se eu soubesse, poderia decidir se queria pegar a doença ou não. Seria uma escolha minha, e ele não deixou isso acontecer*. Se pensar é um atributo humano, refletir é atitude que reporta à individualidade dos seres humanos, processo no qual a pessoa recua da vida social e política para ponderar, no cerne de sua solidão, sobre

suas vivências e circunstâncias de vida, permeando e contrapondo à cognição intelectual ou racional as sensações e emoções associadas e subjacentes¹⁰. Esse núcleo confrontativo mobiliza o interior humano para além da simples sucessão de racionalizações morais e científicas e avança para uma ética do sujeito responsabilizado com o indivíduo e a coletividade saudável.

A atual realidade sanitária divulgada pelo Ministério da Saúde¹³, que evidencia a progressiva diminuição da razão de novos casos masculinos/femininos – hoje em torno de 2:1 em todo o país e de 1:1 em algumas regiões –, requer a realização de pesquisas e ações de intervenção que tratem dos vários aspectos relacionados à feminização do HIV/Aids. O rápido crescimento da incidência do vírus no segmento feminino, a partir dos anos 90, tem desencadeado novas questões no complexo cenário dessa epidemia, exigindo outras abordagens que incluam como categorias de análise as relações de gênero e a sexualidade.

A disseminação da infecção entre as mulheres acontece basicamente pela via sexual, por seus parceiros, sejam ou não usuários de drogas: *sei que não tive culpa de pegar, foi meu marido que me passou*. Estudos qualitativos têm demonstrado que mulheres monogâmicas com HIV/Aids contraíram o vírus de seus parceiros^{14, 15}. Apesar das campanhas informativas, programas de educação e métodos de prevenção disponibilizados, além da significativa expressão de liberdade sexual da sociedade atual, o HIV/Aids continua mitificado pelo véu da imoralidade: *minha maior*

dor foi confiar no meu companheiro. Eu sempre só tive ele.

O medo do desvelamento da doença transmitida pelo parceiro condiciona o comportamento das mulheres, mantendo-as no silêncio sobre suas dúvidas, aprisionadas em sua dor moral e desinformadas sobre a possibilidade de tornarem-se multiplicadoras do problema pela transmissão a outras pessoas, inclusive a que ocorre verticalmente: *eu soube só agora na minha última gravidez, não queria acreditar que ele 'pulava cerca'*. Além do estigma associado à doença, tal comportamento parece indicar um esforço reiterado para manterem-se na ilusão da “certeza” sobre o compromisso de fidelidade conjugal estabelecido com o parceiro.

Diferente de grande parte das doenças transmissíveis que acometeram a humanidade, a disseminação da epidemia está diretamente relacionada a comportamentos individuais e coletivos que envolvem a moralidade e, explicitamente, a moralidade sexual. O silêncio diante da suspeita da doença e a demora na busca da investigação dos sintomas são, em parte, influenciados pelo medo de descobrir a infidelidade do parceiro. Além do empenho em negar que vive com um “parceiro infiel”, esse comportamento é também condicionado pela necessidade de ter “coragem reativa” ao se tornar sabedora do diagnóstico: *não posso crer, eu tentei apostar em um casamento que não dava... Eu estava em casa e ele me trouxe a doença... Abala toda a estrutura*. Essas mulheres têm as suas razões para resistir a determinados tipos de informação que possam interferir no espaço mais íntimo de suas vidas, tor-

nando essa resistência sua medida de força¹⁴. Motivos como o medo do “abandono” à própria sorte, o medo do “outro”, o medo da “própria imagem” levam a esconder/silenciar a doença.

A disseminação da síndrome caracteriza-se por sua extrema mobilidade, não circunscrita a fronteiras geográficas e sociais^{2,16}. A falsa idéia, propalada inicialmente, de que a transmissão estaria restrita a determinados grupos de pessoas, caracterizadas como grupos de risco, criou e fomentou uma perspectiva moral distorcida, que ficou fortemente associada à doença. O aparecimento dos primeiros casos relacionados às mulheres donas-de-casa, parceiras fiéis, esposas de maridos trabalhadores, influenciou no desmascaramento da perspectiva de grupos de riscos e fez vislumbrar a vulnerabilidade feminina. As desvantagens sociais que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres relacionam-se à dependência econômica, além da social e emocional, que se reflete em sua falta de poder para demandar proteção e estabelecer limites e parâmetros na relação com o parceiro¹⁷. As falas das entrevistadas corroboraram isso, revelando uma realidade bem diferente da tematizada por Guimarães, para quem a mulher “família” de comportamento sexual e social exemplar correria menos risco de ser contaminada pelo vírus do HIV¹⁴.

A construção social da “imoralidade” associada à transmissão do HIV/Aids tem para suas vítimas significados e repercussões tanto individuais quanto coletivas: *...eles perguntam para mim se eu tenho e eu digo que não tenho... Tenho preconceito contra mim, me discrimino... Só me sinto mal de não poder falar dos*



meus medos. Em torno da aids, continua ganhando terreno a síndrome do medo de si mesmo e do outro. O medo, quando reconhecido, obriga a pessoa a defrontar-se com os porquês, processo que mobiliza o desmascaramento de certos estereótipos. Para Czeresnia, romper com o silêncio e quebrar o medo significa explicitar as desigualdades estruturais entre homens e mulheres que são, na verdade, responsáveis pela vulnerabilidade feminina à contaminação pelo vírus HIV¹⁸.

Um dilema relativo ao medo diz respeito aos conflitos que surgem entre saúde pública *versus* direitos e liberdades individuais e democráticas. Conforme Fernández, o conflito entre saúde pública e liberdades pessoais põe em relevo a discussão sobre o direito à autonomia individual em relação à saúde da coletividade¹⁹. Nesse sentido, há uma série de questionamentos éticos relativos à saúde da sociedade, que se encontra ameaçada pela disseminação do vírus, *versus* direitos e liberdades individuais das pessoas que, de fato, já se encontram em uma situação na qual também se sentem ameaçadas, seja pelos efeitos reais da doença ou por seu estigma: *nunca contei pra ninguém, não! Só cabe a mim e a ninguém mais... Tem que agüentar firme... Achar alguém para contar e confiar é difícil... As pessoas não se sentem bem ao teu lado*.

O enfrentamento do problema aponta para a necessidade de catalisar esforços para transformar os aspectos das representações coletivas que ainda incidem no imaginário social e estigmatizam os portadores da doença. Mostra a necessidade de continuar e aprimorar o processo de

difusão de informações sobre as formas de transmissão, buscando desvincular a noção de fidelidade conjugal ao uso de preservativo. Supõe, enfim, permear as escolhas pessoais pela ética da responsabilidade pessoal e social e, no dizer de Pessini e Barchifontaine, de uma pedagogia de luta por um mundo mais sadio²⁰.

O medo que influencia o silêncio das mulheres para além da dor moral constitui o principal fator de disseminação consciente da doença para os filhos, na gravidez. No entanto, a confirmação da transmissão vertical agiliza a quebra do silêncio. Falar da aids é falar de uma dor que transcende os “sintomas” da “dor moral” das mulheres e, portanto, dos resultados que o silêncio pode vir a produzir: *eu fiquei sabendo pela menina [exames] que tinha um ano e estava apenas com cinco quilos e aí não deu mais, desmorenei mesmo*. A transmissão vertical constitui fator de conflito para as mulheres pesquisadas. Esse dado ficou evidente nas falas carregadas de sofrimento, trazido pela aids, tida como ferida sangrante em suas vidas, e ao mesmo tempo pela preocupação com a quebra do silêncio e desvelamento de si mesmas para seus filhos contaminados: *como vou explicar a doença para ele... O que dizer sobre como foi a contaminação... Como cuidar para evitar complicações?*

Berer e Ray afirmam não haver para essas perguntas uma resposta única e simples. Segundo eles, o melhor é dar informações honestas, que a criança entenda, em vez de negativas e meias-verdades que podem ser desmentidas mais adiante²¹. A dúvida de como falar quando há transmissão vertical é acompanhada por uma



força motivacional alegada como justificativa para o enfrentamento da doença: *tenho que me cuidar... Meu filho precisa de mim, ele tem o problema e não tem culpa*. O medo que as pessoas têm torna ainda mais difícil para as mulheres com HIV dizer que são soropositivas e que seus filhos também o podem ser. Muitas guardam essa informação consigo, apesar de saberem da situação de seus filhos e do que está ocorrendo²¹. Para elas, a existência adquire duplo sentido: significa viver a própria vida e, vivendo-a, exercer a função materna na vida dos filhos, assumindo o compromisso de mãe, principalmente quando a aids resulta da transmissão vertical.

Considerações finais

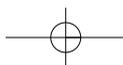
Pela análise dos dados, constatou-se que o silêncio das mulheres frente ao diagnóstico do HIV/Aids é reforçado pelas idéias disseminadas sobre a doença desde o seu início, que ainda perduram. Nesse sentido, o ponto-chave evidenciado pela pesquisa relaciona-se aos estereótipos construídos em relação à doença, que ainda exercem significativa influência na sociedade e sobre as pessoas contaminadas. São muitos os medos referidos, todos com suas faces, significados e poder sobre as mulheres. O medo do “outro”, o medo da “própria imagem”, o medo do “abandono” à própria sorte levam a esconder/silenciar a doença e a disseminá-la conscientemente, em especial na transmissão vertical.

Outro aspecto relaciona-se ao problema dos filhos contaminados pelas mães soropositivas, no sentido de “como falar”, “como explicar”,

“o que dizer”, “como dizer” a eles sobre a doença. As vivências relatadas sobre o problema dos filhos portadores do HIV/Aids refletem sentimentos de culpa, responsabilização pela transmissão e desejo de enfrentamento pessoal para poder marcar presença na vida dos filhos. A força da mãe, para fazer frente a essa situação – seu filho ser soropositivo – está centrada, sobretudo, no desejo de continuidade da vida própria, em função dos papéis materno e de suporte para os filhos, na continuidade e enfrentamento da problemática advinda da aids.

Além de sentirem-se amedrontadas pelo olhar do outro, família, companheiro, amigos, sociedade, as mulheres carregam uma outra dor que vem do “olhar de si para si”. A atuação dos profissionais de saúde junto às mulheres, desde o diagnóstico ao tratamento do HIV/Aids, precisa pautar-se em uma atenção também ao não-verbalizado, que remete à subjetividade da mulher soropositiva. O profissional de saúde pode não ter o medicamento ou a terapêutica para curar o HIV/Aids, mas dispõe, além da tecnologia e medicações, de habilidades pessoais para auxiliar as mulheres no enfrentamento das dores existenciais, silenciadas por uma miríade de razões estigmatizantes que forçam/reforçam a clandestinidade para além do sofrimento que a doença impõe.

A infidelidade masculina, visivelmente mascarada pelas mulheres, constitui uma das principais causas do silêncio. Admitir que o parceiro é infiel implica fazer frente à situação e assumir as desvantagens socialmente construídas nas relações de gênero. Implica também em



admitir a ruptura nas representações sociais que moldam os padrões de conjugalidade, associadas à fidelidade e ao amor romântico. Romper o silêncio e aceitar tal conjunto de perdas implica, ainda, dano à auto-imagem, em defrontar-se com a diminuição do amor próprio (auto-estima) e viver sem as garantias simbólicas que tais representações conferem.

Portanto, para aumentar a efetividade na prevenção do HIV nos programas de saúde para mulheres é fundamental trabalhar tais aspectos subjetivos que emanam das moralidades. Tal abordagem constitui aspecto fundamental tanto para ampliar o acesso e proteção das mulheres quanto para maior responsabilidade masculina em relação à sexualidade.

Resumen

Mujeres con VIH/Sida, silencio, dolor moral y salud colectiva

El propósito del estudio es dar a conocer las razones que llevan a las mujeres infectadas por el VIH/Sida a guardar silencio acerca de la enfermedad e identificar hasta qué punto ellas establecen una relación de significado entre el silencio y la salud de la colectividad. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de carácter cualitativo. Se enfocó a las mujeres que han buscado el servicio especializado de atención para diagnóstico y tratamiento del VIH/Sida de la Secretaría de Salud del Municipio de São Leopoldo/RS. La muestra fue intencional y trabajó con 98 mujeres entre 21 y 40 años, portadoras del VIH o enfermas de Sida. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas semi-estructuradas y agrupados por temas para el análisis posterior. La contaminación se dio, en su mayoría, por la relación heterosexual. La creencia en la fidelidad de la pareja sexual influencia sobremanera la actitud silenciosa de las mujeres. El miedo, y sus distintos significados, refuerza, en las mujeres, esta actitud.

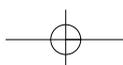
Palabras-clave: Mujer. VIH/Sida. Silencio. Dolor moral. Salud colectiva.

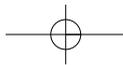
Abstract

Woman with HIV/Aids, silence, moral pain and collective health

The study aims at understanding the reasons that make HIV/Aids infected women to be silent about the disease and to find out in which measure they establish a relation between the meaning of silence and collective health. It is an exploratory, descriptive and qualitative work. It focused on women that search specialized diagnostic and treatment service for HIV/Aids at the Municipal Health Secretariat of S. Leopoldo. The cohort has been intentionally defined consisting of 98 women between 21 and 40 years of age infected by HIV or that have already developed Aids. Data has been obtained through semi-structures interviews and divided into thematic cluster for analysis. Contamination has been due almost exclusively to heterosexual relation. The belief on the "fidelity" of the partner strongly influences the silent attitude of women. Fear, through its several meanings, reinforces that attitude in women.

Key words: Woman. HIV/Aids. Silence. Moral pain. Collective health.





Referências

1. Bastos FI, Malta M. As pesquisas sobre HIV/Aids no Brasil hoje: uma análise do triênio 1997-2000. In: Parker R, Terto Jr V. (Org.). Aprimorando os debates: respostas sociais frente à aids. Rio de Janeiro; Abia; 2002. p. 9-15.
2. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW (Org.). A aids no mundo [Traduzido por Parker R, Galvão J, Pedrosa JS]. Rio de Janeiro; Relume-Dumará, Abia, IMS, Uerj; 1993. Coleção História Social da Aids, 1.
3. Bastos FI, Barcellos C. Geografia social da aids no Brasil. Revista de Saúde Pública 1995; 29(1).
4. Bastos FI, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16(01):65-76.
5. Lamptey P et al. De frente a la pandemia del VIH/Sida. Bulletin Population 2002; 57(3).
6. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico da Aids 2003. 1(12).
7. Cechin PL. Aids em gestantes: possibilidade de reduzir a infecção [Projeto de pesquisa]. São Leopoldo; Unisinos; 2001.
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo; Hucitec/Rio de Janeiro; Abrasco; 2000.
9. Brasil. Resolução CNS nº 196/96. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos 1996.
10. Bellino F. Fundamentos da bioética. São Paulo; Edusc; 1997.
11. Moscovici S. Representações sociais. Investigações em sociologia social. Petrópolis; Vozes; 2003.
12. Guilhem D. Escravidão do risco - Bioética, mulheres e aids [Tese em Ciências da Saúde]. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico da Aids 2003. 1(12). Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br> [16 jun 2004].
14. Guimarães CD. Descobrimos as mulheres: uma antropologia da aids nas camadas populares [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
15. Martin D. Mulheres e aids: uma abordagem antropológica [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1995.
16. Parker RP. Na contramão da aids: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro; Abia/ São Paulo; Ed. 34; 2000. p. 8-11.
17. Heise LL, Elias C. Transforming aids prevention to meet women's need: a focus on developing countries. Social Science and Medicine 1995; 40(7):931-4.
18. Czeresnia D (Org.). Aids: pesquisa social e educação. São Paulo; Rio de Janeiro; Hucitec: Abrasco; 1995.
19. Fernández GJ. 10 palabras-clave en bioética. 3ª ed. Navarra: Verbo Divino; 2000.
20. Pessini L, Barchifontaine PC. Problemas atuais de bioética. 4ª ed. São Paulo; Loyola; 1991.
21. Berer M, Ray S. Mulheres e HIV/Aids. São Paulo; Brasiliense; 1997.

Contatos

Lucilda Selli – lucilda@unisinos.br
 Petronila Libana Cechim – cechin@unisinos.br

