

**DIREITOS REPRODUTIVOS E A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS  
VIVENDO COM HIV/AIDS: UM DIÁLOGO POSSIVEL?**

**LUZIA APARECIDA OLIVEIRA**

Dissertação apresentada na área de concentração  
Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública  
da Universidade de São Paulo  
para obtenção do Grau de Mestre

**ORIENTADOR: PROF. DR. IVAN FRANÇA JUNIOR**

São Paulo  
2003

Aos meus pais e a Almerinda em  
memória  
pelo apoio incondicional... sempre

Ao Beto por ter garantido o cotidiano de nossas  
vidas durante esse tempo....  
e a Laura que logo compreenderá que vale a pena....

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Ivan França Junior, que propiciou as condições para o desenvolvimento desse trabalho e, sobretudo pela sincera amizade.

Ao professor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, sempre presente de diferentes formas, pela amizade, ensinamentos e generosidade.

A professora Vera Paiva, que acreditou nas possibilidades desse trabalho, pela amizade e alegria.

A professora Lilia Blima Schraiber, pela disponibilidade, generosidade e orientações precisas que permearam o desenvolvimento do estudo.

A Dra. Márcia Couto pela leitura atenta do material desde o início, orientações e referências.

A professora Augusta Thereza Alvarenga pelas dicas e referências bibliográficas e ajuda na formatação inicial do projeto, pela torcida e amizade.

A professora Keiko Ogura, em memória, que fez diferença mesmo no pouco tempo.

As Professoras Regina Maria Barbosa e Daniella Knauth, pelo apoio e orientações e a todo o pessoal do VI Programa de Pesquisa em Gênero e Sexualidade – NEPO/ UNICAMP, pelas valiosas críticas.

A Professora Cássia Buchalla pela sincera amizade e incentivo e a Fernanda e ao Robson e todo o pessoal do NEPAIDS com quem temos partilhado cotidianamente nossas incursões acadêmicas.

A Dra. Márcia e a Cida, Rosangela e todo o pessoal das unidades que permitiram a realização das atividades de campo.

A amiga Neide Emy, companheira de caminhada que partilhou cada etapa do presente trabalho.

A Jô que gentilmente revisou o texto.

A Iara e ao Leandro e a Elba pelo apoio e paciência com todos nós.

A Ângela, Márcia, Janete e ao Wagner pela amizade, solidariedade no cotidiano do SAE e leituras críticas.

Para todos os trabalhadores do SAE Aids/Santana por fazerem a diferença com seu trabalho.

A todos os pacientes e profissionais que generosamente nos receberam.

Agradeço ainda o apoio financeiro da Fundação Ford através do NEPO  
UNICAMP.

## RESUMO

Objetivando compreender o modo como foram tratadas as demandas reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços de saúde especializados no Município de São Paulo, desenvolveu-se estudo qualitativo utilizando-se da observação participante como estratégia metodológica.

Foram observadas e registradas em diário de campo atividades rotineiras tais como: consultas com diferentes profissionais, atividades grupais, discussão entre as equipes e discussões de casos, além do registro de depoimentos dos profissionais e usuários a respeito do tema.

Para análise, adotou-se a perspectiva teórica do processo de trabalho em saúde e necessidades de saúde e dos Direitos Reprodutivos.

De modo geral, os trabalhadores expressaram a compreensão de que as demandas reprodutivas eram das mulheres e ligadas ao controle da transmissão materno infantil do HIV. Questões como contracepção, reprodução, infertilidade, por exemplo, não foram reconhecidas como necessidades e/ou demandas dos usuários. Foi observado que os trabalhadores precisaram revisar as práticas assistenciais diante da manifestação pelo desejo da gravidez.

As conclusões indicam a necessidade de evidenciar as diferentes racionalidades presentes no espaço assistencial e que vão se configurando, ora pela afirmação de um pólo (o do controle) ora pelas decisões não explicitadas pelos usuários e consubstanciada no “aparecimento da gravidez”.

Ainda parece necessário o reconhecimento da autonomia das pessoas vivendo com HIV/Aids quanto às decisões reprodutivas para que essas possam ocorrer em condições de menor risco. Para ir ao encontro dessa finalidade é necessário compreender às diferentes racionalidades que envolvem o contexto do controle da epidemia do HIV/Aids e o viver com HIV/Aids.

DESCRITORES: DIREITOS REPRODUTIVOS – HIV/AIDS – SERVIÇOS DE SAÚDE

REPRODUCTIVE RIGHTS AND HEALTH CARE FOR PEOPLE LIVING WITH  
HIV/AIDS: IS A DIALOGUE POSSIBLE FEASIBLE? WORKING TOWARDS A  
DIALOGUE.

SUMMARY

To understand the way in which professionals within specialized health services in the municipality of Sao Paulo have responded towards the reproductive demands of people living with HIV/Aids is the objective of this qualitative study. Observant participation was the main methodological strategy employed.

Routine activities were observed and registered in a field diary and these included: consultations with different professionals, group activities, discussions among working teams, and case discussions, as well as statements made by professionals and clients to the researcher with respect to this theme.

Theoretical perspectives contemplating health as medical work, health demands and Reproductive Rights were employed in the analysis.

In general, health workers believed that demands with respect to reproductive health were formulated exclusively by female clients and were related to maternal HIV transmission. Issues concerning contraception, reproduction and infertility, for example, were not recognized as patients' necessities and/or demands. Confronted with a patient's explicit desire to become pregnant, for example, these health workers had to revise their practices with respect to assistance.

This study indicates the need to explicit the different rationalities which make themselves present within the process of health care and which are constituted, on one hand, by the assertion of control, and, on the other hand, by the unexplicited reproductive decisions of clients, consubstantiated by the “unexpected advent/emergence of pregnancy”.

Furthermore, it is necessary to recognize the autonomy of people living with HIV/Aids with respect to reproductive decisions so that these may occur within circumstances involving fewer risks. In order for this to occur, it is necessary to understand the different rationalities present within the contexts in which reproductive decisions are made as well as those in which the norms involving the control of the HIV/Aids epidemic are defined and put into practice.

**KEY WORDS: HEALTH SERVICES – HIV/AIDS – REPRODUCTIVE RIGHTS**

## ÍNDICE

<b>PRÓLOGO</b> .....	13
----------------------	----

## I- INTRODUÇÃO

1. Aids, saúde reprodutiva e o conflito do contexto assistencial.....	16
2. Mulheres e aids: a perspectiva dos Direitos Reprodutivos.....	18
3. Respostas institucionais para a aids.....	22
4. Os Direitos Humanos com horizonte ético e político para os Direitos Reprodutivos.....	27
4.1 Direitos Individuais, saúde coletiva e HIV/aids .....	32
4.2 Direitos Reprodutivos como Direitos Sociais.....	34
4.3 Os Direitos Reprodutivos são iguais à saúde reprodutiva?: o contexto de respostas no âmbito da saúde pública.....	38
5. O processo de trabalho em saúde e o plano das necessidades como referencial para as demandas reprodutivas .....	43
5.1 O trabalho em Saúde .....	44
5.2 Tomando Necessidades como referencial para as demandas reprodutivas .....	47
6. As demandas reprodutivas no contexto da Aids: uma questão moral?	50

## II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1. Metodologia e estratégias .....	57
1.1 Notas sobre as primeiras abordagens .....	63

### III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Apresentando os resultados .....	68
1.1 Algumas características dos serviços investigados: seus agentes; a instituição dos Centros de Referência para DST/AIDS, atual configuração – semelhanças e diferenças .....	69
2. Demandas reprodutivas através do discurso dos profissionais: o foco na gravidez com a finalidade do controle da transmissão vertical .....	78
2.1 Homens e demandas reprodutivas .....	83
3. Profissionais e usuários: diferentes interesses e evidências de um conflito.....	86
3.1 A contracepção como demanda especial .....	89
3.2 No consultório e no grupo: as possibilidades de escuta para além dos protocolos e a relativização da transmissão vertical na gravidez em curso .....	95
4. As respostas construídas a partir do reconhecimento da demanda: o desejo pela gravidez em cena .....	103
4.1 Espaços possíveis na assistência para a emergência de demandas reprodutivas .....	106

**IV – CONCLUSÃO**

A necessidade de garantir interlocuções:

o diálogo capaz de gerar cuidado ..... 111

**V- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 115**

**VI ANEXOS**

## **PRÓLOGO**

Em 1996 a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo foi reestruturada através da modificação do modelo gerencial dos seus serviços, tendo se posicionado, naquele momento, na contramão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A polêmica implantação do PAS, Plano de Assistência à Saúde da Cidade de São Paulo, provocou uma expressiva movimentação de trabalhadores para novos postos de trabalho, principalmente daqueles que não aderiram as suas cooperativas.

Foi no contexto de mudança dos rumos da saúde pública no município de São Paulo que muitos servidores passaram a atuar em ambulatórios especializados no atendimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/aids, programa de atendimento que permaneceu sob a administração direta da Secretaria Municipal da Saúde.

Iniciamos nossa aproximação ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids em um desses ambulatórios especializados e estruturados a partir do modelo assistencial preconizado pelo Ministério da Saúde.

Era uma época de muitas dúvidas e de desafios, uma vez que muitos de nós nunca haviam trabalhado no cuidado direto a pessoas vivendo com HIV/aids. Além de questionamentos e descobertas, era um trabalho que também trazia muito medo e dor. Lembro de um período em que os pacientes que freqüentavam nosso Hospital Dia ficavam reticentes quando percebiam a

ausência de algum companheiro de medicação diária, e nós também evitávamos justificativas.

Mas, ao mesmo tempo em que havia sofrimento, percebíamos a busca pela vida e a retomada do cotidiano como se não houvesse o HIV no contexto daquelas pessoas que eram acompanhadas por nós.

Nesse sentido, lembro-me do relato de uma companheira de trabalho que ao retornar de uma visita domiciliar, referia a alegria de uma jovem mãe (paciente nossa) que no momento da visita encontrava-se brincando na rua com seus filhos. Era uma cena tão inesperada que nos fez refletir sobre nossas expectativas em relação aos pacientes e o quanto elas estavam quase sempre associadas à doença e pouco consideravam as possibilidades do “viver”, apesar do HIV.

Se por um lado, o tratamento com a terapia anti-retroviral despontava como resposta à doença, por outro, lidar com o “viver com o HIV/aids” ainda era (e é) um desafio que inquietava (e inquieta) a equipe de profissionais.

A busca por parcerias e respostas a essas inquietações nos levou ao Núcleo de Pesquisa em Aids, o NEPAIDS, e o encontro com pesquisadores comprometidos e atentos às diferentes questões trazidas pela epidemia do HIV/Aids, como José Ricardo de Carvalho Ayres, Vera Paiva, Cássia Buchalla, Ivan França Junior, dentre outros.

A partir dessas nossas parcerias passamos a problematizar nossas práticas, apurar nosso olhar crítico sobre as diferentes questões que emergem desse trabalho. Como primeiro “produto” elaboramos uma pesquisa sobre o

trabalho da equipe multidisciplinar e aids, com artigo publicado na Revista de Saúde Pública em suplemento especial de 2002 e, posteriormente, alguns de nós continuamos desenvolvendo pesquisas vinculadas à programas de mestrado da Faculdade de Saúde Pública e de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Trazer as questões dos Direitos Reprodutivos no contexto do HIV/aids, associando essa discussão às nossas práticas assistenciais, faz parte desse esforço que empreendemos coletivamente, no sentido de produzir conhecimento e contribuir para a construção de práticas inclusivas, que considerem a diversidade do viver com HIV/aids.

## I - INTRODUÇÃO

### 1. Aids, saúde reprodutiva e o conflito do contexto assistencial

Dentre os inúmeros impactos decorrentes da epidemia de aids, vale destacar as transformações ocorridas nos serviços de saúde. Conforme registram PARKER et. al (1994) *“...serviços inteiros transformam-se para poder dar conta da nova doença: onde se atendia doenças infecciosas há muito conhecidas e caracterizadas, passou-se a conviver-se com pacientes com infecções múltiplas; o que tinha sido curável (pneumonia, tuberculose, diarreia) passou a ser incurável ; o que era raro (como sarcoma de Kaposi) passou a ser comum ; o que era conhecido e diagnosticável passou a ser de difícil diagnóstico e sem respaldo do saber médico (...) fluxos financeiros inesperados provocam diferenciações nos serviços, criando “ilhas de primeiro mundo” dentro de um panorama de degradação e carência”* (PARKER et. al 1994, p.39).

Após os primeiros impactos da epidemia, os avanços tecnológicos que puderam ser observados no final da década de 90 contribuíram para o desenvolvimento de terapêutica e diagnóstico reforçando a intervenção, pautada nas questões de controle da doença, tanto no que se refere à prevenção primária (aparecimento de novos casos) quanto à prevenção secundária (das pessoas afetadas no que se refere à profilaxia de doenças oportunistas e reinfecção).

A complexidade e variedade de questões apresentadas pela epidemia, dentre estas as ligadas à atenção à saúde sexual e reprodutiva, referem-se ao tratamento de “temas tabus” como sexualidade, uso de drogas,

homossexualidade, que, por vezes, levam os profissionais a se confrontarem com seus próprios medos e preconceitos, dificultando a percepção para além da “doença” das pessoas afetadas.

É no contexto de controle da epidemia em que as questões reprodutivas têm sido acolhidas, a gravidez das mulheres soropositivas é o principal alvo. Tal prática é apoiada a partir dos resultados do protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group (ACTG) divulgados em 1994, que confirmam que a utilização da Zidovudina (AZT) por mulheres soropositivas durante a gestação reduz em cerca de 70% a transmissão vertical do HIV (CN DST/AIDS 1998).

Somada a esse contexto, a atenção à saúde reprodutiva nos serviços de saúde apresenta impasses, como apontados por BARBOSA (1995) que se referem à autonomia das mulheres frente à sexualidade e aos direitos reprodutivos, à ilegalidade do aborto, à estrutura verticalizada das atividades de planejamento familiar e dos serviços de pré-natal e parto e à desarticulação entre os serviços de DST e os de assistência à saúde.

Assim, na prática dos profissionais estão presentes conflitos no que se refere às questões reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/aids que podem ser expressos como: o reconhecimento ou não das decisões reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids; a incorporação ou não de demandas ligadas à saúde sexual e reprodutiva; disponibilização ou não de informações quanto às possibilidades de gravidez; informações sobre métodos contraceptivos e de reprodução assistida; como tratar pares sorodiscordantes no que se refere às decisões reprodutivas, dentre outras questões.

Tomando os Direitos Reprodutivos como referencial ético e político, o processo de trabalho em saúde e necessidades em saúde conforme tematizado por MENDES GONÇALVES (1994); SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES (2000), SCHRAIBER (1997); AYRES (2000), o estudo propôs compreender como foram acolhidas pelas práticas assistenciais, as questões ligadas às decisões reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/aids nas diferentes ações cotidianas da referida assistência.

Iniciaremos trazendo as discussões relativas à saúde reprodutiva e ao contexto de enfrentamento da epidemia do HIV/Aids e, mais particularmente, ao contexto de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. Para tanto, parece necessário entender antes, como o movimento de mulheres incorporou em suas pautas as questões relativas à aids.

## **2. Mulheres e Aids: a perspectiva dos Direitos Reprodutivos**

O movimento de mulheres, principal responsável pelo avanço das propostas de atenção à saúde da mulher e defensor dos princípios dos Direitos Reprodutivos, parece ter demorado a incorporar em sua agenda a aids como questão de saúde que afetava também as mulheres. Conforme registra BARBOSA (1996), para as feministas, não se tratou apenas de não reconhecerem a vulnerabilidade das mulheres à pandemia da aids, associada no início a grupos específicos nos quais as mulheres em geral não se reconheciam. Para elas, a Aids trazia a exigência de uma certa normatividade para a vivência da sexualidade, a qual se contrapunha às reivindicações históricas do feminismo. Questões como a desvinculação entre sexualidade e

procriação e o controle da reprodução pelas mulheres a partir da defesa de variadas opções de contraceptivos enquanto direito ao exercício da sexualidade, tornava particularmente difícil a defesa do preservativo masculino como único método para a prática sexual mais segura (BARBOSA 1996).

É somente à partir da 8ª Conferência Internacional sobre Aids, em Amsterdã, no ano de 1992, que são apresentadas preocupações relacionando as mulheres ao quadro da pandemia da aids (BERER 1993).

*“Somente a partir do final da década de 80 começou a haver uma multiplicação de pesquisas, educação pública e prevenção, e projetos de tratamento enfocando a mulher”* (BERER 1993, p.17).

Outros fatores que contribuíram para a percepção tardia da epidemia entre as mulheres foram a produção de dados e o diagnóstico tardio dos casos. Isso porque, conforme registram BARBOSA & VILLELA (1996), as mulheres procuravam os serviços já adoecidas, ou porque não foram diagnosticadas ou porque os serviços de saúde não associavam as queixas a uma possível infecção pelo HIV.

*“Foi apenas a partir de 1990 (OPAS,OMS,1990) que setores ligados ao governo e ao controle das informações sobre a epidemia passaram a reconhecer uma suposta mudança no perfil da epidemia, que na verdade já se fazia sentir desde 1986”* (BARBOSA & VILLELA 1996, p.21).

Em 1994 o Programa Nacional de DST/AIDS promoveu seminário que tratou do tema Aids associado à problemática das mulheres em geral e não apenas dirigidas a grupos específicos (ARILHA 2000).

A partir do reconhecimento da prevalência da epidemia entre as mulheres e crianças infectadas, principalmente através da transmissão da mãe para o conceito, a lógica no controle da infecção pelos serviços de saúde passou a privilegiar a identificação dos casos durante o pré-natal através do oferecimento de exames laboratoriais para a identificação da infecção pelo HIV e a aplicação protocolo 076 do Aids Clinical Trial (ACTG)<sup>1</sup>.

*“...tratar as decisões reprodutivas das mulheres infectadas pelo vírus a partir de uma perspectiva de direitos reprodutivos significa reconhecer que as mulheres que estão nas estatísticas de casos de Aids, cujo os comportamentos reprodutivos são alvo de escrutínio público, são as mesmas que têm acesso reduzido aos serviços de saúde, educação e trabalho. O reconhecimento deste contexto é fundamental para mudar o foco de atenção para questões éticas, que reconheçam a influencia das circunstâncias da realidade individual das*

---

<sup>1</sup> Em 1991 o National Institute of Health realizou estudo clínico denominado Aids Clinical Trials Group – Protocol 074 (PACTG 076) para determinar a eficácia do uso da zidovudina (AZT) na prevenção da transmissão vertical da aids. O estudo foi realizado nos EUA e em nove centros na França ,tendo preconizado, no período de dezembro de 1989 a fevereiro de 1994, com 477 gestantes e 421 crianças. A administração oral de zidovudina (AZT), a partir da 14<sup>a</sup>-34<sup>a</sup> semana de gestação, a administração endovenosa de zidovudina (AZT), durante o parto e para a criança até seis semanas o zidovudina charope. Os resultados do estudo mostraram redução do risco da transmissão perinatal do HIV de 25,5% para 8,3%. ( (Centers for Disease Control and Prevention: Recommendations of the US Public Health Service Task Force on the Use of Zidovudine to Reduce Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus. Morbidity Mortality Weekly Report 43 (R R-1 1) 1994) (TAMBEIRO 2001)

*mulheres nas decisões, comportamentos e ações*” (BARBOSA & Lago 1997, p. 166,167).

Não há dúvida que os investimentos realizados no sentido da prevenção da transmissão vertical são medidas importantes no que se refere ao controle da transmissão materno-infantil, e os protocolos em vigência, conforme registrado, dão conta do controle clínico possível para essas situações. Mas, ao apontar para decisões reprodutivas no contexto da aids, tendo como horizonte ético-político a perspectiva dos Direitos Reprodutivos, ainda parecem necessários esforços no plano da assistência, para a incorporação dos aspectos ligados à vida sexual e reprodutiva das pessoas vivendo com HIV/aids que implicam, por exemplo, em considerar o sentido da maternidade/paternidade para essas pessoas.

A partir de estudo realizado em centros de referência para tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, PAIVA et. al (2002) revela em seus resultados que há pouco acolhimento (mesmo em centros de excelência) para demandas reprodutivas das pessoas em seguimento nesses ambulatórios. O estudo registra, ainda, a falta de informações entre os homens entrevistados acerca da Transmissão Vertical do HIV, não sendo os serviços de saúde a principal fonte de informações sobre reprodução e aids.

### **3. Respostas institucionais para aids**

Embora a aids tenha se caracterizado como um evento multifacetado hoje associado à pobreza, à desigualdade social e de gênero, dentre outras, as instituições de saúde trataram o problema primeiramente como questão de controle epidemiológico, ligado às responsabilidades da saúde pública no trato de epidemias e, como uma questão médica, sendo necessário a criação de tecnologias que respondessem à assistência às pessoas afetadas.

As respostas à epidemia e seus significados sociais estão para além das possibilidades de intervenção clínica ou controle epidemiológico. Essas estão intimamente ligadas às possibilidades de reconhecimento da cidadania e respeito aos Direitos Humanos (MANN 1996), principalmente daquelas populações que vivem em situação de exclusão social ou que são discriminadas por não corresponderem a certos padrões.

De início, a aids não se colocou claramente como um problema de saúde pública, antes, era percebida como uma questão de grupos específicos (os homossexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo) que tradicionalmente viviam situações de discriminação pela orientação sexual assumida ou por comportamentos julgados socialmente inaceitáveis.

A imagem inicial da aids como doença nova, sem cura, contagiosa, diretamente ligada à sexualidade e que acometia grupos minoritários, conferiu a epidemia todos os estigmas e representações ligadas à temas tabus como morte, sexualidade e contágio (PARKER et. al 1994).

Conforme registrado por PARKER et. al (1994) a mídia teve importante destaque na construção desses significados sociais atribuídos a aids; em suas palavras:

*“O papel das representações no trajeto da epidemia no Brasil é tanto mais importante quanto a Aids apareceu primeiro como um fenômeno da mídia, é só depois se tornou uma evidencia médica. Antes mesmo de o ser, o doente-padrão já estava definido; (...) e vai se constatando que, em larga medida, o que se encontra é função daquilo que se procura, e o recorte imposto pelas representações ( da mídia e da literatura médica) marcou e talhou o que viria a ser a epidemia”* (PARKER et. al 1994 p.31).

A institucionalização da assistência para o cuidado das pessoas acometidas pela epidemia, portanto, diz respeito a uma dada sociedade, dentro de um contexto historicamente determinado que, conforme registrou GUERRA (1993), teve o envolvimento de cidadãos que sofreram diretamente as conseqüências da epidemia, e aqui se destacou o papel das organizações sociais (inicialmente, da comunidade gay) no sentido de chamar atenção para o problema, reivindicando a formulação de respostas institucionais.

O Estado de São Paulo foi o primeiro no Brasil a sistematizar ações com vistas ao controle epidemiológico da doença assim como ações de cuidados das pessoas afetadas. Em 1983, *“foram definidos alguns serviços hospitalares e ambulatoriais para o atendimento dos casos (o hospital de moléstias infecciosas da SESP: Hospital Emílio Ribas, o hospital universitário de maior porte de São Paulo: Hospital da Clínicas, e o Hospital dos Servidores Públicos*

*Estaduais, além do serviço de atendimento ambulatorial (...) E por último, mas não menos importante, criou-se o serviço de atendimento telefônico para esclarecimentos à população, a chamada “hot-line” ou “Disque-Aids”*” (GUERRA 1993, p. 63).

Ainda registra a autora a contribuição da Secretaria Estadual de São Paulo no sentido de montar serviços em mais treze Estados, mesmo antes da formal criação de um programa nacional que ocorreu em 1985, e a partir daí a gestão de recursos próprios para o controle da epidemia instituindo-se protocolos de vigilância, registros e atendimento dos casos.

Parece particularmente interessante notar que na história da resposta institucional à aids, a atenção à saúde reprodutiva, que é tratada no âmbito da saúde da mulher, não esteve integrada de forma intencional e explícita ao programa de DST/AIDS.

*“Se, em um primeiro momento, a gravidade e a falta de visibilidade política da epidemia da Aids pareciam justificar a idéia de um programa específico, sua manutenção ao longo dos anos acabou por consolidar linhas verticais de mando e estruturas paralelas de poder dentro do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde, com sérios prejuízos para a integralidade das ações e a eqüidade do atendimento. (...) Ao mesmo tempo que esse fortalecimento acontece, entretanto, outros programas de saúde são questionados e se enfraquecem, como é o caso do Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher – PAISM, sem que propostas de integração e interlocução sejam efetivamente viabilizadas”* (BARBOSA & LAGO 1997, p. 173).

A instituição do Programa Nacional de Controle das DST/AIDS, com recursos internacionais e do SUS, possibilitou o avanço tecnológico e a estruturação da assistência em âmbito nacional. Porém, ao propiciar a organização de um sistema de forma verticalizada, questões como integração desses serviços à rede de serviços básicos do SUS e demais programas que pretendem responder aos diversos problemas de saúde da população, ainda merecem atenção.

Conforme já registrado, as respostas institucionais que incluem os aspectos da saúde reprodutiva das pessoas vivendo com HIV/aids estão expressas em protocolo que objetiva primeiramente o controle da Transmissão Materno Infantil.

TAMBEIRO (2001) registra que as primeiras recomendações para a prevenção da transmissão vertical no país foram publicadas em 1995 no Diário Oficial da União e incluídas nos manuais de condutas para tratamento de adultos e crianças com HIV/Aids.

Em julho de 2002, o protocolo foi atualizado, tendo em vista os avanços no tratamento. As recomendações ligadas à transmissão materno infantil, tiveram por objetivos rever as recomendações da terapia anti-retroviral em gestantes e as demais condutas relacionadas à profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV, respaldando-se nos recentes avanços dessa área do conhecimento científico e a factibilidade de implementação dessas ações nacionalmente.

*“Tendo em vista esses objetivos, os seguintes aspectos nortearam as recomendações contidas nesse documento de consenso:*

- *garantir nacionalmente, a menor taxa de transmissão vertical do HIV; e*
- *propiciar recomendações terapêuticas com menor risco de toxicidade e de resistência para a mãe e seu concepto” (MINISTÉRIO DA SAÚDE CN DST/AIDS 2002, p. 3).*

Conforme pode ser observado, o protocolo refere-se principalmente ao controle da transmissão do HIV ao concepto, sintetizando uma série de recomendações técnicas referendadas por evidências científicas que comprovam a eficácia das recomendações.

Interligar a discussão sobre o controle da epidemia da aids e a perspectiva dos Direitos Reprodutivos implica em possibilitar formas de concepção ou contracepção apoiadas no plano das decisões individuais (direitos subjetivos) e sociais das pessoas afetadas pela epidemia, utilizando-se dos recursos tecnológicos atuais, que podem contribuir para a diminuição tanto dos riscos da transmissão vertical, como da transmissão entre casais, entendendo-se como beneficiários da estratégia, a mulher e/ou casal além do bebê.

Nesse sentido, será importante trazer a perspectiva dos Direitos Humanos e Direitos Reprodutivos como horizonte ético e político para a questão.

#### **4. Os Direitos Humanos como Horizonte Ético e Político para os Direitos Reprodutivos**

A forma contemporânea em que se encontram afirmados os direitos humanos tem sua origem histórica nas chamadas modernas declarações de direito. Destacam-se, nesse sentido, as Declarações Americana, de 1776 e Francesa, de 1789. Essas Declarações faziam parte do movimento pelo estabelecimento do Estado Liberal e Constitucional como forma de reação aos abusos do Absolutismo e constituíam-se como mecanismo para limitar a intervenção dos Estados no que se referia às liberdades individuais. Nesse sentido, os direitos humanos eram restritos aos direitos à liberdade, à segurança e à propriedade (PIOVESAN 1998).

Essas primeiras declarações eram fundadas nos princípios do jusnaturalismo moderno segundo o qual o direito e seus princípios são naturais e acessíveis pela razão, intuição ou revelação (FRANÇA-JUNIOR et. al 2000). Esses princípios foram contestados pelas principais correntes filosóficas e do direito no século XIX. As críticas vão no sentido da refutação do direito enquanto natural e inerente da condição humana e buscaram um fundamento que fosse diverso desse último (ainda que partindo de diferentes pontos de vista) (BOBBIO 1990).

Para HEGEL, a liberdade e igualdade são um produto e um resultado da consciência histórica, que não deve permanecer sob formas abstratas, já que são precisamente essas que não deixam surgir ou destróem a concreticidade,

ou a organização do Estado, uma Constituição e um Governo Geral (BOBBIO 1990).

Em MARX, a recusa ao jusnaturalismo se faz através da crítica ao Estado burguês e a ideologia de interesses de classes não universais, *”enxergando na sua juridicidade apenas um instrumento de opressão da classe burguesa sobre a classe trabalhadora”* (FRANÇA-JUNIOR et. al 2000).

É somente a partir da Segunda Guerra Mundial, em reação às atrocidades cometidas pelo nazismo, que surge o “Direito Internacional dos Direitos Humanos”. A Organização das Nações Unidas, fundada em 1945, é expressão do esforço das Nações signatárias na busca de proteção dos direitos humanos que, nas palavras de PIOVESAN (1998), *“não deve se reduzir ao domínio reservado do Estado, isto é, não deve se restringir a competência nacional exclusiva ou à jurisdição doméstica exclusiva, porque revela tema de legítimo interesse internacional ”* (PIOVESAN 1998 p. 23-24).

É a Declaração Universal de Direitos Humanos, aprovada em 1948 no âmbito das Nações Unidas, que introduz a concepção contemporânea de direitos humanos marcada pela universalidade e indivisibilidade desses direitos. Esta distingue-se das cartas de direitos humanos anteriores na medida em que consagra não apenas direitos civis e políticos, mas também direitos econômicos, sociais e culturais.

Embora o entendimento quanto à indivisibilidade dos direitos – políticos, sociais, econômicos e culturais - esteja presente nas declarações de direitos humanos, seu endosso não foi unânime, criando-se as divisões entre direitos

políticos, civis e sociais, culturais e econômicos. Conforme ressalta PIOVESAN (1998), a Resolução n. 32/130 da Assembléia Geral das Nações Unidas declara: *“todos os direitos humanos, qualquer que seja o tipo a que pertencem, se inter-relacionam necessariamente entre si, são indivisíveis e interdependentes. Essa concepção foi reiterada na Declaração de Viena de 1993, quando afirma, em seu parágrafo 5º, que os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados”* (PIOVESAN 1998, p.29).

A linguagem dos Direitos Humanos busca integrar a tradição dos direitos subjetivos que correspondem à liberdade de ação do indivíduo com os direitos sociais que se referem às obrigações dos Estados em relação aos cidadãos (FRANÇA-JUNIOR et. al 2000).

De um modo geral, os Direitos Reprodutivos seguem os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Entretanto, trazer o debate das questões reprodutivas para o campo do direito tem sido alvo de críticas por parte de alguns setores envolvidos com o tema.

Se, de um lado, a perspectiva dos direitos tem o caráter de horizonte ético e político para as questões reprodutivas, de outro, sua universalidade pode camuflar as diferenças e especificidades de grupos particulares.

Para tomar a perspectiva dos direitos humanos como horizonte ético e político faz-se necessário trazer o debate acerca dos limites e possibilidades de tais direitos em contraponto com as discussões sobre decisões e prerrogativas no campo da reprodução, apontadas principalmente pelas feministas.

Segundo CORRÊA E PETCHESKY (1996), o discurso sobre direitos humanos tem sofrido duros ataques por autores e autoras feministas, marxistas e pós-modernos. As críticas vão na direção do caráter indeterminado da linguagem do direito; de estar fundamentado segundo a lógica de grupos hegemônicos e dominantes; de ser universalista; de apontar para um individualismo que supõe escolhas e barganhas individuais potencialmente iguais; de que as diferenças de condições econômicas de raça, gênero ou outras circunstâncias sociais são, por vezes, tomadas como invisíveis.

Os direitos reprodutivos são tanto direitos subjetivos (como o direito à liberdade e a não discriminação) como se referem às obrigações dos Estados em assegurar condições necessárias para sua efetivação e, portanto, são também direitos sociais, como o acesso à saúde e a educação, dentre outros.

Reconhecendo a linguagem dos Direitos Humanos como um instrumento importante para a busca da ampliação da democracia mundial, os movimentos feministas também têm realizado esforços para enfatizar a natureza social e não somente individual dos direitos, deslocando o peso das obrigações da esfera individual para o plano de responsabilidade pública. Nesse sentido, reconhecem-se os contextos comunitários relacionais nos quais os indivíduos agem para exercer e lutar por seus direitos; colocam-se em primeiro plano a base substantiva dos direitos e as necessidades humanas; enfatizam-se a redistribuição de recursos e o reconhecimento dos portadores de direitos em suas identidades múltiplas e autodefiníveis, incluindo gênero, classe, orientação sexual, raça e etnia (CORRÊA & PETCHESKY 1996).

O caráter prático da linguagem do direito, possibilita a expressão das aspirações por justiça, que, nas palavras de BOBBIO: *“... tem indubitavelmente uma grande função prática, que é emprestar uma força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros a satisfação de novos carecimentos materiais e morais; mas ele se torna enganadora se obscurecer ou ocultar a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido”* (BOBBIO 1990, p.10 ).

É na linguagem dos direitos humanos que se denota o reconhecimento da diversidade dos homens e mulheres – homens e mulheres específicos ou tomados na sua diferenciação seja por sexo, idade, condições físicas, que indicam condições específicas, não permitindo-se igual tratamento e igual proteção. Assim, por exemplo, são as cartas de direitos de 1952, a Convenção sobre Direitos Políticos da Mulher; em 1959, a Declaração dos Direitos da Criança; em 1971, a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, dentre outras, que se referem ao plano dos direitos sociais (BOBBIO 1990).

Os esforços no sentido da especificação do direito ou de repensar o valor da igualdade possibilitam transitar-se da igualdade formal para a igualdade material ou substantiva, implicando, além do aumento dos bens merecedores de tutela (como os direitos sociais e econômicos), também a extensão da titularidade de direitos que passa a abranger, além dos indivíduos, as entidades de classe, organizações sindicais, grupos vulneráveis e a própria humanidade (PIOVESAN 1998).

Nesse sentido, o discurso dos direitos humanos pode contribuir para busca da ampliação das condições concretas para que as decisões reprodutivas possam ocorrer livres de quaisquer condicionantes, retomando-se à perspectiva apontada no discurso dos direitos reprodutivos, enquanto poder e recursos para tomada de decisões nesse campo e que se referem tanto a direitos subjetivos (individuais) como coletivos.

#### **4.1 - Direitos individuais, Saúde Coletiva e HIV/aids**

Interesses coletivos e direitos individuais são terrenos de constantes debates e embates, uma vez que o avanço de um pode significar a restrição do outro. Conforme demarcado por MANN (1996), as ligações entre Saúde Pública e direitos individuais apresentam um clássico conflito – entre proteger a saúde pública e respeitar os direitos individuais. Isso porque as ações em Saúde Pública têm envolvido restrições aos direitos individuais em favor do bem coletivo.

Ao apontar o conflito entre dois tipos de direitos (autonomia privada x autonomia pública) numa perspectiva (neo)liberal, os chamados direitos subjetivos ou individuais teriam prioridade em relação aos demais, porém, o reconhecimento de que os destinatários da legislação são ao mesmo tempo seus autores, entendendo como base e objetivo do direito à auto – organização democrática de uma comunidade jurídica de sujeitos livres e iguais, parece apontar para um outro tipo de concepção sobre o bem comum e o que se refere a interesses individuais, apoiados na idéia de consenso intersubjetivo

construído e legitimado por membros de uma dada comunidade (FRANÇA-JUNIOR et. al 2000).

Nesse sentido, recorrendo às declarações de Direitos Humanos mais recentes, identificamos esforços no sentido de superar a supremacia de um direito sobre o outro (Declaração de Viena de 1993), quando se busca reforçar a indivisibilidade dos direitos e suas interdependências. *“Os Direitos Humanos compreendem um sistema de saber e um sistema de ação que buscam integrar a tradição dos direitos subjetivos com os mais recentes direitos sociais”* (FRANÇA-JUNIOR et. al 2000, p. 4).

Trazendo essa discussão para o contexto da pandemia do HIV/aids, de um modo mais abrangente, a negligência e a violação dos direitos e da dignidade das mulheres, de homens e crianças por exemplo, aumenta o risco de infecção pelo HIV nas mulheres do mundo inteiro. Assim, movimentos em direção à dignidade social e legal poderão ser mais eficientes na prevenção ao HIV do que apenas a produção de cartazes e distribuição de preservativos (MANN 1996).

Nesse sentido cabe registrar o importante papel dos movimentos organizados, que representam interesses das pessoas vivendo com HIV/aids, que têm exercido um importante papel no que se refere ao balizamento das políticas públicas que são propostas para o enfrentamento da aids, no sentido de incluir questões ligadas ao respeito à dignidade, à singularidade e à autonomia das pessoas afetadas:

*“(...) levando em consideração o movimento dos direitos humanos modernos, podemos propor um princípio básico para a saúde pública: uma política, ou um programa, que respeite os direitos humanos é melhor que uma política ou um programa com uma eficiência equivalente, mas que oprima ou viole os direitos humanos” (MANN 1996, p.139).*

A relação entre direitos humanos e saúde pública se refere à garantia das condições básicas essenciais nas quais as pessoas possam aumentar seu bem estar físico e mental, o que implica, em última análise, na promoção e proteção dos direitos humanos, ou seja, a estrutura dos direitos humanos se refere às exigências para o bem estar físico, mental e social, portanto exige as condições nas quais as pessoas podem ser saudáveis (MANN 1996).

Nesse sentido, o desafio com que profissionais e serviços se deparam parece ser incluir tecnologias e reconhecer necessidades de saúde que possam ser balizadas pelo crivo dos direitos sociais (nos quais os direitos reprodutivos se integram), que possam contribuir para práticas na atenção à saúde mais próximas à diversidade de demandas, assim como, mais próximas da perspectiva ética e política dos direitos humanos.

#### **4.2 - Direitos Reprodutivos como Direitos Sociais**

O debate acerca dos direitos reprodutivos não se limita aos aspectos biológicos, tendo especial destaque as dimensões sociais e certas condições que devem ser atendidas para que os direitos reprodutivos possam ser exercidos em um contexto de relações eqüitativas (FIGUEROA-PEREA 1996).

Na perspectiva feminista, os direitos reprodutivos têm seus fundamentos nos princípios de integralidade corporal, autodeterminação sexual das mulheres, assim como poder decidir quanto a ter ou não filhos, o intervalo entre eles e sua criação (CORRÊA & PETCHESKY 1996).

A capacidade de decidir está diretamente vinculada às condições concretas contextuais e históricas. Nesse sentido, CORRÊA & PETCHESKY (1996), definem o terreno dos direitos reprodutivos e sexuais em termos de poder (*empowerment*) e de recursos: capacidade para tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fertilidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual, assim como acesso a recursos para levar adiante tais decisões de forma segura e eficiente.

No contexto de assistência às pessoas vivendo com HIV/aids, tais premissas são particularmente importantes na medida em que se referem à disponibilização de recursos e cuidados que possibilitem condições para decisões reprodutivas seguras e com menor risco à infecção pelo HIV (ou reinfecção), assim como acesso aos recursos para evitar a transmissão vertical.

Em relação ao contexto social que envolve a reprodução das pessoas vivendo com HIV/aids é necessário também considerar, além das questões materiais e de saúde, as barreiras e preconceitos associados à doença que podem permear as decisões reprodutivas.

No que se refere mais diretamente aos Direitos Reprodutivos e HIV/aids em termos da jurisprudência VENTURA (2001) registra:

*“Não há uma normatização específica, exceto a disponibilização de medicamentos e exames HIV, para o atendimento pré-natal. Também não há jurisprudência que trate das questões relacionadas à epidemia de Aids e à saúde reprodutiva, como o aborto no caso de mulheres soropositivas, a obrigatoriedade ou não da mulher submeter-se a tratamento para evitar a transmissão perinatal, a obrigação do Estado em proporcionar acesso à reprodução assistida para casais em que um dos cônjuges é soropositivo e desejam ter um filho saudável” (VENTURA 2001, p.80).*

A garantia das condições necessárias para a tomada de decisões reprodutivas livres de quaisquer condicionantes ou coerções se refere ao acesso aos direitos sociais, sendo os direitos reprodutivos assim considerados.

Os direitos sociais implicam em políticas de bem estar social, segurança pessoal, liberdade política e abolição de injustiças raciais, étnicas, de gênero ou classe, responsabilizando-se os Estados no sentido de assegurar o acesso aos direitos, como requisito para a tomada de decisões reprodutivas (CORRÊA & PETCHESKY 1996).

As questões ligadas à reprodução dos seres humanos não se restringem à procriação, mas expressam relações sociais, conforme registra SEN (1996), *“se coloca na interseção de dois conjuntos de relações sociais básicas. De um lado estão as relações que determinam as diferentes reivindicações quanto à subsistência ou prerrogativas (entitlements); o que consomem os diferentes membros da sociedade e em que quantidades. Do outro lado estão as relações que governam quem faz o trabalho de reprodução e sob que condições; não*

*apenas quem tem os filhos, mas quem executa as tarefas diárias e de produção da alimentação, limpeza e cuidados, tanto de crianças quanto de adultos. O modo pelo qual as sociedades lidam com a reprodução humana depende da interação entre estes dois conjuntos de relações, o que também configura a hierarquia e a subordinação na base de classe, gênero, idade, raça e uma série de outras ordenações sociais, sendo uma preocupação central das políticas sociais dos Estados” (SEN 1996, p.181).*

A perspectiva dos Direitos Reprodutivos, demarcada principalmente a partir da Conferência Internacional sobre Populações e Desenvolvimento no Cairo, em 1994, reordenou o eixo das questões populacionais, à partir das afirmações que destacam a regulação da fecundidade no plano dos direitos individuais. Importante ressaltar o papel do movimento organizado de mulheres na construção do referido documento que, como afirma BERQUÓ (1998), reflete com bastante clareza a agenda de prioridades das mulheres de todo o mundo, através de suas redes de lideranças.

A noção de saúde reprodutiva procurou extrapolar o modelo biomédico, na medida em que incluiu em sua definição – estado de completo bem estar físico mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou incapacidades, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. Pressupõe que as pessoas devem estar livres para ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade para reproduzir e a liberdade para decidir quando e com que frequência.

Ao assumir essa perspectiva ampliou-se a visão da saúde reprodutiva considerando a integralidade e abrangência, englobando homens e mulheres, todas as faixas etárias e não apenas a idade reprodutiva; o exercício da sexualidade com satisfação e como parte integrante da saúde; além de preconizar a garantia de pré-natal, parto e puerpério seguros e assegurar a homens e mulheres o direito à informação e ao acesso a métodos seguros e eficazes de regulação de fecundidade (BERQUÓ 1998).

#### **4.3 - Os Direitos Reprodutivos são iguais à Saúde Reprodutiva? O contexto de respostas no âmbito da Saúde Pública**

Ao retomar a noção de Saúde Reprodutiva explicitada a partir dos Direitos Reprodutivos, essa impõe um duplo desafio para o presente estudo: de um lado, requer a aproximação das ações da saúde que vão ao encontro do que se anuncia como responsabilidade governamental como, por exemplo, garantir o acesso aos serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar e, por outro, considerando nosso objeto, traduzir suas implicações para o contexto das práticas assistenciais voltadas ao controle da epidemia da aids.

A mediação entre o plano conceitual e ações concretas foi expressa no Programa de Ação aprovado à partir da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994 e assumidas por governos signatários. O plano de Ação de Cairo implicou no estabelecimento de metas para vinte anos, referendadas pelo governo brasileiro. De modo geral, as metas estabelecidas se referem aos seguintes aspectos:

- O crescimento econômico sustentável;

- A redução dos níveis de mortalidade materna e infantil;
- A igualdade e eqüidade entre os sexos;
- O acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva particularmente ao planejamento familiar.

Se o discurso dos Direitos Reprodutivos incorpora a dimensão da atenção à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, em sua mais ampla concepção, inclusive como direitos sociais, de modo geral, na prática eles estão circunscritos principalmente aos programas voltados à saúde da mulher.

Nessa perspectiva, um importante referencial para a política de saúde da mulher foi expresso pelo Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM), de 1984.

O PAISM, elaborado por um grupo de sanitaristas e outros profissionais da saúde, representantes das mulheres organizadas, demógrafos e pesquisadores das universidades, constituiu-se como um novo modelo de resposta às necessidades de saúde das mulheres (D'OLIVEIRA & SENNA 2000). O formato conceitual e político do PAISM representou um marco que antecipou em dez anos a abordagem adotada pelo movimento de mulheres no Plano de Ação de Cairo (CORRÊA 1995).

A proposição do PAISM é, portanto, expressão do avanço das discussões acerca da saúde da mulher, incorporando tanto as reivindicações dos grupos organizados de mulheres como também as dimensões das

discussões sobre a Reforma Sanitária em curso na ocasião. Nesse sentido, o programa incorporou, além da tradicional assistência ao pré-natal, parto e puerpério, respostas para a anticoncepção, esterilidade, detecção precoce do câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério, além de indicar a incorporação dos aspectos ligados à atenção às dimensões psicológicas e sociais e práticas educativas (D'OLIVEIRA & SENNA 2000). Como princípio para sua operacionalização destacaram-se quatro aspectos básicos:

- *acesso hierarquizado a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (da promoção da saúde à atenção curativa de alta complexidade);*
- *articulação da demanda espontânea à busca ativa de prevenção e detecção precoce de patologias epidemiologicamente relevantes;*
- *Compreensão e abordagem da mulher para além de sua especificidade reprodutiva, considerando as diversas faixas etárias, especialmente as fora da idade reprodutiva (adolescência e envelhecimento) e as dimensões psíquicas e sociais , além da biológica;*
- *percepção das desigualdades nas relações sociais de gênero nos serviços de saúde, que deve instrumentalizar práticas educativas visando maior conhecimento e controle*

*das mulheres sobre o seu corpo para o fortalecimento e reconstrução de sua identidade enquanto sujeito”*  
(D’OLIVEIRA & SENNA 2000, p. 87).

Embora anterior à constituição do SUS (Sistema Único de Saúde)<sup>2</sup>, promulgado em 1988, na carta constitucional, o PAISM é dependente deste para sua implementação nos serviços de saúde.

As dificuldades políticas e financeiras, enfrentadas pelo setor da saúde, têm transformado a proposta do PAISM em um programa de extensão do acesso à assistência médica para as mulheres na rede pública de saúde (D’OLIVEIRA & SENNA 2000).

Segundo relatório produzido pela REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, de 1997, fazendo um balanço geral das ações que foram desenvolvidas após cinco anos de Cairo em nosso país, demarca que a implantação do PAISM em âmbito nacional é paradoxal, sendo por vezes desconhecido em alguns dos nossos municípios.

As ações dos programas de saúde da mulher são representadas pela ampliação de oferta de serviços de atenção ginecológica e de pré-natal, assim como de ações voltadas ao planejamento familiar com enfoque em métodos contraceptivos.

---

<sup>2</sup> O SUS institui o direito à saúde para todos como obrigação do Estado. A regulação desse texto concretizou-se através da Lei 8080/90, gerando instrumentos especificamente criados, especialmente as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1993 e de 1996, com o objetivo de desenvolver processos para a descentralização dos serviços, criando funções e papéis específicos para estados e municípios, associados à remessa direta de recursos financeiros da federação à essas instancias (ARILHA 2000).

Em que pese a proposta do PAISM ser valorizada enquanto referencial avançado para a saúde da mulher, as críticas ao modelo vão no sentido das dificuldades operacionais, sendo essas atribuídas à própria incapacidade do SUS em produzir respostas aos diferentes problemas da saúde. A discussão referente à viabilidade do PAISM está condicionada às discussões relativas à viabilidade do SUS enquanto modelo de atenção à saúde (BARBOSA & LAGO 1997).

*“...Os avanços e conquistas conseguidos nos fóruns internacionais, como as Conferências da ONU, vão continuar sendo uma ficção distante da realidade do país, embora não se negue a importância das ações do movimento internacional da mulheres, mas sim demarcar que sem a efetividade plena do SUS tais conquistas não têm como reverberar no plano nacional”* (NETTO 1996, p. 24).

Chama a atenção que é a perspectiva da saúde reprodutiva dirigida principalmente às mulheres que procurou dar conta, na prática, de alguns aspectos ligados ao Plano de Ação de Cairo no se refere à resposta do setor saúde a perspectiva dos Direitos Reprodutivos. Porém, a dimensão dos Direitos Reprodutivos em toda a sua potência e implicações, ainda parece ser um grande desafio. Os Direitos Reprodutivos (visto que se referem a Direitos Humanos fundamentais) não se esgotam na ampliação do acesso ao pré-natal ou mesmo na implementação de programas como do planejamento familiar, centrados nos métodos contraceptivos, por exemplo.

A ausência de propostas de serviços que incorporem a perspectiva de gênero e sexualidade na discussão do contexto da reprodução, programas que incluam os homens e adolescentes na atenção à saúde sexual e reprodutiva, ou que considerem os diferentes contextos que tornam homens e mulheres mais vulneráveis, não só a possíveis agravos à saúde, mas as possibilidades de exercício pleno de cidadania e liberdade, ainda parecem fundamentais (AYRES et. al 1999), para a incorporação da perspectiva dos Direitos Reprodutivos nas ações voltadas a atenção à saúde reprodutiva.

Para melhor situar essa questão dando ênfase às práticas assistenciais no contexto de atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids, recorreremos ao processo de trabalho em saúde como teorizado por MENDES GONÇALVES (1994) e SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES (2000), procurando evidenciar as lógicas que informam essas práticas.

##### **5. O processo de trabalho em saúde e o plano das necessidades como referencial para as demandas reprodutivas**

Ao focar o contexto assistencial de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids e a atenção à saúde sexual e reprodutiva, estamos considerando que trata-se de levar em consideração as possibilidades reprodutivas para além do controle, tomando essas como necessidades de saúde com dadas especificidades e como questão de direitos. Nesse sentido, considera-se que as possíveis demandas reprodutivas são, ao mesmo tempo, necessidades de saúde ligadas aos direitos subjetivos e demandas de controle da transmissão

vertical, responsabilidade social da saúde pública, assumida no processo de trabalho dos serviços voltados à assistência às pessoas vivendo com HIV/aids.

Essa responsabilidade social é por vezes revestida de uma dada racionalidade que nesse caso está referendada por protocolos que indicam a formatação das ações para esse controle. Para melhor compreender as bases dessa racionalidade, tomaremos a discussão acerca do trabalho em saúde.

### **5.1 - O trabalho em saúde**

As práticas em saúde têm sido configuradas na história principalmente a partir das práticas médicas. De acordo com CANGUILHEM (1978), a regulação dos corpos se baseia fortemente na atribuição da normalidade ou doença por referência a diferentes estados ou comportamentos. A “normatividade” atribuída a diferentes estados ou “modos de andar a vida” é associada a particularidades biológicas, papéis sociais e a interesses circunscritos na sociedade (VILLELA 1999).

A prática médica, entendida como trabalho, articula-se ao conjunto da divisão do trabalho social, subordinando seu conteúdo técnico às exigências da articulação social, visando a obtenção de determinados efeitos e alteração de um estado de coisas estabelecidas como carecimentos (MENDES GONÇALVES 1994).

Os carecimentos ou demandas, como são caracterizado nos serviços de saúde, geram intervenções com determinados resultados esperados ou desejados que caracterizam as *necessidades* que geram *necessidades* (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES 2000).

Nesse sentido, o trabalho em saúde é compreendido como tendo finalidades determinadas pela vida social e historicamente situadas. Seus agentes operam esse trabalho a partir do contexto histórico e cultural em que se realiza, amparados em saberes, simultaneamente científicos e práticos.

Ao referir as práticas em saúde na sua dimensão de trabalho, NEMES (2000) entende suas ações como processos de intervenção técnica e social na realidade de saúde, marcada por intencionalidade, que combina seus elementos constituintes - objeto, instrumentos materiais e os conhecimentos que permitem operá-lo.

MENDES GONÇALVES (1994) denominou saber operatório o conhecimento utilizado para operar os processos de trabalho em saúde, associando-o à tecnologia e diferenciando-o do saber científico enquanto disciplina do campo do conhecimento.

O saber operante ou saber tecnológico caracteriza-se pela mediação entre ciência e o trabalho e expressa a instrumentalização da intervenção técnica (PEDUZZI 1998). *“Nesse sentido, o saber operante tem sua origem no processo de trabalho, presidindo o projeto de trabalho e o modo de organização da intervenção (SCHRAIBER, 1995 a:60 apud PEDUZZI 1998 p. 59)”*.

A categoria “saber operante” permite apreender o agente do trabalho como mediador que estabelece relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos.

Em relação às questões reprodutivas, como já referido, as práticas de saúde no campo da aids têm por finalidade o controle da transmissão vertical,

onde a prescrição do medicamento tem sido a tecnologia privilegiada das mesmas.

Ao lado da ênfase no controle da transmissão vertical, que conta com protocolos e aparato institucional para sua realização, as demais questões reprodutivas parecem relegadas a processos de trabalho particulares de cada agente, em cada serviço e em cada local.

Destaca-se desse processo a característica de interação do trabalho em saúde entre os sujeitos – profissionais e usuários (D'OLIVEIRA 2000), importando particularmente, o exercício de mútuas trocas onde o conhecimento científico e informações podem dialogar com saberes, práticas, informações e expectativas dos usuários.

É da mediação entre saberes e práticas, interações entre profissionais e compreensão das demandas que se constituem as respostas institucionais para os diferentes carecimentos no que se refere à saúde em seus diversos aspectos.

Os direitos reprodutivos, na perspectiva aqui adotada, serão abordados enquanto diretamente vinculados a necessidades sociais compreendidas como carecimentos que são criados e recriados na vida em sociedade (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES 2000) *“Noutro sentido, estamos dizendo que em razão dessa origem produzem-se necessidades que não correspondem, em determinado tempo e espaço, a carecimentos desta ou daquela pessoa, mas pode ser, de fato, de todas elas”* (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES 2000 p. 31).

## 5.2- Tomando necessidades como referencial

*“...as necessidades são a referência da parte (homem) ao todo (natureza) de que é parte, na medida em que essa participação não é fortuita, mas, ontologicamente, essencial. O homem precisa “necessariamente” ter necessidades, referir-se ativamente à natureza, para ser. A objetivação dessa condição dando-se através do trabalho, como forma naturalmente humana de vir a ser, acarreta a consubstancialidade das características do trabalho e das necessidades. Essas não serão nunca “naturais”, como tampouco o é o trabalho; não serão características de um ser natural abstrato, como alimentar-se, por exemplo, mas específicas quanto ao conteúdo e a forma: precisa alimentar-se de um certo modo, comendo coisas específicas e de uma maneira específica, pois só assim se reproduz como ser humano, ser natural sócio histórico” (MENDES GONÇALVES 1994, p.19).*

Ao tomar as demandas reprodutivas como necessidades sociais, inscrevemos essas como fazendo parte da condição da existência humana, ou seja, das possibilidades de construção de projetos a partir dos diferentes contextos históricos, sociais/relacionais nos quais os sujeitos estão inseridos.

O conceito de necessidades inscrito na tradição marxista foi abordado por AGNES HELLER, destacando-se seu caráter extra-econômico e antropológico, ou seja, considerando as necessidades como carências geradas em dadas sociedades e instituídas socialmente, possibilitando pensar questões individuais interligadas às questões coletivas e não em oposição a essas (BARATA 2001).

HELLER (1992), define necessidade como uma categoria social – homens e mulheres possuem necessidades como atores sócio-políticos, no entanto, essas também se referem a uma dimensão individual. As necessidades podem ser situadas entre desejos por um lado e carências (necessidades políticas) por outro. Tomadas como carências, as necessidades são abstrações e se referem a alguns tipos de grupos de necessidades como, por exemplo, explica a autora, a necessidade por educação é uma necessidade sócio-política genérica enquanto abrange todos os tipos de educação. Mas para os portadores da necessidade não será a “necessidade por educação” de modo genérico que ocupará a cena, mas a necessidade de estudar tais e tais coisas ou de ser competente em alguma área.

A necessidade por saúde, como carecimento, gera diferentes buscas por algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido no seu estado sócio-vital e os serviços configuram respostas a partir do que interpretam como demandas desses indivíduos, apoiando suas respostas no que antevêem como solução possível aquele estado de coisas porque já viram eficaz e suficiente para outros na sociedade (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES 2000). Entre a

interpretação das demandas e as necessidades expressas e sentidas pelos usuários poderão haver diferentes racionalidades.

De modo geral, conforme já registrado, os serviços de saúde estão empenhados no controle clínico e epidemiológico da doença, sendo essa a resposta social primeira e incontestável às questões reprodutivas diante da epidemia da aids. Para tanto, os serviços contam com protocolos que preconizam a identificação dos casos durante a gravidez, objetivando o controle da transmissão materno infantil através de ações específicas, indicadas primeiramente pelo protocolo 076 de Aids Clinical Trial Group (ACTG), com a utilização do AZT e outros anti-retrovirais conforme recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE CN DST/AIDS 2002), como já acima destacado.

Mas, nas demandas reprodutivas, compreendidas como necessidades dos sujeitos usuários dos serviços de saúde, estarão presentes diferentes normatividades, que podem ser diversas das normatividades dos serviços, uma vez que essas necessidades são geradas no cotidiano e em contextos sociais/relacionais diversos.

As necessidades reprodutivas são, portanto, marcadas por contextos sociais, culturais e morais, onde tanto os desejos pela gravidez quanto pela contracepção podem ou não implicar em movimentos de busca por serviços de saúde, gerando demandas para esses. A necessidade de ter filhos, por exemplo, é parte de um determinado papel social esperado ou desejado pelas

mulheres e ameaçado pela condição sorológica, conforme registra KNAUTH (1999), em estudo relativo a subjetividade feminina e soropositividade.

Ao responder às demandas reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/aids, dando ênfase ao controle da transmissão vertical, aparentemente, às demais questões ligadas ao contexto da reprodução, que incluem às decisões reprodutivas, parecem dependentes de processos de trabalho particulares.

Não há dúvidas que os investimentos e a implementação de ações com a finalidade do controle da transmissão materno-infantil são importantes medidas no que se refere à prevenção da infecção pelo HIV em crianças, mas se a tecnologia oferecida é privilegiadamente o controle da transmissão vertical, que não é exclusivamente a demanda dos usuários, o que buscaremos problematizar é o como os profissionais de saúde operam o trabalho da assistência no campo reprodutivo.

## **6. As demandas reprodutivas no contexto da aids: uma questão uma questão moral?**

Tentamos trazer a discussão dos Direitos Reprodutivos. Primeiramente vinculados ao plano dos Direitos Humanos e, posteriormente, procuramos evidenciar um dos seus sentidos práticos (demarcados a partir do Plano de Ação da Conferência sobre Populações e Desenvolvimento de Cairo 1994) no contexto da saúde que é, de modo geral, expresso principalmente pelos programas voltados para a saúde da mulher. Por outro lado, ao aproximar às questões reprodutivas ao contexto da resposta institucional à aids demarcamos que são principalmente afeitas ao controle da transmissão vertical, contando

para isso com protocolos materializados/expressos por meio dos diferentes processos de trabalho em saúde. Ainda destacamos que são as necessidades sociais ligadas aos diferentes contextos das pessoas vivendo com HIV/aids que tensionaram o aparecimento ou não das demandas reprodutivas para os serviços de saúde. Se, por um lado essas necessidades podem se referir a contextos particulares, por outro, trata-se de uma questão para a saúde pública, preocupada com o controle da epidemia.

Ao colocar os Direitos Reprodutivos no plano das decisões individuais, como direitos subjetivos e sociais – que se referem às condições necessárias para a tomada dessas decisões, assumimos que esses estarão sujeitos a diferentes julgamentos.

Os profissionais ao “julgar”, poderão associar a decisão de ter ou não filhos ao compromisso dos serviços em manter o controle da epidemia e, ainda, levar em conta os estigmas sofridos pelas pessoas vivendo com HIV/aids, acrescidos da característica da chamada “pauperização da epidemia” (AYRES et. al 1999).

Dessa forma, parece-nos agora relevante explorar os aspectos da moral que informa o plano da ação dos profissionais uma vez que esse, também se refere as formas de julgamento das decisões reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/aids.

Para VAZQUEZ (2001), a moral não é um sistema normativo único, válido para todos os tempos e para todos os homens, mas se refere a uma forma específica do comportamento humano, onde os *agentes são indivíduos*

*concretos, indivíduos, porém, que só agem moralmente quando em sociedade, dado que a moral existe para cumprir uma função social (VÁZQUEZ 2001, p.9,10). A moral relativa ao plano do cotidiano ou do real (moralidade para alguns autores) se refere ao conjunto dos princípios, valores e prescrições que os homens, numa dada comunidade, consideram válidos para os atos reais distinguindo-se do normativo, genérico mas se referindo a ele.*

Em FREITAG (1997), a moral pode ser definida apoiada em três perspectivas: a ação do sujeito que relaciona sua ação com a ação dos outros (interação); aos critérios de julgamento – segundo os quais a ação é julgada, analisada e criticada, estabelecendo-se o certo e o errado o justo e injusto o bem e o mal; e as razões que explicam a ação, os motivos ou intencionalidades. Nesse sentido, a perspectiva da moral se ancora no plano da filosofia, sociologia e na psicologia. *“Os três enfoques admitem em geral uma vontade (livre) para agir, alternativas de ação (segundo critérios e meios variáveis) o que necessariamente leva a conseqüências alternativas da ação. Em outras palavras a questão da moralidade implica uma concepção de (relativa) liberdade do ator. O ator pode ser levado a agir por diferentes razões ou motivos; pode utilizar-se de diferentes critérios e meios para justificar a sua ação, provocando (mais ou menos intencionalmente, consciente) essa ou aquela conseqüência”* (FREITAG 1997, p.14).

É particularmente interessante a demarcação do conflito moral trazido por FREITAG (1997), através da releitura da tragédia grega a Antígona de Sófocles onde os personagens Antígona e Creonte assumem pontos extremos

da polaridade desse conflito. Em síntese, a peça nos apresenta a lei do *oikos*, ou dos deuses, e a lei da *polis*, ou dos homens. Antígona obedece a primeira e por isso é condenada a morte. Ambas as normas são justificadas e apoiadas em moralidades bem definidas – Antígona representa a lei da família grega, em nome da qual enterra seu irmão morto, que era considerado inimigo político de Tébas e que, portanto, não poderia ter um funeral digno. Agindo assim Antígona fere a lei dos homens, representada por Creonte, representante do Estado grego, em nome do qual condena Antígona à morte. Para a autora, a tragédia cumpre um papel pedagógico. Sófocles quer mostrar a seu público que toda a ação humana é passível de erros, que cada ponto de vista defendido tem sua razão de ser, demonstrando pontos de vista contrários, cuja validade também é evidenciada.

Fazer a transposição do conflito moral para o contexto das decisões reprodutivas associados a ter HIV/aids nos ajuda a compreender que essas podem corresponder a lógicas ou racionalidades, revestidas de sentidos morais, que podem ser conflituosas e mesmo assim válidas.

Assim, as possibilidades de decisões reprodutivas estão também permeadas por ideais de maternidade/paternidade (com valores morais), fortemente amparados por princípios que indicam o amparo da criança e o cuidado pelos pais, afastando essa de quaisquer riscos, enquanto comportamento desejável.

Conforme registra DIAS (1999), a maternidade ainda hoje é um tema sagrado, associado diretamente à idéia de uma relação de amor natural, incondicional e imprescindível, ligado a garantia de bem estar do filho.

Os profissionais de saúde podem apoiar o julgamento acerca das decisões reprodutivas e aids, associados a esses conjuntos de princípios e outros relativos às particularidades das pessoas vivendo com HIV/aids. Por exemplo, não é facilmente aceitável a possibilidade de expor ao risco, mesmo que controlado, a criança de mãe soropositiva. Ao mesmo tempo para o casal, o sentido e o eventual desejo por ter filhos poderá estar associado a outras tantas justificativas ligadas a forma de se relacionar, de vivencia da conjugalidade e correspondência de certos padrões também socialmente esperados para homens e mulheres (PAIVA et. al 2002).

Quando assumimos a perspectiva de que há diferentes racionalidades entre os usuários e profissionais da saúde no entendimento do significado das questões reprodutivas no contexto da aids e do comportamento reprodutivo das pessoas afetadas pela epidemia, estamos nos referindo também ao contexto moral e das relações de gênero que configuram essas diferentes lógicas.

Para os profissionais, trata-se de cumprir a responsabilidade social de controle epidêmico da aids, reduzindo taxas de transmissão, através da prevenção, assim como operar a tecnologia disponível para evitar o adoecimento e morte por aids. Para dar conta dessas finalidades, os profissionais, em geral, utilizam as prescrições (que se referem aos tratamentos e cuidados), que no caso específico da Aids indica inclusive o uso do

preservativo, como estratégia de controle da transmissão. Nesse sentido, por vezes, poderá escapar aos profissionais a dimensão de outras questões ligadas ao viver com HIV/Aids, além do controle clínico e epidemiológico da doença.

A esse respeito AYRES (2002), chama a atenção para a necessidade do reconhecimento de outras identidades que não de pacientes, portador ou grupo de risco para patologias, mas como pessoas pertencentes a determinados grupos étnicos, culturais e comunitários, de modo a dar melhores chances aos juízos sobre o desejável ou indesejável para a saúde.

*“Trabalhar com uma cultura, seja uma identidade de orientação sexual, como ser gay, ou recorte de gênero, como ser mulher, pode colaborar para retirar da tecnociência a prerrogativa exclusiva de enunciar o que é desejável para aquele grupo específico. As dimensões ética, política e, especialmente, estética ganham aqui, muitas vezes, um estatuto comparável, quando não superior, às possibilidades tecnocientíficas na escolha de direções e caminhos para o bem viver”* (AYRES 2002, p.14).

Ao chamar a atenção para o caráter relacional das práticas em saúde e, portanto, de interação, SCHRAIBER (1997), registra o fato de que essa interação ocorre entre pessoas que, no plano social, representam autoridades técnicas e científicas desiguais, tende-se a considerar os resultados dessa interação apenas por um lado – do profissional, como se houvesse apenas um sujeito na relação assistencial.

Assumir a perspectiva relacional, reconhecendo os sujeitos usuários a partir das suas existências concretas – existência social e subjetiva, exige mais

do que intervenções técnicas uma vez que essa perspectiva está intimamente ligada a noção de cidadania ativa e de protagonismo, partindo-se do reconhecimento dos usuários como pessoas com direitos (CAMPOS 1997).

## II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 1. Metodologia e estratégias

A partir das considerações sobre necessidades reprodutivas, sua incorporação como demanda ou necessidades para os serviços de saúde e o caráter relacional que implica as práticas dos profissionais no contexto assistencial, a proposta do estudo se referiu ao modo como foram construídos no contexto da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids, resposta às demandas reprodutivas, na perspectiva dos Direitos Reprodutivos, através do desenvolvimento de estudo de natureza qualitativa.

Assumindo a perspectiva de que a construção de respostas a demandas reprodutivas ocorreu em relações permeadas por subjetividades e intencionalidades que também se referem a marcos morais, tanto dos profissionais entre si, assim como desses na relação com os usuários, a opção por estudo de natureza qualitativa possibilitou reconhecer a subjetividade dessas relações como parte integrante do contexto dos serviços de saúde investigados.

A pesquisa qualitativa coloca-se como opção metodológica, na medida que reconhece a subjetividade como parte integrante do fenômeno social e possibilita, pelo rigor do instrumental teórico e técnico adequado, a objetivação do processo de investigação. Conforme apontado por MINAYO (1996) “...ao invés de reconhecer na subjetividade a impossibilidade de construção científica,

*essas abordagens (...) consideram-na como parte integrante da singularidade do fenômeno social. Na medida em que acredita que a realidade vai além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos, trabalham com dados qualitativos que trazem para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos” (MINAYO 1996, p. 34, 35).*

As questões de atenção à saúde no âmbito dos serviços não se traduzem apenas nos possíveis resultados do número de consultas médicas ou da quantidade de remédios dispensados, mas envolvem ao mesmo tempo relações sociais e expressões de diferentes significados decorrentes de diferentes percepções sobre esse ato.

Nesse sentido, as questões relativas à saúde reprodutiva e direitos reprodutivos no contexto do controle da epidemia podem ter diferentes significados, tanto para os profissionais como para usuários. Assim, por exemplo, a gravidez de mulheres soropositivas poderá ser tomada como um “problema” para os profissionais de saúde e ter outro significado para a mulher ou o casal que a vivencia e assim demandar outros cuidados que podem fugir da centralidade na doença, tomada como problema. Isto porque, dentro dos diferentes segmentos de nossa sociedade há valores particulares, vivências e preocupações diferenciadas (GEERTZ 1989), o que pode significar uma configuração de demandas diversas que podem não corresponder ao que os profissionais e/ou serviços de saúde elegem enquanto necessidade de saúde.

Não se trata de negar a importância da organização dos serviços ou do atual modelo de atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids, mas, reconhecer que os serviços ganham abordagem processual ao serem vistos como dinâmica de relações interativas, que implicam em exercícios dialógicos entre sujeitos (profissionais e usuários), no momento em que se encontram todos dispostos em exercício dos conhecimentos científicos, técnicos e práticos de uns, e das informações adquiridas e saberes práticos de outro (D' OLIVEIRA & SCHRAIBER 1999).

Também aqui, não se está desconsiderando que essas relações têm uma assimetria, onde o suposto saber profissional e suas indicações podem ser mais valorizados, mas, entende-se que a configuração das necessidades em saúde se dá a partir dessas relações e nelas estarão também presentes demandas reprodutivas.

Buscamos, portanto, compreender como nesse processo os profissionais transformaram as demandas em necessidades de saúde e objeto do ato de intervenção cotidiana.

Ao trazer para o debate as necessidades em saúde conhecidas pelos profissionais SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES (2000), chamam a atenção para a criação de *“espaços para a emergência de necessidades na organização da produção e em razão dessa produção. Valendo-nos da qualidade de “contexto instaurador de necessidades” que detêm os serviços, nesse caso buscamos necessidades que tão pouco os técnicos dominam (...)...trata-se de carecimentos pertencentes a vida cotidiana que, por meio da*

*crítica à ciência tradicional e suas técnicas, relacionamos ao adoecer humano e à recuperação, mas que ainda não são considerados desse modo pela ciência tradicional e por isso não estarão já incluídos na produção usual dos serviços e na ações técnicas conhecidas” (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES 2000 p. 33).*

Ao propor investigar um contexto “familiar” ao pesquisador, (que foi o caso do presente estudo) poderá se questionar quanto a possíveis vieses do “olhar” ou a possibilidade de “estranhamento” do mesmo. Ocorre, como abordado por VELHO (1999), que mesmo fazendo parte de um mesmo contexto, há descontinuidades entre o “mundo” do pesquisador e “outros mundos”, uma vez que não se conhece necessariamente o ponto de vista ou visão de mundo dos diferentes atores.

Quando participamos de um mesmo contexto, temos de antemão uma “mapa geral” que nos auxilia na aproximação de diferentes significados ou estereótipos para dadas situações, porém, não é suficiente para o estabelecimento de uma compreensão mais efetiva dos diferentes significados presentes no contexto. *“Assim, em princípio, dispomos de um mapa que nos familiariza com os cenários e situações sociais de nosso cotidiano, dando nome, lugar e posição aos indivíduos. Isso, no entanto, não significa que conhecemos o ponto de vista e a visão de mundo dos diferentes atores em uma situação social nem as regras que estão por detrás dessas interações, dando continuidade ao sistema. Logo sendo o pesquisador membro da sociedade,*

*coloca-se inevitavelmente, a questão de seu lugar e de suas possibilidades de relativizá-lo ou transcendê-lo e poder pôr-se no lugar do outro” (VELHO 1999).*

Tratou-se, portanto, de buscar como os trabalhadores da saúde dentro dos serviços que foram observados acolheram as demandas, responderam as necessidades e criaram estratégias para a atenção as pessoas vivendo com HIV/aids, e se essas potencialmente incorporaram as perspectivas apontadas pelos diretos reprodutivos.

Nesse sentido, a observação participante se caracterizou pelo contato direto da pesquisadora com o contexto observado, com a finalidade de obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seu próprio contexto. Isto permitiu captar uma variedade de situações que não são obtidas por meio de perguntas e que observadas diretamente puderam ser registradas.

O estudo considerou as formas de organização do trabalho, bem como a configuração do trabalho coletivo para a escolha das unidades assistenciais que foram campo para investigação. A caracterização prévia dessas unidades e o reconhecimento de suas peculiaridades basearam-se em estudo realizado em 1997 (SILVA et. al 2002).

Num primeiro momento, a escolha dos dois serviços deu-se pela hipótese de que havia diferenças significativas entre suas práticas assistenciais: um com maior centralidade no trabalho médico e outro com maior investimento na equipe multiprofissional. Esta percepção, que parecia mais clara, no estudo realizado em 1997, durante a realização das observações, pareceu não apresentar delimitações tão distintas.

Um fator que concorreu para que em umas das unidades investigadas ainda haja um aparente esforço para a realização de trabalhos integrados, é o fato de que a equipe de “não-médicos”, ou seja, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e educadoras, compartilham propostas comuns de trabalho, além de discussões de casos, mesmo que em bases não regulares.

Dessa forma, se havia uma pretensão de ancorar as observações e análise das práticas assistenciais por referência a maior centralidade no trabalho médico, ou não, associada a um serviço e outro esta mostrou-se inconsistente para as finalidades propostas.

Nesse sentido, foi considerado o modo como os profissionais apreenderam as demandas (necessidades) dos usuários e dentre essas as demandas reprodutivas, as relações estabelecidas com os usuários no processamento desse trabalho, ou seja, interessou o aspecto da **interação**: relação entre os sujeitos no processamento da assistência. Isso porque a interpretação das demandas (necessidades) pelos profissionais de saúde ocorre por meio dessas interações entre profissionais – usuários, assim como na utilização dos conhecimentos tecnocientíficos, bases essas para a tomada de decisões por esses profissionais.

### **1.1 - Notas sobre as primeiras abordagens**

A pesquisa realizada foi desenvolvida a partir de dois pólos: um, a partir da investigação das práticas assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais, nos serviços de saúde (aqui apresentado); outro, na perspectiva dos usuários destes mesmos serviços.

Nesse sentido, embora o foco do estudo tenha sido as práticas assistenciais, tendo como estratégia metodológica a observação participante, paralelamente foram realizadas entrevistas com os usuários, tarefas estas compartilhadas com outra pesquisadora, que foi responsável pelo pólo dos usuários<sup>3</sup>.

Em julho/2001 iniciamos nossa aproximação com os serviços eleitos, através de contatos com as chefias locais. Após este contato, foram agendadas reuniões com as respectivas equipes, com o objetivo de apresentar o projeto e prestar esclarecimentos gerais sobre o mesmo.

Participamos de 4 reuniões (manhãs e tardes), com representantes de cada setor das unidades escolhidas. Foram abordados aspectos gerais de dois projetos de investigação ligados a programas de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. No que se referia especificamente ao presente pólo de investigação, foram feitos esclarecimentos

---

<sup>3</sup> Os resultados relativos ao estudo com foco nos usuários esta em fase de apresentação na Dissertação de Mestrado: Aids e decisões reprodutivas: ampliando os contornos do risco da transmissão materno - infantil apresentada ao Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por Neide Emy Kurokawa e Silva.

quanto as observações participantes e conversas informais. A observação participante, foi a que mais gerou dúvidas e algumas restrições, como no caso de uma psicóloga que explicitou considerar inadequada esta atividade em situações como o atendimento psicoterápico, por exemplo.

Esclarecemos, então, que qualquer entrada nossa, tanto em atividades grupais quanto individuais, seriam precedidas de consentimentos dos profissionais e dos usuários envolvidos nas mesmas. No caso dos usuários, o contato se deu informalmente em conversas em salas de espera, sempre precedidas de esclarecimentos gerais sobre nosso estudo, com o cuidado de não expor questões que pudessem influenciar ou induzir respostas.

Outro ponto enfatizado, em função da nossa inserção profissional em um serviço ligado ao Programa Municipal de DST/AIDS, foi o caráter acadêmico do estudo, que não deveria confundir-se com um possível objetivo avaliativo.

Portanto, reiteramos que somente ao final do processo de pesquisa é que seria possível, além de apresentar os resultados da mesma, abrir uma discussão em relação ao tema (A devolutiva informal dos resultados preliminares do estudo ocorreu em agosto de 2002 como pauta específica em reuniões ordinárias das unidades e contou com parte dos profissionais que participaram da observação).

Todos os aspectos acima destacados foram discutidos não apenas no momento das apresentações iniciais, como também foram recolocados, sempre que necessário, durante as atividades de campo.

Em agosto/2001, após a qualificação do projeto de pesquisa, iniciamos as observações propriamente ditas.

Para obter um mapeamento e fluxo geral dos serviços, conversamos inicialmente com as gerências dos mesmos, as quais fizeram as primeiras indicações de espaços de trabalho que poderiam ser observados.

A observação das consultas individuais e/ou condução de grupos foram precedidas de autorização do profissional e dos usuários, que consentiam ao profissional nossa participação como observadoras.

Principalmente nas observações iniciais foi preciso recolocar aos profissionais os objetivos de nossa permanência na unidade. Em algumas situações não recebemos permissão para assistir às consultas, sendo alegado o respeito à privacidade do usuário e/ou o profissional não via pertinência na observação, alegando que “não existiam demandas reprodutivas em seu atendimento”.

Com nossa permanência rotineira nas unidades foram identificados profissionais que nos facilitavam o trabalho das observações. Esses profissionais nos convidavam a participar de atividades e/ou se dispunham a fazer relatos que julgavam pertinentes ao tema. Também nos apresentavam a outros profissionais o que facilitou nossa entrada nas consultas.

Nas salas de espera a conversa com os usuários era espontânea. Normalmente se propunha algum assunto geral e informal e os usuários perguntavam sobre nossa condição: o que estávamos fazendo ali, se

esperávamos por consultas etc. Nessas ocasiões explicamos, de modo geral, nossa condição de pesquisadoras e nosso tema.

Com relação aos profissionais, o discurso livre desses acerca de demandas reprodutivas foi registrado considerando-se o entendimento ou interpretação sobre as questões reprodutivas no contexto assistencial e a forma como foram tratadas pelos diferentes profissionais.

Assim, as conversas informais foram dirigidas para o tema de forma genérica e tratadas através de perguntas acerca da emergência dessas durante os atendimentos. Também foi solicitado, por vezes, que fossem contados casos a respeito.

A observação foi centrada nos espaços onde a assistência ocorreu diretamente e também nos espaços onde essa foi discutida pelos profissionais com objetivos de reflexão e instrumentalização da ação, como as discussões técnicas sobre casos em seguimento. Todas as observações foram registradas em cadernos de campo, tendo sido realizadas no período de agosto a dezembro de 2001.

Os registros de campo foram obtidos a partir das seguintes fontes:

- Observações de situações de atendimento individual: consultas médicas, atendimentos do serviço social, atendimento de aconselhamento, pré-consultas e pós-consultas;
- Observações de atividades grupais: grupos de gestantes, grupos informativos não regulares de pacientes, grupos de profissionais, discussões de caso;

- Comentários e depoimentos de profissionais, alguns espontâneos e outros “provocados” pela pesquisadora;
- Comentários e depoimentos de usuários, em situação de sala de espera.

Embora o foco do estudo estivesse relacionado às práticas assistenciais, os comentários de sala de espera tiveram por finalidade o registro de possíveis expectativas dos usuários em relação ao serviço de saúde e, ainda, subsidiar a compreensão dos diferentes fluxos do atendimento – tempo de espera e rotinas desse ambiente.

Foram, assim, observadas e registradas em diário de campo atividades rotineiras, tais como consultas de diferentes profissionais, atividades grupais, discussões entre as equipes e discussões de casos entre os profissionais, além de conversas sobre o tema com alguns dos profissionais.

Os registros dos cadernos de campo foram organizados em blocos temáticos (anexo1) e desses formulou-se novo quadro destacando-se os registros relativos às necessidades na voz dos usuários e na percepção dos profissionais e respostas dos profissionais às demandas reprodutivas (anexo 2).

### **III - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **1. Apresentando os resultados**

Para apresentar os resultados do estudo evidenciando os aspectos que podem expressar o diálogo entre os direitos reprodutivos e as práticas assistenciais no contexto dos serviços, tomamos como estratégia evidenciar o plano das demandas reprodutivas e como essas foram interpretadas e respondidas pelos diferentes profissionais. Nesse sentido, a noção dos direitos reprodutivos estará expressa principalmente nas respostas dos profissionais e no entendimento desses no que se refere a essas demandas. Vale destacar que estamos utilizando a perspectiva dos direitos reprodutivos como princípio ético que indica o respeito à autonomia e à liberdade, bem como as condições materiais de acesso a serviços, informações, insumos necessários que apoiem as decisões reprodutivas. Também vale registrar que a expressão direito foi pouco utilizada pelos informantes, mas seus sentidos atravessaram os diferentes discursos e ações observadas.

Com relação à forma de apresentação dos resultados, optamos por apresentar as notas do caderno de campo (com transcrições editadas) para melhor visualização dos aspectos destacados para a análise.

### **1.1 Algumas características dos serviços investigados: seus agentes; a instituição dos Centros de Referência para DST/AIDS, atual configuração - semelhanças e diferenças**

As unidades de saúde eleitas como campo da investigação estão configuradas como unidades ambulatoriais especializadas no seguimento de pessoas acometidas por DSTs/HIV/Aids desde meados da década de 90 e localizadas em áreas periféricas do Município de São Paulo que serão nomeados no presente texto como Campo 1 (C1) (Centro de Referência - CR) e Campo 2 (C2) (Serviço Ambulatorial Especializado – SAE), respectivamente.

A partir da mudança da administração municipal em 2001, o Programa Municipal de Aids sofreu algumas alterações no que concerne ao caráter de cada um dos dezessete serviços que o compõem. Anteriormente, todos os serviços assistenciais recebiam a denominação de “Centros de Referência”. Atualmente, há uma distinção, ainda em fase de construção, entre Serviço Ambulatorial de DST/AIDS – SAEs, Centros de Referência – C.R.s e unidades mistas: o primeiro, caracterizado, sobretudo pela atenção ambulatorial; o segundo, com um nível de complexidade maior, tanto em termos da resolutividade tecnológica, como do corpo de especialistas. Na prática, esta diferenciação ainda não se mostra evidente, dados os investimentos ainda necessários para a concretização da proposta para os Centros de Referência.

Algumas dessas unidades modificaram o caráter da atenção exclusiva às DST/AIDS incorporando também a atenção básica, se caracterizando assim como unidades mistas.

O Campo 1 – um CR está instalado em um prédio antigo, bastante amplo, com dois pavimentos. No andar térreo localizam-se, além da recepção, os consultórios médicos, o hospital-dia, a sala de coleta, farmácia e a sala de enfermagem, onde são realizadas consultas com equipe de enfermagem. No andar superior ficam a gerência, o serviço social, nutrição, saúde mental, serviço de odontologia, além da educadora, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. Também está no andar superior a psiquiatria, a pediatria e a sala de reuniões. Para cada pavimento, há uma sala de espera específica.

O Campo 2 – um SAE, está instalado em prédio-padrão de centro de saúde, localizando-se todos os serviços num pavimento único. Conta com uma equipe de profissionais semelhante ao do Campo 1 (médicos infecto/clínicos, pediatras, ginecologistas, assistentes sociais, fisioterapeuta, educadora em saúde pública, enfermeiros, terapeuta ocupacional, nutricionista, além de equipes de nível médio: auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e operacionais). Não foram observadas, nesse campo, consultas com enfermagem, sendo esse serviço responsável por procedimentos como coletas de material para exames, administração de medicações endovenosas, esses procedimentos também faziam parte das rotinas observadas no Campo 1 (CR). Também foi registrado o atendimento prévio das gestantes por esse serviço para verificação de peso e

pressão arterial. Essa atividade ocorria antes do Grupo de Gestantes e consulta de pré-natal.

As observações do movimento das salas de espera sugerem que a própria distribuição espacial dos profissionais facilita ou dificulta a comunicação entre os mesmos, e destes com os usuários, já que no Campo 1 (CR) é possível passar pelo atendimento clínico, no andar térreo, sem ao menos “desconfiar” sobre a existência do serviço social, por exemplo, no andar superior. No Campo 2 (SAE), a circulação e as salas dos diferentes profissionais, possibilita o reconhecimento dos diversos serviços disponíveis.

Tanto em um serviço quanto em outro não há um fluxo rígido de passagem dos usuários pelos diferentes serviços. Apenas o atendimento com o clínico/infecto é ponto obrigatório para todos os usuários, indistintamente, além da pós-consulta e da farmácia. A passagem pelos demais profissionais depende principalmente do oferecimento e encaminhamento por parte do médico clínico/infecto ou da manifestação da demanda, pelo próprio paciente, que então é agendado para outros profissionais. É importante destacar que não obstante este panorama, ambas as gerências manifestaram a importância e a necessidade de se estabelecer um fluxo em que “todos os usuários passem por todos serviços”.

Não há agendamento escalonado para os atendimentos médicos, nos serviços pesquisados, isto é, a partir da agenda de cada profissional, todos os usuários devem chegar no mesmo horário. Por exemplo, se o médico X começa o atendimento às 7:00 horas, todos os seus pacientes devem chegar neste

horário, sendo que, em muitas situações observadas, o profissional chega cerca de meia a uma hora mais tarde, em média. O tempo de espera pode chegar a duas horas ou mais, dependendo da ordem de chegada do usuário.

Ainda, nas observações da sala de espera, notou-se que alguns usuários vêm com acompanhante, sobretudo aqueles em situação de maior dependência física.

Durante o período de espera, eles conversam entre si, lêem publicações à disposição (específicas sobre viver com HIV/Aids ou genéricas) ou simplesmente guardam silêncio. No Campo 1, a sala de espera dos médicos clínicos/infectos, conta com uma tv, sintonizada permanentemente numa rede comercial, que chama a atenção de alguns dos usuários.

Tanto no Campo 1 (CR) como no Campo 2 (SAE) são servidos lanches. No primeiro, o lanche fica “à disposição” dos usuários, em mesinhas do andar térreo, próximas à sala de espera e da sala de coleta. Os pães e bolachas ficam num recipiente de plástico e o leite com chocolate fica numa garrafa térmica. O serviço não dispõe de copos e, portanto, os usuários, para servirem-se do leite ou mesmo de água, precisam trazer o seu próprio copo. No Campo 2 a copeira passa servindo os lanches em horários pré-determinados. Além do lanche, é servida uma sopa, no horário do almoço, preparada na própria cozinha da unidade.

A constituição desses serviços ocorreu quando a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sofreu uma reestruturação no modelo assistencial, instituindo-se o Plano de Assistência à Saúde – PAS com o estabelecimento de

cooperativas para gerenciamento das unidades municipais de atenção à saúde (Unidades Básicas de Saúde, Prontos Socorros e Hospitais Municipais), ficando para a administração direta, somente algumas unidades que seriam responsáveis por programas específicos – como o Programa de DST/AIDS e da Saúde do Trabalhador.

Os trabalhadores que compuseram as equipes desses novos serviços eram oriundos das diversas unidades assistenciais da rede municipal que se posicionaram contrários à adesão a nova forma contratual e modelo de atenção propostos pelo PAS.

A vinda desses trabalhadores para unidades especializadas na atenção à Aids representou, inicialmente, muito mais uma circunstância e um movimento de resistência à proposta de gestão da época, do que propriamente uma opção pelo “trabalho com Aids” como eram genericamente denominadas as ações do Programa.

Vale destacar que no Campo 1, um Centro de Referência, a gerência, na ocasião da realização das observações, era exercida por um profissional médico, que já exercia o cargo, anteriormente à atual administração. No Campo 2, hoje identificado como SAE, a chefia era exercida por uma educadora em saúde pública, que compunha anteriormente o quadro de profissionais da prevenção.

As equipes técnicas que compunham o quadro dessas unidades eram semelhantes em termos de suas especialidades: clínicos, infectologistas, ginecologistas e pediatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos,

terapeutas ocupacionais, educadores em saúde pública e fonoaudiólogos. Foi observado que tanto médicos clínicos como pediatras atuam no seguimento ambulatorial de população adulta e para tanto, todos receberam treinamentos específicos sendo denominados genericamente nos serviços como clínicos/infectos.

Havia uma diferenciação numérica entre as equipes, considerando que o CR contava com um número maior de trabalhadores em seu quadro. Foram, ainda, observadas diferentes formas de articulação do trabalho como, por exemplo, no Campo 2 (SAE), há um aparente esforço das equipes para a realização de trabalhos integrados, realizados principalmente pelos profissionais “não-médicos”. Assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e educadoras compartilham propostas comuns de trabalho, além de discussões de casos, mesmo que em bases ainda não regulares.

Ainda, no Campo 2 (SAE), foi possível perceber um maior número de iniciativas no que se referiu a atividades que procuravam ampliar canais de comunicação entre o serviço e os usuários. As propostas de atividades grupais foram partilhadas pela equipe de “não médicos”, assim como o aconselhamento sorológico (orientação e solicitação de exame para HIV) era coordenado por essa equipe.

No Campo 1 (CR), as ações relativas a trabalhos coletivos e de grupos aparentemente eram mais tímidas, em que pese ter se registrado a existência de propostas de intervenções grupais que chegaram a ser observadas. A organização interna das equipes para essas atividades não pareceram

articuladas entre os profissionais que a coordenavam. O aconselhamento relacionado à testagem para o HIV havia sido incorporado recentemente por profissionais não médicos (anteriormente era realizado exclusivamente por médicos). Destacou-se no Campo 1 (CR) a iniciativa de implantação de discussões regulares de caso pelas equipes, proposta coordenada por um dos médicos do serviço e que era aberta a todos os profissionais.

Embora registradas essas diferenças entre os dois locais, ainda se observou a centralidade do trabalho médico (talvez fruto de um modelo assistencial centrado no controle clínico da doença) enquanto definidor e orientador dos demais trabalhos, sendo o profissional médico, em ambos os serviços, pouco integrado às demais atividades que ocorreram fora do consultório.

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS CAMPOS ( período de agosto/2001 a dezembro/2001)

UNIDADES ESPECIALIZADAS	CAMPO 1 (CR)	CAMPO 2 (SAE)
NÚMERO DE SALAS PARA ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO	18	10
NÚMERO DE SALAS PARA ATIVIDADES COLETIVAS	1	1
TOTAL DE TRABALHADORES *	120	71

TOTAL DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO *	28	32
NÚMERO DE CASOS DE AIDS POR ÁREA DE ABRANGÊNCIA**	2162	848

\* Informações fornecidas pelas gerências das unidades por ocasião das primeiras abordagens.

\*\* Boletim Epidemiológico de Aids do Município de São Paulo – Tabela X Casos de Aids por categoria de exposição hierarquizada, segundo Distrito de Saúde e Distrito Administrativo - Ano VI – número 6 – Novembro de 2002.

TIPO DE ATIVIDADES REALIZADAS	CAMPO 1 – CR	CAMPO 2 - SAE
GRUPOS COM PACIENTES	<p><b>“Chá positivo”:</b> Atividade coordenada por educadora e dirigida aos pacientes. Objetiva discutir temas de interesse dos usuários.</p>	<p><b>“Grupos de Sala de Espera”:</b> Atividade coordenada por equipe de Assistentes Sociais, Psicólogas, Educadora e Nutricionista de forma revezada e pretendendo mapear questões de interesse dos usuários para planejamento de abordagens coletivas – grupos educativos e/outras atividades.</p> <p><b>Grupo de Gestantes:</b> Atividade coordenada por psicóloga e fisioterapeuta. Ocorreu nos dias de consulta de pré-natal e teve como objetivo discutir gestação e cuidados com o bebê.</p>

		<p><b>Grupo de Bebês:</b> Atividade coordenada por fisioterapeuta, teve por objetivo estimular o desenvolvimento motor dos bebês realizando exercícios em conjunto com as mães.</p>
REUNIÕES DE EQUIPES	<p><b>Reuniões administrativas:</b> Coordenadas pela gerência com objetivo de discussão das rotinas e encaminhamentos de trabalhos. É realizada em dois períodos (manhã e tarde). Com periodicidade mensal.</p> <p><b>Discussão de casos em seguimento:</b> Coordenada por uma médica, com periodicidade mensal, objetivando discutir casos em seguimento para propostas de encaminhamento pela equipe multiprofissional</p>	<p><b>Reuniões administrativas:</b> Coordenadas pela gerência e, segundo essa, com caráter técnico administrativo objetivando avaliar e dar seguimento aos trabalhos da unidade. Também é realizada em dois períodos com periodicidade mensal.</p> <p><b>Grupo de funcionários:</b> Coordenada por duas psicólogas externas que realizaram pesquisa com o grupo e propuseram seguimento por um período. Nessas reuniões são tratados temas ligados a percepção dos trabalhadores em relação ao trabalho com Aids e a participação é voluntária.</p>

Tanto em um serviço quanto em outro, não foi observado um fluxo rígido de passagem dos usuários pelos diferentes serviços assistenciais. Apenas o atendimento com clínico/infecto é ponto obrigatório para todos os usuários, indistintamente, além da pós-consulta e da farmácia. A passagem pelos demais

profissionais dependeu principalmente da manifestação da demanda, pelo próprio paciente, que então foi encaminhado para outros profissionais ou pelo oferecimento e encaminhamento por parte do médico clínico/infecto.

As observações acima descritas objetivaram traçar um quadro panorâmico dos serviços pesquisados, e, não obstante alguns paralelos pontuados, não se trata de atribuir valores ou esgotar uma listagem de suas semelhanças e diferenças, mas tão só identificar e compreender os vários contextos em que as práticas assistenciais ocorreram.

## **2. Demandas reprodutivas através do discurso dos profissionais: o foco na gravidez com a finalidade do controle da transmissão materno-infantil**

Após cinco anos de funcionamento, as equipes parecem bastante familiarizadas com o trabalho e a clientela. Isso porque uma das características dessas unidades é o “seguimento” dos usuários que são bem conhecidos em suas histórias de vida.

Foi comum ouvir relatos dessas histórias, compartilhados por diferentes profissionais onde o caso foi apresentado com riqueza de detalhes – desde o processo do diagnóstico, dramas familiares, atuais dificuldades para o seguimento etc, sempre seguidos de impressões pessoais, sugestões de condutas e por vezes um certo “julgamento” das situações apresentadas.

Quando se referiam a demandas reprodutivas essas eram entendidas, primeiramente, como demandas das mulheres ligadas à concepção ou gravidez e vistas com reservas. De modo geral, nas situações fora das consultas, em depoimentos informais, parecem manter um posicionamento contrário à

concepção de mulheres soropositivas, ou por referência a situação de soropositividade ou por referência à própria condição social da mulher.

*“Comenta caso de usuária que acompanhou quando teve o diagnóstico para HIV junto com a gravidez, na ocasião com muitas dificuldades para aceitar a nova situação. A criança negativou, e hoje está com três anos, a menina é obesa porque os pais dão tudo que ela quer, parece que já pensam em ter outros filhos. Comenta que as usuárias com poucos recursos têm filhos com uma facilidade e que ela própria pensa tanto, dada as dificuldades para criar uma criança e não tem filhos. Acha que para as pacientes parece estar tudo bem!...”.*

*Diário de Campo (C1) Relato de psicóloga.*

*“Comenta que acredita que as mulheres têm preocupações em relação à transmissão materna infantil, porém não conseguem perceber a gravidade da situação e acabam por engravidar novamente”.*

*Diário de campo (C2) Relato de nutricionista*

*“Ao tratarem do tema reincidência de gravidez das mulheres em seguimento, alguns técnicos consideram necessário formular proposta para melhor orientar essas mulheres. Am (médica) relata sua experiência com grupo de gestantes e lembra que é necessário propiciar espaço para a fala dessas mulheres. Relata caso de paciente sua que recentemente soube estar grávida já de 4 meses.*

*Ficou bastante preocupada com a situação, porque não soube antes, ou seja, a paciente que se encontra em acompanhamento mensal não revelou antes a gravidez para ela, estando em uso de medicação teratogênica. Chama atenção para a dificuldade das mulheres em tratar desse assunto nos consultórios”.*

*Diário de campo (C1) relato de discussão de caso*

A reincidência da gravidez é atribuída à falta de entendimento quanto a soropositividade e seus limitantes, principalmente associados ao risco da transmissão materno-infantil e, ainda, apresenta um certo julgamento moral por referência a condição social dos usuários e à impossibilidade de garantir certos padrões e condições de vida à prole, como sugere o primeiro relato, em que a psicóloga confronta os próprios valores com os dos usuários.

Ao considerarem a “falta de orientação” como responsável pela gravidez, os profissionais parecem não considerar a possibilidade do desejo da gravidez no plano das necessidades, ou mesmo ser essa uma contingência do modo de vida daquelas mulheres. Apostando em modelos tradicionais na saúde pública – a educação em saúde; reduzem a questão à falta de conhecimentos, referindo-se à gravidez em mulheres soropositivas como um problema.

Aparentemente, não são considerados os possíveis contextos onde essa gravidez ocorre. Para os profissionais parece necessário formatar estratégias que contribuam para o “controle da infecção e/ou da transmissão vertical” nesses casos. Aqui, também, se aponta para a melhoria dos canais de comunicações entre esses e os usuários, como se esse fosse o principal

problema e, ao mesmo tempo, são referidos os limites do espaço das consultas para a emergência dessa situação.

O relato de uma das médicas é ilustrativo, nesse sentido. Ao comentar a omissão da gravidez de uma de suas pacientes em seguimento, que só conseguiu trazer a informação no quarto mês de gestação, mesmo estando em uso de anti-retrovirais. Seu relato demarca as dificuldades em estabelecer, no espaço da consulta médica, possibilidades de discussão da questão, por mais que se esteja disponível para tal, como afirma ser seu caso.

Mas será que se trata de problemas de comunicação? ou o que parece estar em questão são dois planos **conflitivos** de normatividades no que se refere à necessidade reprodutivas desses usuários ?

Estamos considerando a normatividade ligada ao plano moral que conforme registrado por VÁZQUEZ (2001) é constituída pelas normas ou regras de ação e pelos imperativos que enunciam algo que deve ser e são aceitas livres e conscientemente, regulando o comportamento individual e social dos homens.

*“O normativo está, por sua vez, numa especial relação com o fatural, pois toda norma, postulando algo que deve ser, um tipo de comportamento que se considera devido, aponta para a esfera dos fatos, porque inclui uma exigência de realização. A norma “não te tornes cúmplice de uma injustiça” postula um tipo de comportamento e, com isso, exige-se que passem a fazer parte do mundo dos fatos morais, isto é, do comportamento efetivo real dos homens, aqueles atos nos quais se cumpre a norma citada, ao mesmo tempo que*

*reclama a exclusão desse mundo de atos que implicam num não cumprimento ou violação da mesma norma” (VÁZQUEZ 2001, p. 64).*

Conforme registrado por SCHRAIBER (1997), o modo consubstancial da vida prática nas diversas ações em saúde é sempre **interação**: relação entre duas pessoas, entre dois sujeitos profissionais-usuários. Embora essa interação seja marcada, no plano social, pela autoridade técnica e científica representada pelos os profissionais, o que parece estar em questão é a disciplina da vida social, anulando escolhas e modo de vida do Outro (o paciente na relação). Nas suas palavras: *“A desqualificação da interatividade em seu todo revela que traduzimos a maior autoridade científica, automaticamente, em decisões não apenas técnica, mas bio-pisico-social, isto é, “a decisão amparada biologicamente (na patologia) passa a ser a melhor escolha assistencial global já que estaria contida no conhecimento da patologia que detectamos no doente, por meio da “conversa útil”. Assim, a assimetria na relação passa da face técnica à ética quase sem percebermos...”*(SCHRAIBER 1997 p.127).

As questões apontadas pelos profissionais como problemas com a comunicação ou a falta de entendimento das usuárias acerca da condição sorológica e a maternidade, parece antes se tratar de um conflito entre duas percepções de necessidades ou entre duas perspectivas. Do nosso ponto de vista, esse conflito tem implicado por vezes, na dificuldade dos usuários em expressar suas demandas/necessidades reprodutivas e no reconhecimento do direito a decisões sobre a reprodução, já que essas poderão ser julgadas como

“impertinentes”, visto que são contrárias às eventuais indicações dos profissionais.

Nesse sentido, o conflito não é resolvido facilmente, uma vez que dependem de interlocuções que reconheçam o diálogo presente nessas ações cotidianas, que consideram as diferenças, não se tratando apenas de espaços para divulgação de informações.

*“...construir critérios plurais, abertos e consensuais e enriquecer a estética, ética e politicamente os juízos normativos é tudo o que se pode desejar, quando se persegue um sentido mais democrático e criativo para nossas intervenções em saúde pública” (AYRES 2002 p.14).*

AYRES 2002, ainda chama a atenção para o diálogo em que os profissionais de saúde estão colocados cotidianamente e que esse nem sempre é valorizado, parecendo a esses que há a necessidade de se estabelecer um diálogo com a população “alvo” das intervenções. Quando se admite a presença dos sujeitos, admite-se o diálogo inerente a essa condição (intersubjetividade). O que ocorre é que nem sempre esse diálogo corresponderá a consensos construídos através do próprio diálogo.

## **2.1 - Homens e demandas reprodutivas**

Tradicionalmente, os programas de atenção à saúde da mulher tiveram fortes influências no cuidado materno-infantil concentrando a atenção dos aspectos reprodutivos principalmente no pré-natal. Mesmo considerando as transformações ocorridas a partir das propostas de atenção integral à saúde da

mulher, fruto da luta política das mulheres em movimentos organizados, que resultou na formatação, em 1984, do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), ainda é o cuidado com a saúde materno-infantil o foco privilegiado na assistência dos serviços especializados na atenção às DSTs/aids. Faz parte dessas preocupações, como já registrado, o necessário controle da transmissão vertical, “alvo” privilegiado da intervenção dos profissionais, o que por vezes implica na invisibilidade dos homens nesse contexto e dos aspectos relacionais que envolvem a questão.

Assim como a gravidez é tomada como a demanda das mulheres, como “tarefa naturalmente feminina”, alguns profissionais apontam como demanda masculina, preocupações ligadas à sexualidade, mais especificamente, relativos a impotência sexual.

*“Questionada sobre as demandas reprodutivas que surgiam nos seus atendimentos, comenta que elas são mais preocupações das mulheres, porque às vezes chegam grávidas ou têm mais dificuldades de negociar o uso do preservativo. Relata que somente dois pacientes seus, homens, aderentes ao tratamento, trouxeram a demanda de terem filhos. Segundo ela, a maior preocupação dos homens refere-se à impotência sexual”.*

*(diário de campo C1 relato de médica)*

Conforme ARILHA (1998), cristalizou-se no imaginário social que filhos e contracepção fazem parte das responsabilidades das mulheres, sendo associada para os homens a idéia de uma vida sexual “livre” e ativa na

juventude e incompatível com atitudes associadas à prevenção da gravidez ou das DSTs/aids, com o uso do preservativo.

Retomando a perspectiva dos Direitos Reprodutivos a partir da Conferência sobre Desenvolvimento de Populações Cairo 1994, os homens são incluídos nas discussões sobre a reprodução (embora não pela primeira vez) com o propósito de reequilibrar as relações de poder entre homens e mulheres para atingir uma maior igualdade de gênero (ARILHA et. al 1998). Foi destacada a necessidade da participação e responsabilidade dos homens na vida familiar assim, como, a participação masculina em programas de educação sexual para crianças e adolescentes e de prevenção à Aids nesse campo<sup>4</sup>.

Aparentemente a “responsabilidade” masculina se refere à necessária participação tanto nos processos de decisões reprodutivas partilhadas e acesso a serviços de saúde e co-responsabilidade na educação e manutenção da família.

Trazer os homens para o cenário da reprodução também implica em reconhecê-los como sujeitos no campo reprodutivo onde não é suficiente operar apenas com a participação desses na perspectiva da saúde das mulheres (ARILHA 1998), o que parece ser a tendência, também observada, desses serviços especializados.

---

<sup>4</sup> Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Comissão Nacional de Populações e Desenvolvimento/CNPD – Fundo de População das Nações Unidas . Brasil. Capítulo 4 (Igualdade e equidade entre gêneros e empowerment das mulheres); Capítulo 7 (Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva); Capítulo 8 (Saúde, morbidade e mortalidade)

### **3. Profissionais e usuários: diferentes interesses e evidências de um conflito**

Vimos que as demandas reprodutivas são tomadas como um problema a ser enfrentado com a finalidade do controle da transmissão vertical, não estando presentes outros elementos que considerem as particularidades dessa demanda. Ancoradas no conhecimento científico, as respostas que vão sendo propostas parecem apostar na “adesão” dos usuários às recomendações dos profissionais, desaparecendo o caráter relacional onde se considere os homens e as mulheres como sujeitos concretos, com necessidades construídas na vida social, além do reconhecimento da autonomia desses sujeitos em relação as decisões reprodutivas.

Chamou atenção, nesse sentido, o discurso dos profissionais que, ao tomar esses homens e mulheres concretos, parecem não reconhecer a existência de possíveis necessidades reprodutivas, sugerindo “que não se trata de questão ligada às preocupações gerais dos usuários”.

Como exemplo dessas afirmações destacam-se os seguintes registros:

*“Médico acha que a maioria dos pacientes não fala sobre questões reprodutivas porque tem outras preocupações ou o nível é muito baixo, baixo demais. Relata caso em que a mulher estava com Tuberculose ativa, tinha dois filhos e ficou grávida. Acha que nem se importava com o fato de ter tuberculose e do HIV. Era normal para ela”.*

*Diário de campo (C1) relato de médico acerca de demandas reprodutivas*

*“Questionado sobre que demandas reprodutivas surgiam nos seus atendimentos, refere que seus pacientes não trazem esta questão, não falam sobre isso durante as consultas. O que acontece é que as pacientes aparecem grávidas e quase sempre falam que o preservativo estourou. Ele sabe que no cotidiano dos casais nem sempre é possível seguir a prescrição de usar o preservativo.”*

*Diário de campo (C1) relato de médico acerca de demandas reprodutivas*

O profissional, do primeiro relato, justifica o silêncio dos usuários quanto às questões reprodutivas alegando que os mesmos “*têm outras preocupações*”. Seria essa a única motivação para que as demandas reprodutivas não sejam explicitadas?

Apesar dessas afirmações, foram registradas situações em que demandas reprodutivas estiveram presentes na voz dos usuários, porém, essas não puderam ser incorporadas ou não conseguiram ser expressas no contexto assistencial:

*“Usuária gostaria de tomar pílula, porque não confia no preservativo e tem medo de engravidar. A médica desaconselhou por causa de sua idade (44 anos). Perguntamos se já havia conversado sobre isso com outros profissionais além do médico ela afirma que não, e acha que não teve outras orientações porque nunca perguntou”.*

*Registros de conversa de sala de espera com usuária (C2)*

*“Médica refere que atendeu uma mulher puérpera, que deseja realizar a laqueadura e que a sua conduta foi reforçar a necessidade do uso do preservativo, independentemente de qualquer outro método, dados os riscos de reinfecção”.*

*Registros de relato de Médico (C1)*

*“Usuária relata que não queria engravidar. Ocorre que deixou de usar o preservativo por dois dias e ficou grávida. É seu primeiro filho. Seu atual companheiro já tem três filhos e agora com nascimento de um menino, já está satisfeito e não quer mais filhos. Quando estava fazendo pré-natal a médica chegou a falar sobre laqueadura, na ocasião ficou em dúvida. Depois, na maternidade queria fazer, mas, como não estava com encaminhamento não foi possível. Hoje quer pedir a médica orientação para o uso de anticoncepcional”.*

*Registros de conversa de sala de espera com usuária (C2)*

*“Médica realiza primeira consulta com usuária pós - parto ocorrido há um mês. Faz perguntas de como foi o parto, o atendimento na maternidade, sobre o estado físico em geral da paciente, pergunta sobre o leite se havia secado. Usuária relata que seu seio foi enfaixado na maternidade, um médico repreendeu a enfermagem por isso, mas ela explicou ao médico sua situação e que concordava com o enfaixamento. Médica lembra que na retomada das relações sexuais não pode esquecer do uso do preservativo. Pergunta a*

*usuária se o marido já fez o teste. Essa afirma que não. Médica insiste na necessidade de trazer o parceiro para orientações e reforça a necessidade do uso do preservativo”*

*Observação de consulta ginecologia Diário de Campo (C2)*

Cabe aqui ressaltar que a consulta que seguiu, refere-se à usuária que no registro anterior havia comentado sobre sua intenção em solicitar orientações quanto ao uso de anticoncepcionais hormonais, porém como observamos, não chegou a formular esse seu desejo, talvez pela forma enfática com que a médica se referiu à necessidade do uso do preservativo.

Há aqui o que estamos considerando um conflito entre duas perspectivas: a do profissional, ligado ao controle da infecção pelo HIV, e a dos usuários, ligado a necessidade do controle da capacidade reprodutiva. Nesse sentido, não se trata de não “entendimento” do usuário em relação ao uso do preservativo, mas seu posicionamento em buscar outras alternativas de controle da reprodução. A restrição ao uso de outros métodos contraceptivos e a indicação exclusiva do preservativo (masculino ou feminino) parece não possibilitar a conversa sobre outras possibilidades, ou ainda, as possíveis dificuldades das usuárias em relação ao uso consistente do preservativo.

### **3.1 - A contracepção como uma demanda especial**

Todas as conversas com os profissionais sugerem o reconhecimento de uma demanda reprodutiva somente a partir de sua explicitação, associada, sobretudo à gravidez. A preocupação com a contracepção surgiu como

demanda apenas a partir de situações especiais, como o número de filhos ou a violência por parte dos parceiros.

*Diário de Campo (C1) Assistente Social e Psicóloga relataram caso de paciente grávida, já referida por Médica:*

*“Usuária sofria violência do marido. A paciente tem três ou quatro filhos e quis abortar quando se soube grávida do último. Foi conversado com cada uma das profissionais em horários diferentes. Psicóloga diz que é um caso bastante complicado, que mobilizou vários profissionais. Assistente Social relata que seria feito encaminhamento para laqueadura quando, na consulta com ginecologia, descobriram que ela estava grávida novamente. Assistente Social diz que a paciente era profissional do sexo, que é negra, miúda e parece muito frágil. O marido é branco e grandão e parece cercá-la o tempo todo. Também refere que a paciente mobilizou todos no serviço, devido à situação (de fragilidade perante um parceiro violento)”.*

*“Assistente Social acreditava que haveria muita procura por laqueadura, mas até aquele momento só realizou um ou dois encaminhamentos. Pensa que esteja ocorrendo algum problema de fluxo com a ginecologia. Comenta ainda que considera difícil a manutenção do uso do preservativo após a esterilização, embora não tenha nenhuma avaliação sobre isso”.*

Os relatos apresentados parecem ilustrativos de algumas situações presentes no cotidiano da atenção à saúde reprodutiva de mulheres soropositivas, desde a construção de projetos terapêuticos a partir do julgamento do profissional sobre o quadro social da usuária, passando pelas diferentes referências da expressão da vontade/desejo das usuárias, até a interpretação da contradição entre a esterilização cirúrgica e o uso do preservativo.

Parece relevante considerar que as mulheres, apesar da indicação do uso do preservativo masculino ou feminino, procuram outros recursos por não conseguirem o uso consistente do mesmo ou por não confiarem plenamente no recurso, como método contraceptivo. Essa atitude, diz respeito à necessidade das mulheres em controlar sua capacidade reprodutiva independentemente do contexto do HIV/Aids e, até mesmo, a busca pela esterilização como método contraceptivo.

Estudos têm associado a opção pela esterilização, principalmente em mulheres jovens, a dificuldades das mesmas na utilização de métodos contraceptivos que pressupõem uma maior participação masculina (GOLDSTEIN 1992, apud SIMÕES BARBOSA 1999). Conforme demonstra estudo da IPEA/ BEMFAM, publicado em 1996, no Brasil, a idade média de mulheres esterilizadas caiu de 34 anos para 29 anos e entre mulheres casadas. Cerca de 40% das mulheres do referido estudo foram esterilizadas e apenas 4,4% adotavam o preservativo como método contraceptivo, o que aponta para pouca tradição na cultura brasileira do uso do preservativo (SIMÕES BARBOSA

1999). Em estudo mais recente focalizando mulheres vivendo com HIV/Aids, PAIVA et. al 2002 registram que do total de mulheres sexualmente ativas (n=833), 67% referiam o uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais sendo que um terço dessas mulheres associaram o uso do preservativo a reinfecção ou infecção do parceiro.

Mas há também que se considerar a história de esterilização que a população feminina sofreu nos últimos anos que reforçou a “eficiência dos métodos definitivos”. A este respeito, ÁVILA & CORRÊA (1999) ao comentarem sobre os programas não governamentais de planejamento familiar implementados em nosso país no final dos anos 70 (seguindo as orientações da política de controle populacional indicada pela Conferência de População de Budapeste de 1974), registram:

*“...Nos programas não governamentais, o autoritarismo das operações, a falta de informação adequada e a má qualidade dos serviços oferecidos faziam com que as mulheres vivessem experiências trágicas ao usar os métodos oferecidos, terminando por desacreditar na anticoncepção reversível e se orientando gradativamente para a opção preferencial da esterilização. No início dos anos 80, já estava tomando forma no país um “mercado” de demanda e oferta de laqueadura tubária” (ÁVILA & CORRÊA 1999, p. 86).*

Conforme registra COSTA DIAS (1999), a anticoncepção no contexto do HIV/Aids é pautada pelos profissionais de saúde por três eixos básicos: o imperativo do tratamento, a mediação da educação (que pressupõe um

determinado padrão moral) e o pressuposto da gravidez como sofrimento e risco.

A indicação da laqueadura nos serviços investigados foi registrada a partir da discussão de caso clínico, no Campo 1, onde sua recomendação se apoiava inicialmente no quadro clínico da mulher e da criança, associado à recusa do uso do preservativo.

*“Ao retomarem o tema gravidez e HIV médica afirma que o problema não é quando as mulheres chegam grávidas, mas quando continuam engravidando mesmo após o diagnóstico. Conta caso de mulher que está na terceira gestação, mesmo já tendo desenvolvido Aids. Seu segundo filho está infectado e adoecido e ela se recusa a usar preservativo, pensa que seria um caso para esterilização...”*

*Registro discussão de caso Campo 1*

Os profissionais procuram apoiar seus discursos na normatividade do aparato tecnocientífico, mas associam esse ao julgamento vinculando um plano moral dos diferentes modos de andar a vida das usuárias (CANGUILHEM 1978) como é demonstrado em comentários como: *“as mulheres continuam engravidando apesar do HIV”* e a indicação da laqueadura associada ao número de filhos.

A indicação por métodos definidos pelos profissionais parece traduzir o entendimento da necessidade de intervenção tecnológica no “campo da reprodução” associando essa ao controle dos riscos inerentes ao viver com

HIV/aids, sem, no entanto, inserir essa discussão no plano das decisões reprodutivas dos sujeitos que os vivenciam.

Esse exemplo mais uma vez evidencia o que SCHRAIBER (1997) registra como um verdadeiro conflito moral no contexto interativo entre profissionais-usuários. De um lado, a normatividade apoiada não só no aparato tecnocientífico, mas também moral dos profissionais, e, de outro, os diferentes modos de andar a vida (CANGUILHEM 1978) dos usuários, nem sempre correspondendo às expectativas dos profissionais.

A assistência a pessoas vivendo com HIV/aids em suas atuais configurações, com base nos serviços investigados, pretende propiciar atenção à saúde integral dos usuários, contando para tanto com equipes multiprofissionais. A atenção à saúde da mulher nesse contexto, também corresponde ao modelo da atenção integral, como preconizado, porém, dadas as características da centralidade no controle do HIV/Aids, esses serviços parecem secundarizar aspectos ligados a propostas como do planejamento familiar, por exemplo. Isso porque a tendência observada é do silêncio em relação à reprodução e/ou contracepção e a intervenção pontual quando do aparecimento da gravidez ou da formulação de questões por parte dos usuários, intervenção essa, sempre mediada pelo julgamento moral do profissional.

### **3.2- No consultório e no grupo: as possibilidades de escuta para além dos protocolos e a relativização da transmissão vertical na gravidez em curso**

Embora apoiados tecnicamente no controle da doença, e sendo esse o projeto mais visível das ações, a observação de situações de consultas indicou a exploração de outros aspectos da vida dos usuários, para além dos exames laboratoriais e dos medicamentos. Ao chamar atenção para a dimensão da intersubjetividade no momento assistencial AYRES (2000), demarca esse espaço como relacional e de troca que extrapola o tecnológico no sentido de ato puramente repetitivo. Nesse sentido, foram observadas situações em que, além das normas de conduta e da dimensão técnica, outros elementos que fugiam à centralidade na doença estiveram presentes, como segue nos exemplos abaixo:

*Consultas médicas – clínico/infecto Campos 1 e 2:*

*Pergunta sobre medicamentos, cabelos, alimentação, urina*

*Faz os registros*

*Pergunta sobre uma situação familiar*

*Pergunta se ainda pensa em engravidar*

*Pergunta se tem consulta com ginecologia, e verifica o cartão.*

*Fala sobre exames que vai solicitar e para que servem*

*Pergunta se está estudando e fala sobre a importância de estudar, até para dar exemplo ao bebê.*

*Faz exame físico*

*Confere a tomada das medicações*

*Altera a posologia dos medicamentos*

*Exame físico*

*Diante do quadro de hipertensão da paciente, pergunta se tem ficado nervosa.*

*Oferece escuta para história de brigas familiares entre o atual companheiro e a filha da paciente*

*Sugere à paciente que às vezes é preciso tomar decisões na vida em relação à situação de uma possível separação do companheiro*

*Prescreve calmante*

*Retoma exames e terapia de reposição hormonal em uso*

*Confere sinais e sintomas*

*Pergunta se a paciente tem dúvidas*

*Pergunta se tem tido dificuldade para comprar os remédios*

*Pergunta se está tendo relações sexuais (baixinho)*

*Verifica se chegou a confirmação do teste anti-HIV (que não chegou)*

*Foi até o laboratório para verificar se o exame não estaria pronto*

*Orienta quanto ao pré-natal com ginecologista*

*Orienta que a medicação que irá tomar inicialmente é para o bebê*

*Orienta que fará novos exames para indicação do tratamento para a paciente*

*Orienta quanto à manutenção do uso do preservativo. Usuária a lembra que atualmente está sem parceiro*

*Pergunta como vão as coisas. A usuária começa a responder que vai levando e a médica logo muda de assunto*

*Confere a tomada das medicações*

*Exame físico*

*Fala da necessidade de tomar regularmente os medicamentos, em função da resistência do vírus.*

*Ouve história da paciente sobre seu retorno ao trabalho, valorizando esse retorno.*

*Faz um "rapport", dizendo, entre outras coisas, que doaria uns quilinhos seus para a paciente, que esteve muito magra.*

*Pergunta se têm dúvidas ou questões*

*Ouve as queixas e receita um medicamento*

*Dá explicações sobre vacina antitetânica, a pedido da paciente.*

*Pergunta sobre medicamento, alimentação.*

*Exame clínico*

*Comenta sobre os exames*

*Foi verificar se a farmácia dispunha da pomada*

*Conversam sobre a situação financeira da paciente e orienta onde a pomada pode ser mais barata*

*Preenche requisições*

*Paciente comenta que será difícil justificar para os outros o fato de que não amamentará o bebê e médica diz que é fácil driblar: é só dizer que não pode amamentar em função de uma anemia importante*

Os comentários desencadeados nessas consultas não são exclusivamente apoiados nas situações clínicas de controle dos exames laboratoriais e dos medicamentos e se referem às relações estabelecidas e ao nível de percepção do profissional acerca da particularidade dos casos mantendo-se a autonomia do profissional.

Questões como o contexto familiar das usuárias; inserção no mercado de trabalho; recursos para a compra de remédios; a dificuldade em justificar a não amamentação; dentre outras questões, estiveram presentes nas consultas, porém a incorporação à condução dos casos foi variada.

Percebe-se uma tendência a trazer esses relatos para o pólo da “clínica”, no sentido de buscar respostas apoiadas na perspectiva biomédica, como no exemplo da indicação de calmantes para o relato de situação familiar conflituosa ou indicar uma justificativa ligada à saúde para explicar a não amamentação.

A esse respeito D'OLIVEIRA (2000), em estudo relativo à violência de gênero, chama a atenção para a transformação do sofrimento vivenciado pelas mulheres que procuram os serviços de saúde na “linguagem da doença” e, nesse sentido, buscam legitimidade para o acolhimento dessas demandas no espaço dos serviços de saúde.

*“...ao falarem a linguagem da doença, que não dá expressão plena ao sofrimento vivenciado, mulheres e profissionais interagem obstruindo a possibilidade de comunicação livre, omitindo a violência e buscando a reparação para o sofrimento causado por ela em termos exclusivamente centrados no recorte biomédico ou o mais próximo dele...”* (D'OLIVEIRA 2000 p. 106).

Nas situações observadas chamou a atenção o esforço em ancorar as respostas às questões que não eram necessariamente vinculadas à “doença” e que se referiam ao contexto social das usuárias, apoiadas na perspectiva biomédica, sem, no entanto, possibilitar a discussão desses outros eventos em outras perspectivas.

Focando o acompanhamento da gravidez em seu seguimento, embora o discurso dos profissionais fora do consultório reitere a desaprovação em relação à gravidez na mulher soropositiva, nos consultórios e/ou atividades grupais parece haver uma certa relativização da questão. Exemplos foram registrados nas observações do Campo 2 das atividades de grupo de gestantes onde o status sorológico foi secundarizado durante a atividade e consulta de pré-natal no mesmo campo. A particularidade da situação sorológica só foi

abordada pelos profissionais a partir da solicitação dos usuários e/ou pelas participantes, através da manifestação de alguma dúvida ou comentário, como por ocasião de uma pergunta em torno do tema:

*“D, - 6º. mês de gestação 20 anos 1ª gestação - tem dificuldade em entender o mecanismo da TMI (Transmissão Materno Infantil). Questiona se o fato do bebê nascer com anticorpos da mãe é bom ou ruim”.*

*“R 30 anos 7º. mês de gestação - 5ª. gestação questiona o porquê da indicação de cesárea, se anteriormente teve parto normal e sua criança não tem o vírus. Outra usuária reforça que também não quer parto cesárea”.*

*Diário de Campo (C2) –registros do Grupo de Gestantes*

Sem considerar as intervenções propostas pelas participantes, de um modo geral, a gravidez foi tratada num contexto, como se não houvesse o HIV na vida daquelas mulheres. Situação similar foi registrada a partir da observação de consulta pré-natal do mesmo campo onde se observa uma tendência a secundarizar a situação do HIV.

*“Nesta consulta, a ginecologista entregou o resultado do teste de gravidez para uma mulher, que já estava em acompanhamento no serviço, fazendo terapia ARV. Ao confirmar a gravidez, seu companheiro, que a acompanhava na consulta, passou a fazer muitas perguntas: se os remédios que ela toma não iriam fazer mal ao bebê; se o bebê iria nascer com o problema dela; se a demora ou o atraso nas tomadas da medicação poderiam prejudicar o bebê. Em relação*

*às perguntas do companheiro da usuária, a médica respondeu que os remédios só ajudariam o bebê, para manter uma carga viral baixa na mãe, indagando quando a paciente iria passar no infecto. Quanto à possibilidade do bebê ser infectado, a médica começa a explicar através dos percentuais epidemiológicos de negatificação no serviço, em torno de 80%, mas substitui em seguida esta fala, afirmando que, na sua prática, todos os bebês negativaram”.*

*Diário de Campo (C2) Observação consulta pré-natal*

A consulta inicialmente limitou-se às conversas entre o companheiro e a médica, sendo que, já ao final da mesma, a usuária tomou a palavra para perguntar sobre as possibilidades de laqueadura.

*“Usuária solicita que seu companheiro deixe-a falar, conta para médica que sua irmã ficou sabendo que lá no Leonor eles fazem a laqueadura que é só a Dra. encaminhar. Manifesta interesse e pede orientação em relação à laqueadura. A médica sugere que leve essa solicitação às coordenadoras do grupo de gestantes, mas se por acaso não fosse resolvido para que trouxesse de novo a solicitação na próxima consulta. Informa que além da laqueadura há também a vasectomia caso houvesse interesse do casal. A essa orientação o companheiro logo se manifesta contrário que ela poderia fazer, mas ele não”.*

*Diário de Campo (C2) observação consulta pré-natal*

A possibilidade, ainda que menor com a aplicação do Protocolo ACTG 076/94, da transmissão vertical não foi abordada pela médica durante a

consulta. Os esclarecimentos sobre o tratamento e a gestação foram prestados a partir da solicitação do companheiro, apoiando as informações em sua experiência no seguimento de gestantes naquele ambulatório.

Este movimento de relativização do HIV em função de uma gravidez já em curso sugere questionamentos quanto à existência de alguma finalidade para tal iniciativa. Do nosso ponto de vista, a conduta pode ser compreendida pela dificuldade em lidar com o sofrimento tanto pessoal como da usuária ao deparar-se com um possível risco de infecção do concepto, assim como, a insegurança quanto a expressão em cada indivíduo de probabilidades estimadas em coletivos humanos. O caso particular traz inseguranças, principalmente quando se trata de mulheres em uso dos anti-retrovirais. Outra possibilidade para a conduta poderia se referir a uma estratégia fazendo essa parte do projeto terapêutico, embora não explicitado claramente.

Em relação à solicitação por laqueadura, aparentemente o profissional também parece “eleger” está como método preferencial para a situação, apoiado talvez no julgamento das condições da paciente: em uso de anti-retrovirais, terceira gestação tendo uma filha viva e infectada pelo HIV. Há, também nesse ponto, a ponderação da médica em relação à possibilidade da vasectomia, mas frente a negativa do companheiro, parece haver um certo “conformismo” diante da situação, em que o controle da reprodução recai sobre a responsabilidade exclusiva da mulher.

Ainda em relação às orientações quanto a transmissão materno-infantil, parece importante registrar que embora haja um esforço dos profissionais em

centrar a ação nos saberes científicos, parece ser a dimensão do saber prático (no relato trazido, o profissional opta por explicar ao usuário sobre as chances da transmissão vertical a partir da sua experiência naquele ambulatório) que informam a ação, sendo que esse ato, requer, de fato, sempre um novo julgamento dado a particularidade de cada caso.

#### **4. As respostas construídas a partir do reconhecimento da demanda: o desejo pela gravidez em cena**

Teremos nesse bloco a oportunidade de examinar como esse saber prático opera o cotidiano do trabalho, diante da manifestação do desejo por gravidez. A explicitação dessa necessidade obriga o profissional a considerá-la como demanda para o serviço e buscar alternativas tecnológicas, dentro dos processos de trabalhos, que possam melhor orientar ou conduzir a situação.

Nesse sentido, a observação da condução de um caso no Campo 1 propiciou a emergência de alguns elementos presentes nessa prática, dado o desejo pela gravidez de uma mulher soropositiva.

*“Médica conta caso de A, que quer engravidar de qualquer forma. Refere que quando elas querem engravidar, não tem jeito! Embora tenha restrições pessoais à gravidez em mulheres soropositivas, tenta respeitar o desejo da paciente, fazendo analogias com a sua prática como pediatra. Não adianta ficar só reproduzindo o discurso de que a mãe deve amamentar. Se não tiver jeito, é melhor orienta-la a fazer a mamadeira direitinho, do que deixar que ela ofereça o leite artificial de forma inadequada! No caso dessa paciente, em função de sua carga*

*viral alta, a médica já entrou com o esquema de ARV, mas prescreveu aquele que é recomendado a mulheres gestantes, pensando no desejo de A, de engravidar. Relata que no começo, quando chegou no CR, achava um absurdo uma mulher com HIV querer engravidar, não via como um direito da mulher, assim como, quando fazia pediatria e via mulheres que não podiam se sustentar tendo vários filhos e não conseguindo cuidar adequadamente das crianças. Depois foi percebendo que não adiantavam suas orientações e que acabava sendo mesmo uma decisão delas, então, acha que temos que trabalhar sobre o assunto. Quando percebeu na pediatria que as mães de fato acabavam não amamentando seus bebês, decidiu então ensinar como fazer corretamente a mamadeira”.*

*Diário de campo (C1) Conversa com médica*

Chama a atenção no discurso da médica um certo “reconhecimento da autonomia dos usuários” (e aqui novamente tanto a interação como o conflito estão presentes) em relação às decisões reprodutivas, assim como sua clareza em expressar posições pessoais em relação à situação. Esse posicionamento possibilitou o assumir a manifestação do desejo de A. como uma demanda para o serviço, assim exigindo a criação de estratégias que compatibilizem a situação de seguimento clínico com a possibilidade de gravidez e, nesse sentido, sua proposta de discussão do caso com a equipe.

A partir da discussão do caso de A., surgiram outros elementos acerca da situação da gravidez em mulheres soropositivas ou com Aids, o que possibilitou a formulação por parte dos técnicos de alternativas assistenciais.

*“Em relação ao caso proposto, do desejo da gravidez de A, profissionais referem que devem ajudar os pacientes a pensar em suas decisões. Do ponto de vista clínico, além da opção terapêutica ter sido adequada na situação por considerar o desejo da paciente, médica ginecologista pontua que nesses casos deve-se observar o quadro clínico da paciente lembrando que cada situação é única. E também orientar sobre período fértil para que a exposição seja reduzida, além de considerar a carga viral. Cabe ao médico alertar das condições mais ou menos propícias para uma gravidez. Ginecologista relata ainda que tem indicado contracepção de emergência para as usuárias que referem não querer engravidar, para o caso do preservativo estourar”.*

*“Médica sugere como medida para melhor orientar as mulheres frente à possíveis gestações, a formação de grupos educativos voltados para mulheres. O grupo não serve para dizer a elas que não devem engravidar,mas, abrir a possibilidade delas falarem e os profissionais poderiam falar do significado da gravidez X tratamento X condições clínicas por exemplo, reforçar aspectos da prevenção etc”.*

*Diário de Campo C1 registros da discussão de caso*

Embora, como já apontado em bloco anterior, de não se tratar de criar espaços “educativos” no sentido de reforçar as indicações das condutas, novamente se registra a necessidade da criação de espaços que facilitem a

interlocução onde os conflitos possam ser evidenciados, e que esses não estejam restritos aos consultórios. Esses espaços poderiam cumprir um papel não de reforçar o terrorismo em relação a infecção, estratégia de prevenção tão utilizada no início da epidemia, mas estimularem a interação entre os sujeitos no sentido da construção de projetos para a vida, para a boa vida (AYRES 2000), para além da explicitação pelos profissionais de alternativas tecnológicas que possam contribuir para respostas assistenciais às demandas reprodutivas nesse contexto.

Cabe aqui destacar que a estratégia de discussão de caso aparece como importante espaço articulador de diferentes saberes práticos e que, portanto propicia a emergência de “saídas” criativa para questões que, aparentemente, parecem sem respostas.

#### **4.1 - Espaços possíveis na assistência para a emergência de demandas reprodutivas**

Finalizando a discussão dos resultados, vamos agora chamar a atenção para os espaços assistenciais formais para onde foram canalizadas as demandas/necessidades reprodutivas nos serviços investigados. Como se trataram de espaços formais, a análise também considerou a forma como esse trabalho foi inserido ao conjunto da assistência, ou seja, a articulação desse com os demais, assim como a forma de acolhimento das necessidades reprodutivas.

Foi observado, em ambos os campos, que as ações referentes à saúde reprodutiva estão ligadas fundamentalmente às consultas ginecológicas para

acompanhamento de rotinas, intercorrências e/ou pré-natal. O grupo de gestantes realizado no Campo 2, está ligado ao acompanhamento do pré-natal como ação subsidiária ou complementar desse. Os métodos contraceptivos parecem não ocupar a cena dos atendimentos, conforme já registrado - o discurso presente nos diferentes espaços se refere à utilização do preservativo por referência a infecção ou reinfecção do HIV.

O oferecimento do preservativo feminino, orientações sobre preservativo masculino, encaminhamento para parto, orientações e encaminhamento para esterilização, são realizadas por profissionais distintos. O encaminhamento para parto é feito pelo médico ginecologista, que orienta sobre o protocolo de uso do AZT (Zidovudina). Já o encaminhamento para esterilização é realizado pelo serviço social ou trabalhado pela equipe que conduz o grupo de gestantes no caso do Campo 2.

As orientações para uso do preservativo feminino são realizadas por educadoras, assistentes sociais e psicólogas. O preservativo masculino é dispensado na farmácia no caso do Campo 1, cabendo à equipe de prevenção realizar a orientação quanto ao uso. No Campo 2 esse insumo é dispensado pela mesma equipe que realiza as orientações quanto ao uso.

Em ambos os campos observou-se a recomendação do uso do preservativo em algumas consultas médicas, entretanto a recomendação aparece de forma isolada, sem que as dificuldades ou possibilidades de seu uso fossem problematizadas.

Embora registrada a importância das atividades de prevenção no discurso corrente dos profissionais, as observações indicam que essas ações são parcelares, aparentemente pouco integradas no cotidiano da atenção.

Outro aspecto também observado é a forma como esse trabalho é realizado, correspondendo a uma organização do trabalho da equipe, como nomeado por PEDUZZI (1998) de agrupamento. A autora, em estudo relativo ao trabalho multiprofissional em equipes de saúde, identifica basicamente dois tipos de equipes: a equipe como agrupamento dos agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira se caracteriza pela fragmentação das ações e a segunda pela articulação às propostas de integralidade das ações de saúde (Peduzzi 1998). É também evidente nesse sentido, o reforço do modelo médico-centrado no que se refere às construções de respostas assistenciais.

Se, de um lado, os serviços reforçam a centralidade da consulta médica, principalmente da consulta com o médico clínico/infecto, esta centralidade é reiterada pelos usuários.

*“... a assistente social, pergunta à usuária, com que profissionais vêm sendo atendida no serviço. A usuária respondeu que passou uma ou duas vezes com a psicóloga e após pensar mais um pouco disse: “mas com quem eu passo mesmo é com a dra. ..., que é a minha médica!”.*

*Diário de Campo (C2) observação do atendimento da Assistente Social*

O destaque dado pela usuária ao fato de passar com o médico sugere uma certa hierarquização dentre os serviços que utiliza, reiterando a centralidade no atendimento médico, por referência à doença.

A dificuldade enfrentada pelas usuárias com a impossibilidade da amamentação também aparece como demanda tanto nos espaços de consultas, como também relatos observados no grupo de gestantes. Uma possibilidade de resposta a essa demanda foi registrada em observação de consulta com médico/infecto, onde se destaca a forma sutil em que a usuária consegue formular o problema e as alternativas sugeridas pela médica a partir do problema:

*“Paciente comenta que será difícil justificar para os outros o fato de que não amamentará o bebê e médica diz que é fácil driblar: é só dizer que não pode amamentar em função de uma anemia importante...”*

*Campo 1 observação consulta clínico/infecto*

*“Usuárias retomam o fato de não poderem amamentar. R. lembra da importância de dar a mamadeira perto do corpo, para passar carinho”.*

*“R. fala da dificuldade em ter que falar sobre condição sorológica em outros serviços de saúde, como o hospital, temendo a discriminação, R. fala sobre a dificuldade em explicar para os familiares o fato de não amamentar, já que o fez para todos os outros filhos”...*

*Campo 2 observação grupo de gestantes*

Também no grupo de gestantes o impedimento da amamentação aparece como um problema para as mulheres. Além do aspecto afetivo, como aponta o primeiro relato, o impedimento da amamentação é tomado como um problema voltado principalmente a uma possível revelação do HIV junto aos familiares. Vale novamente apontar o estudo de KNAUTH (1999), com um grupo de mulheres soropositivas de Porto Alegre (RS) onde afirma ser o impedimento da amamentação para algumas mulheres, a primeira consequência mais visível da Aids.

Nesse sentido, talvez a amamentação figure como uma das demandas ligadas a reprodução no contexto do HIV, exigindo, por vezes, que os profissionais abordem para além das recomendações protolares indicadas.

#### IV - CONCLUSÕES

**A necessidade de garantir interlocuções: o diálogo capaz de gerar cuidado**

***“... as pessoas e os grupos sociais têm direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferente quando a igualdade os descaracteriza.”***

***( Boaventura de Sousa Santos 2000, p.37)***

Tomar como horizonte ético e político a perspectiva dos Direitos Humanos e dos Reprodutivos no diálogo com as práticas assistenciais voltadas às pessoas vivendo com HIV/aids, implicou em um esforço que procurou evidenciar as diferentes racionalidades presentes no espaço assistencial e que vão se configurando, ora pela afirmação de um pólo (o do controle) ora pelas decisões não explicitadas pelos usuários e consubstanciada no “aparecimento da gravidez”.

Para melhor sintetizar esse diálogo, recorreremos novamente às necessidades como catalizadoras e/ou tensionadoras, da busca pelo reconhecimento das singularidades das pluralidades e do reconhecimento da autonomia.

Apresentaremos a seguir o relato de uma usuária que explicita suas expectativas em relação ao serviço:

*“Usuária relata sua história com o HIV e no serviço, comentando que acredita que um médico não pode só fazer perguntas e ficar olhando para os papéis que preenche. Fala que ela fica um mês inteiro sem ver a médica, de uma consulta para outra. Tem muitas outras coisas pra conversar, e não apenas dizer se tomou o remédio. Fala sobre a médica que a atende atualmente. Diz que ela sabe de outras coisas de sua vida, que pergunta sobre outras coisas além do remédio. Acredita que, sendo também pediatra, tem mais sensibilidade”.*

*Caderno de Campo (C1) conversa com usuária em sala de espera*

Ao pontuar suas expectativas em relação à consulta médica, a usuária chama a atenção para uma outra “modalidade” assistencial que inclua a escuta para além do controle da doença e a aplicação da técnica com essa finalidade. Trazendo em seu discurso a dimensão relacional dessa prática, destaca sua existência particular, reivindicando sua presença, não como portadora de uma patologia, mas como alguém que quer partilhar outros aspectos de sua vida com o profissional.

A riqueza desse discurso como capaz de contribuir para nossa conclusão é sua capacidade de sintetizar as questões que tentamos apresentar como importantes para o acolhimento das demandas/necessidades reprodutivas e a incorporação dos Direitos Reprodutivos no contexto de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, ou seja, a necessária consideração dos aspectos da vida desses usuários para além dos protocolos, onde as questões reprodutivas aparecerão como integrantes das possibilidades das vivências dessas pessoas.

Esse nos parece ser um dos caminhos possíveis para o acolhimento das demandas reprodutivas, que implicam no reconhecimento das práticas assistenciais como espaços relacionais capazes de criar e recriar práticas que extrapolam o tecnológico. *“Apóia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela, subverte-a. Estabelece-se a partir e em torno dos universais que ela carrega, mas cobra-lhe os limites”* (AYRES 2000).

Os sujeitos (profissionais-usuários) permanecem na cena assistencial tensionando, cada um a partir de sua perspectiva particular, projetos em relação ao viver com HIV/Aids e, por vezes, as possíveis demandas reprodutivas são julgadas como impertinentes por parte dos profissionais. É, nesse sentido, que o conflito é colocado: como duas regras ou normatividades, moralmente aceitáveis, coexistem a depender do contexto a que se referem.

Como resolver esse conflito? Não há de antemão uma solução, não há uma forma operacional sempre correta, uma ética que funcione como lei científica que possa ser ensinada ou aprendida do mesmo modo (SCHRAIBER 1997).

Percebe-se a necessidade da articulação dos diferentes processos de trabalho, envolvendo diferentes saberes, além do compartilhamento de projetos entre os profissionais e desses com usuários de modo que a formulação de possíveis respostas para as questões reprodutivas possa ser realizada a partir do reconhecimento dessa interação e nas práticas cotidianas.

Nesse sentido, o conflito moral que se evidencia no espaço assistencial pode necessitar de um horizonte ético que nos auxilie a responder a questão

primordial: estamos fazendo a coisa certa (AYRES 2002), sendo a perspectiva dos Direitos Humanos, como saber interdisciplinar, que pode contribuir para essa empreitada.

Os conflitos gerados no campo da reprodução poderiam ter como horizonte os Direitos Humanos, consagrados através dos Direitos Reprodutivos.

A perspectiva da interação como motivadora de ações que vão para além do “tratar” aproxima as práticas assistenciais do “cuidado”. Para tanto, recorreremos às reflexões propostas por AYRES (2000). O cuidado como promoção de bem estar para além da correção de distúrbios não tira do sujeito que é cuidado o poder de juízo sobre suas necessidades. Isso implica numa exigência de respostas assistenciais por parte dos serviços mais próximas às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades.

Para finalizar, chamaremos ainda a atenção para essas exigências: A perspectiva do cuidado impõe às práticas assistenciais o compartilhamento de critérios normativos entre profissionais-usuários, por vezes não congruentes, mas que, ainda assim, demarcam o encontro entre dois sujeitos sendo esse encontro o espaço para a *re-construção de intersubjetividades* (AYRES 2000) e, se valorizado, é capaz de produzir para além de tecnologias, e apoiar a ação em sabedorias práticas que indicam o caminho não só para respostas às necessidades reprodutivas, mas, efetivamente, poderão construir práticas em saúde verdadeiramente emancipatórias.

## V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arilha M, Unbehaum SG, Medrado B, organizadores. **Homens e Masculinidades outras palavras**. São Paulo: Ecos Estudos e Comunicação em Sexualidade Humana GESMAP – Grupo de Estudos sobre Sexualidade Masculina e Paternidade, editora 34; 1998. Homens: entre a zoeira e a responsabilidade; p. 51-78.
2. Arilha M. Políticas públicas de saúde, mulheres e DSTs/AIDS: reajustando o olhar. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro Coleção ABIA número 4; 2001.
3. Ávila MBM, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisando percursos. In: Galvão L.,Díaz J, organizadores. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil dilemas e desafios**. São Paulo. Editora Hucitec Population Council; 1999. p. 70-103.
4. Ayres JRCM. Ao alcance dos olhos, longe das mãos: lições aprendidas e desafios na prevenção da Aids (Conferência realizada em São Paulo – SP 19/02/2002). In: Souza CR, Menezes L, organizadoras. **Aids the epidemic in the megacities networking the response SIDA la epidemia em las megalopolis construyendo una red de respuestas**. São Paulo. Editora Papagaio Ltda; 2002. p. 259-272.
5. Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?”.**Interface – Comunic, Saúde, Educ**, 2000; 6:117-121.

6. Ayres JRCM, França JI, Calazans GJ, Filho Saletti HC. Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, RM, Parker R, organizadores. **Sexualidades pelo avesso**. São Paulo, Editora 34; 1999. p. 50-72.
7. Ayres JRCM. Seminário: Prevenção à Aids: Limites e Possibilidades na terceira década. In: Parker R, Terto JV, organizadores. **Aprimorando o Debate: respostas sociais frente à Aids: ANAIS ABIA**. Rio de Janeiro, 2002. p.12-26.
8. Barata RB. Os desafios da teoria e da práxis da saúde coletiva. **Ciências e Saúde Coletiva** 2001, vol. 6 (1) :20-47.
9. Barbosa RM, Lago Di Giacomo do T. Aids e Direitos Reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: Parker R, organizador. **Políticas Instituições e Aids: enfrentando a Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ABIA; 1997. p. 164-175.
10. Barbosa RM, Villela WV. A trajetória Feminina da Aids”. In: Parker R, Galvão J, organizadores. **História Social da Aids, número 7: Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará ABIA:IMS/UERJ;1996. p.17-31.
11. Barbosa RM. Feminismo e Aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. **História Social da Aids, número 7: Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará ABIA: IMS/UERJ.1996, p. 153 -167.
12. Berer M, Ray S. **Mulheres e HIV/Aids: um livro sobre recursos internacionais**. São Paulo: Editora Brasiliense; 1997.

13. Berquó E. O Cairo no contexto das conferências sobre populações. In: Bilac ED, Baltar MIB (organizadoras). **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP; São Paulo, Editora 34; 1998. p. 23-35.
14. Becker HS. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec. 1999.
15. Bobbio N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
16. Campos GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Mimeo; 1996.
17. Canguilhem G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Florense Universitária; 1978.
18. Corrêa S. A saúde e os direitos reprodutivos: caminhos, avanços e impasses”. Mulher, sexualidade, saúde e cidadania. **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Relatório do Debate Nacional**. Recife; 1995.
19. Corrêa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 1996; 6 (1/2): 147-177.
20. Cardoso RO de. **O Trabalho do Antropólogo**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Unesp; 1998.
21. Dias CEA. **Entre o desejo e o risco: os sentidos da gravidez na assistência à Aids**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

22. D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da Mulher. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto programas e ações na unidade básica**, 2<sup>a</sup>. ed. Hucitec, São Paulo 2000,p.86-108.
23. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa SH (organizadoras). **Questões de saúde reprodutiva**, FioCruz, Rio de Janeiro; 1999. p. 337-356.
24. D'Oliveira AFPL. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. São Paulo; 2000 [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP].
25. Figueroa-Perea JG. Algunos problemas da investigación sobre derechos reprodutivos. In: **Perinatol Repr. Hum.** Volume 10 número 2, abril – junio, 1996 México DC.
26. França-Junior I, Ayres JRJM, Calazans GJ. **Saúde Coletiva e Direitos Humanos: Um diálogo possível e necessário** São Paulo; 2000 [trabalho apresentado Congresso ABRASCO em 2000 mimeo].
27. Freitag B. **Itinerários de Antígona: a questão da moralidade**. 2<sup>a</sup> ed. Campinas: Papyrus; 1997.
28. Geertz C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1989. A Natureza das Sociedades Complexas; p. 15-37.
29. Guerra MAT. **Política de controle da Aids da Secretaria de Estado de São Paulo, no período 1983-1992: A história contada por seus agentes**. São Paulo;1993.[Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP].

30. Heller A. 1992. Uma teoria das necessidades revistas [Conferência proferida por Agnes Heller na PUC de São Paulo em maio de 1992]. In Granjo MHB, **Agnes Heller filosofia, moral e educação**. 3ª. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2000. p. 97-103.
31. Knauth, DR. Subjetividade Feminina e Soropositividade. In: Barbosa, RM, Parker R organizadores, **Sexualidades pelo avesso**. São Paulo, 1999 Editora 34; p.121-136.
32. Mann J. Saúde Pública e Direitos Humanos. **Physis Rev Saúde coletiva** 1996;6(1/2): 135-145.
33. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR : Série Textos** 1992; número 1 São Paulo.
34. Mendes-Gonçalves RB. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
35. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.
36. Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Aids recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV**. Brasília (DF); 1998.

37. Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para a profilaxia da Transmissão materno-infantil e terapia anti-retroviral em gestantes.** Brasília (DF); 2002.
38. Nações Unidas. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). 21<sup>a</sup>. sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas. **Revisão geral e avaliação da implementação do programa de ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento.** Nova Iorque; 1999.
39. Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Felipe E, Segurado A. **Sem direito de Amar? A vontade de ter filhos entre homens e mulheres com HIV.** São Paulo. 2002. mimeo.
40. Parker R., Bastos C, Galvão JS, organizadores. **A Aids no Brasil (1982-1992).** Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS; 1994.
41. Peduzzi M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Campinas; 1998 [Tese de Doutorado: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas].
42. Piovesan F. **Temas de Direitos Humanos.** São Paulo: Max Limonad; 1998.
43. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe – rsmiac rede nacional feminista de saúde e direitos reprodutivos. **A saúde da mulher no contexto socio-político brasileiro. Seguimento do Programa de Ação da Conferência Mundial da ONU sobre População e Desenvolvimento – Cairo 1994.** Recife; 1997.

44. Rodrigues Netto E. As políticas de saúde no Brasil, SUS e PAISM: duas faces da mesma moeda. **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Relatório do Debate Nacional**. Recife; 1995.
45. Santos BS de. Por uma concepção multicultural de Direitos Humanos. In: Feldman-Bianco B, Capinha G organizadoras. **Identidades estudos de cultura e poder**. São Paulo: Hucitec; 2000. p 19-39
46. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto programas e ações na unidade básica**, 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec; 2000. Necessidades de Saúde e atenção primária; p. 29-47.
47. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto programas e ações na unidade básica**, 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. Prática Programática em Saúde; p.48-65.
48. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, agosto 1997; v.1, n 1: 123-138.
49. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. DST/AIDS – Cidade de São Paulo – SMS – SUS. **Boletim Epidemiológico de Aids do Município de São Paulo: 2002**. São Paulo; 2002.
50. Sen G. Reprodução: O desafio feminista para uma política social. **Physis Rev Saúde Coletiva**, 1996;6 (1/2): 179-194.
51. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS dos, Landroni MAS da, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos

- centros de referência para DST/AIDS. **Rev Saúde Pública** 2002; 36, (4 Supl): 108-116.
52. Simões BRH. Aids e saúde reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FioCruz; 1999. p. 281-298.
53. Tambeiro NMR. **Prevenção da Transmissão Vertical da Infecção pelo HIV no núcleo integrada da criança – NIC – Santos – SP 1997 - 1999**. São Paulo; 2001 [Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Saúde Pública da USP].
54. Vázquez AS. **Ética**. 21<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.
55. Velho G. **Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. 5<sup>a</sup> ed Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1999. Observando familiar. p. 121-132.
56. Villela W. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa, RM, Parker R, organizadores **Sexualidades pelo Avesso: Direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ Editora 34; 1999. p. 199-213.
57. Ventura M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. São Paulo: MacArthur Foundation; 2001.