

# Representações sociais de corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV e AIDS.

*Social representations of the body and sexuality of healthcare workers when treating women's with HIV/AIDS.*

*Representaciones sociales de cuerpo y sexualidad de profesionales de salud que atienden mujeres con VIH y SIDA*

Kátia Souto<sup>1</sup>

Berlindes Astrid Küchemann<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho apresenta uma análise das representações de corpo e sexualidade de profissionais de saúde de Brasília e de suas práticas de saúde no cuidado, considerando o contexto da feminização da AIDS e as vulnerabilidades femininas para a infecção pelo HIV. Tem por objetivos, identificar se as representações de corpo e sexualidade de profissionais de saúde, que atendem mulheres com HIV/AIDS, contribuem para a vulnerabilidade feminina à AIDS e se as práticas de saúde desses profissionais expressam valores culturais sobre corpo e

1 Jornalista, Mestre em Sociologia (2010), Especialista em Saúde Coletiva/Educação (2008) e Saúde, Especialista em Bioética (2007) pela Universidade de Brasília.

2 Professora e Pesquisadora do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília nas áreas de gênero, trabalho, ecologia, saúde e políticas públicas. Doutora em Sociologia pela Universidade de Bielefeld/Alemanha (1976) e Pós-doutorado na Universidade de Frankfurt/Alemanha (1990).

sexualidade que, no atendimento, apresentam-se como entraves ao cuidado da saúde das mulheres. Conclui, destacando a importância da abordagem de gênero e das representações sociais de corpo e sexualidade na formação dos profissionais de saúde para que as práticas de saúde possam contribuir para a prevenção das DST/HIV/AIDS e para a atenção à saúde integral e humanizada.

Palavras chave: corpo, sexualidade, práticas de saúde, profissionais de saúde, AIDS

## ABSTRACT

This paper presents an analysis of representations of the body and sexuality of healthcare workers in Brasília and their health and care practices, taking into account the feminization context of AIDS and female vulnerabilities to HIV infection. The goals of this paper is to analyze if body and sexuality representations of healthcare workers specialized in HIV/AIDS infected women

contribute to female vulnerability to AIDS and if the healthcare practices of those professionals express cultural values about body and sexuality that are barriers to women healthcare in medical services. This paper highlights the importance of the gender approach and social representations of the body and sexuality during the healthcare workers training to assure that the health practices can contribute to the prevention of STD/HIV/AIDS and to the health support and humanized care.

Keywords: body, sexuality, health practices, healthcare workers, AIDS

## RESUMEN

Este trabajo presenta un análisis de las representaciones de cuerpo y sexualidad de profesionales de salud de Brasília y de las prácticas de salud del cuidado, considerando el contexto de la feminización del SIDA y las vulnerabilidades femeninas a la infección por el VIH/SIDA. Tiene por objetivos, identificar si las representaciones de cuerpo y sexualidad de profesionales de salud que atienden mujeres con VIH/SIDA, contribuyen para la vulnerabilidad femenina al SIDA y si las prácticas de salud de esos profesionales expresan valores culturales sobre cuerpo y sexualidad que se presentan como obstáculos al cuidado de la salud de las mujeres. Concluye, destacando la importancia del abordaje de género e de las representaciones sobre cuerpo y sexualidad en la formación de los profesionales de salud, para que las prácticas puedan contribuir para la prevención de las DST/VIH/SIDA y para la atención a la salud integral y humanizada.

Palabras clave: cuerpo, sexualidad, prácticas de salud, profesionales de salud, SIDA.

## INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) trouxe desafios tanto para as ciências da saúde como para as ciências do comportamento, na medida em que apontou para a visibilidade de questões relacionadas não apenas à epidemiologia como também à sexualidade humana. Desde o seu surgimento a AIDS traz representações sociais que vão para além da doença biológica e ocupa ainda hoje um lugar mais estigmatizante do que a sífilis ocupou no século XVIII entre as doenças <sup>1</sup>.

A AIDS ataca o sistema imunológico humano deixando-o fragilizado para o adoecimento de diversas doenças, chamadas de doenças oportunistas. Desta feita, a chegada da AIDS colocou em xeque conquistas científicas sobre as doenças infecciosas e sobre o controle do adoecimento do corpo. Para superar os limites que se apresentavam para a contenção da mesma, a ciência médica precisou buscar alternativas para enfrentar o problema colocado. No que se refere à assistência à saúde, a ciência médica se voltou para a sobrevivência e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV e AIDS, particularmente para a produção de medicamentos. Em seguida o foco da atenção passou a incluir a prevenção da infecção pelo HIV, e nesse campo destacou-se o uso do preservativo. É aqui no campo da prevenção que as representações sociais sobre sexualidade e corpo se fazem presentes, tendo em vista que a subjetividade das relações amorosas e sexuais permeia tanto as práticas de cuidado à saúde sexual como as práticas de cuidado à saúde reprodutiva de mulheres e homens.

O primeiro significado da AIDS

surgiu associado à representação da homossexualidade. Por atingir homossexuais masculinos foi denominada *peste gay*. Nesse primeiro momento, preconizou-se o uso do termo *grupo de risco*. Esse termo, apesar de encontrar justificativa e explicação na epidemiologia, teve no imaginário social uma imagem discriminatória, pois, acabou por associar a AIDS aos homossexuais masculinos. Depois, quando os dados epidemiológicos apontaram para um novo cenário, onde homens heterossexuais também estavam sendo infectados, optou-se por uma nova abordagem e adotou-se o termo *comportamento de risco* buscando assim uma melhor explicação da transmissão e infecção pelo HIV. Essa abordagem, contudo, também veio acompanhada de uma forte carga de preconceito: a representação da transgressão sexual e/ou da promiscuidade no exercício da sexualidade, além da transgressão do comportamento pelo uso de drogas. Em ambas as representações – grupo e comportamento de risco - as mulheres, com exceção das profissionais do sexo, permaneceram fora do imaginário social e cultural, portanto não estariam em risco para a infecção pelo HIV. Considerava-se que a AIDS atingia aqueles grupos de risco e de comportamento de risco, por isso as mulheres estariam fora, pois elas não pertenciam a nenhum desses grupos ou comportamento sexual. As mulheres entram em cena somente num terceiro momento, no assim chamado *boom* da feminização da AIDS, quando mulheres em relações estáveis, mulheres de comportamento sexual *normal* – *as santas* – passaram a fazer parte dos dados epidemiológicos. Surge então uma terceira abordagem sobre a infecção para o HIV - *vulnerabilidade e risco*. Mesmo assim

prevalece no imaginário social e cultural das pessoas a concepção de grupo e de comportamento de risco, acima comentadas. Essas representações também estão presentes no imaginário dos profissionais de saúde.

Iniciaremos com uma breve reflexão sobre as representações sociais enquanto uma forma de conhecimento do mundo que permite dar sentido ao nosso cotidiano. Em seguida, observaremos como as representações sobre corpo e sexualidade interferem tanto nas práticas dos profissionais de saúde quanto nos serviços voltados à saúde da mulher e, finalizando, teceremos algumas considerações sobre a importância da abordagem de gênero na formação e na prática dos profissionais de saúde.

Destacamos que este trabalho é fruto da pesquisa que Kátia Souto<sup>2</sup> realizou junto a profissionais de saúde de dois centros de saúde de Brasília que atendem mulheres com HIV e AIDS, sob a orientação da professora Berlindes Astrid Küchemann, por ocasião de seu mestrado em Sociologia, na Universidade de Brasília.

### **Como as representações sociais de corpo e sexualidade interferem nas práticas de profissionais de saúde**

As representações sociais são uma forma de conhecimento do mundo construída a partir do agrupamento de conjuntos de significados que permitem dar sentido tanto ao cotidiano como a fatos novos ou desconhecidos<sup>3</sup>.

Segundo Moscovici:

Representações, obviamente,

não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto as velhas representações morrem. Como consequência disso, para se compreender e explicar uma representação, é necessário começar com aquela, ou aquelas, das quais ela nasceu <sup>4</sup>

As representações são, portanto, fruto de aprendizados coletivos, mediados pela linguagem, pelos símbolos e pelas imagens que a sociedade tem dos fenômenos sociais. Há, pois, uma relação entre representação e realidade, permeada pelo discurso, pelo símbolo, e pela linguagem. O que as representações significam para cada pessoa? Que imagens elas relacionam com a realidade? Que valores e signos representam? Moscovici <sup>4</sup> diz que a representação “é fundamentalmente um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes [...] Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele”<sup>5</sup>. E, segundo o referido autor, as representações possuem duas funções: “em primeiro lugar, elas convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram”, possibilitando “conhecer o que representa o quê” e, “em segundo lugar, são prescritivas, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível” <sup>6</sup>. Ou seja, num primeiro momento as representações expressam o conhecimento do mundo em que se vive -

valores e idéias - e, num segundo momento, se valem de símbolos e códigos que classificam os objetos e permitem a comunicação entre o primeiro e o segundo momento.

Tratando-se das representações sobre corpo e sexualidade, podemos, num primeiro momento, associar esses dois conceitos à reprodução e ao prazer. Num segundo momento, podemos associar símbolos e códigos de corpo e sexualidade que possibilitam a classificação de corpo em corpo doente ou saudável e a sexualidade, em hetero ou homossexual. Nesse segundo momento, as representações que profissionais de saúde e as mulheres têm sobre corpo, sexualidade podem valer-se de signos e códigos diferentes, fato que pode limitar ou impedir a comunicação entre ambos comprometendo, as ações de cuidado. Ou seja, o que um profissional de saúde define como corpo saudável pode ter significado de corpo doente para a mulher, ou pode não ser significativo para ela. Um exemplo desse descompasso é a mensagem do uso de camisinha para mulheres em relações estáveis e monogâmicas. Como a camisinha está associada à imagem de transgressão sexual e de promiscuidade, a mensagem acerca do seu uso não faz sentido para elas. Elas não se percebem em risco porque não estabelecem uma relação entre a camisinha, o seu comportamento sexual e os riscos para o HIV. Já para os homens, a camisinha tem o significado de “usar com a outra” ou de “chupar bala com papel”. As mulheres com HIV infectadas pelos seus parceiros destacaram a dificuldade de inserir o uso da camisinha nas relações estáveis já existentes. “O marido não aceita, pergunta se estamos duvidando deles ou se estamos aprontando”, é um argumento recorrente das

mulheres entrevistadas na pesquisa da qual nos referimos na introdução <sup>2</sup>. Portanto, para elas e seus parceiros não há necessidade do uso da camisinha nas relações estáveis e afetivas. Via de regra, sexo seguro para homens e mulheres em relações estáveis é prevenir gravidez. Portanto, as mulheres em relações estáveis lançam mão de contraceptivos e não da camisinha para prevenir uma gravidez. Nesse momento, associar uma abordagem de cuidado à saúde sexual e de cuidado à saúde reprodutiva, abordando, além da gravidez, os riscos para a infecção pelo HIV e outras DST, é fundamental. Ou seja, abordar as práticas sexuais do casal e a história da vida sexual de cada cônjuge, para reconhecer as vulnerabilidades femininas e masculinas para a AIDS. Não é improvável que mulheres em relações estáveis possam estar em risco para o HIV a partir do seu parceiro. Reconhecer essa possibilidade é ter que pensar a sexualidade feminina e a sexualidade masculina, e, particularmente, as diferentes formas em que se dão essas sexualidades, suas vivências e suas práticas.

A representação de sexualidade para as mulheres foi construída, historicamente, a partir da ‘reprodução’ e da ‘normalidade’ de práticas sexuais associadas ao casamento ou ao amor. A camisinha cuja representação (seu signo) está associada à doença e a práticas ‘proibidas’ ou ‘pervertidas’ da sexualidade, não cabe nessa relação. As mulheres ‘normais’ e casadas, na sua maioria, não conseguem ver a camisinha como cuidado à saúde, elas a associam ao imaginário de desvio da conduta sexual, ao ‘pular’ a cerca, aos jovens que iniciam a sexualidade antes do casamento e às prostitutas<sup>2</sup>.

As representações de corpo e

sexualidade dos profissionais de saúde situam-se predominantemente no campo do corpo biológico, dos hormônios e dos fluidos. Regular e controlar o corpo feminino tem significados de controlar a sexualidade, o desejo feminino e regular a reprodução. Os ciclos do corpo feminino reconhecidos como normais são a menarca, a menstruação, a gravidez, o parto e a menopausa, todos associados à função da reprodução. A frigidez, a infertilidade e as infecções do trato reprodutivo são denominadas, pela medicina, como disfunções ou anomalias do corpo feminino. Essas representações de normalidade e anormalidade têm também uma carga cultural e social para as mulheres. A infertilidade feminina é considerada como um ‘defeito’ do corpo feminino, sendo que as mulheres inférteis se sentem menos femininas. Essas representações contribuem para práticas de saúde que acabam por vulnerabilizar as mulheres para a infecção ao HIV. Observamos que as práticas de saúde incluem práticas de organização dos serviços de saúde, práticas de gestão e práticas de cuidado. Aqui estamos abordando as práticas de cuidado em saúde.

De fato, a feminização da AIDS ao colocar em evidência diferentes representações sobre os corpos masculinos e femininos, expõe a diferenciação entre práticas e identidades sexuais e aponta para a necessidade de um novo olhar sobre as sexualidades femininas e masculinas e suas representações sociais e culturais. Nesse sentido, Parker<sup>7</sup> cita Gagnon e Simon que destacam que é menos importante entender o comportamento individual do que entender o contexto das interações sexuais. Ou seja, reconhecer que a vivência sexual possui dinâmica individual e está inserida num contexto de vida social que traz em si valores

culturais determinados pela classe social, pelo gênero, pela geração e pela orientação sexual que trazem representações de onde, como e com quem essa sexualidade é exercida.

O desconhecimento do próprio corpo e das doenças sexualmente transmissíveis associado ao imaginário cultural de promiscuidade e de sexualidade masculina desregrada foi empecilho e armadilha para a não percepção da vulnerabilidade feminina às DST e ao HIV, tanto pelos profissionais de saúde como pelas próprias mulheres. A sexualidade para as mulheres estava associada ao casamento e à reprodução, portanto elas e os próprios profissionais de saúde não identificavam entre as mulheres a possibilidade do risco para o HIV. No início da feminização da AIDS, as mulheres, infectadas pelo parceiro em relações estáveis, foram vistas como vítimas. Contudo, a grande preocupação da ciência médica e dos profissionais de saúde foi com a transmissão do vírus para o bebê, quer seja na gravidez, no parto ou na amamentação e não com a mulher na sua condição feminina. Inicialmente o diagnóstico positivo para as mulheres vinha a partir do adoecimento ou morte do parceiro. Desde 1996, após ter sido preconizada a testagem para o HIV para todas as gestantes no Brasil, o diagnóstico positivo para as mulheres, na sua maioria, tem sido feito no pré-natal. Nesse momento, por rotina do pré-natal, é oferecido o teste anti-HIV e quando o resultado é positivo, essas mulheres sentem-se fragilizadas, com sentimentos complexos: medo da doença, decepção, raiva pela descoberta ou confirmação da traição do parceiro, insegurança pela saúde do bebê e culpa pela AIDS<sup>2</sup>.

O cuidado à saúde da mulher passa

predominantemente pela função social da maternidade e a medicina e as ações de saúde priorizam, ainda, o materno-infantil. Ao mesmo tempo em que os avanços da medicina permitem, por um lado, uma maior liberdade sexual para as mulheres a partir do conhecimento do corpo e dos mecanismos reguladores do período reprodutivo, proporcionando um maior controle sobre o seu próprio corpo, por outro lado, esses mesmos avanços reforçam o lugar de submissão e de opressão da mulher ao jogar sobre sua responsabilidade a decisão do cuidado reprodutivo, e tirando de cena a responsabilidade masculina. Sem dúvida esse lugar de responsabilização feminina para a reprodução surge a partir dos papéis sociais definidos para homens e mulheres e reforçados pelas diferenças sexuais biológicas. Ou seja, nesse contexto inserir a camisinha nas relações heterossexuais estáveis significa resgatar o papel de responsabilização masculina sobre o cuidado sexual e reprodutivo.

Na análise das vulnerabilidades femininas à infecção pelo HIV, as representações sobre sexualidade e corpo, devem ser consideradas não apenas como ponto de partida da análise, mas devem, sobretudo, como elementos chave para a compreensão das práticas de cuidado à saúde da mulher. Assim sendo, para a medicina e para os profissionais de saúde que atendem mulheres, o primeiro desafio foi e é o da desnaturalização do corpo, ou seja, o desafio de ver o corpo além da natureza, ver o corpo como corpo-cultura, ver o corpo como corpo-social. Considerar concomitantemente, o corpo biológico, o corpo cultural e o corpo social significa compreender a diferença entre sexo e sexualidade. Abordar a sexualidade na medicina, no entanto, ainda é um desafio, pois

não há uma ‘disciplina’ que trata da sexualidade ou uma especialidade médica sobre sexualidade. Quem reflete sobre a sexualidade é a sexologia, mas essa reflexão, embora interdisciplinar, está mais voltada para a educação sexual e terapia sexual. Portanto vamos encontrar este saber, sobretudo, na psicologia e na educação e, apenas tangencialmente na ginecologia e na urologia.

Hoje, o discurso sobre sexualidade na medicina é fragmentado e disperso. Embora haja diferentes abordagens, a maioria delas busca explicações no corpo físico, em definições baseadas na bipolaridade normal/anormal, saudável/ doente. Ao buscar no corpo biológico explicações para a sexualidade, a medicina acaba reforçando explicações correspondentes ao campo da reprodução humana e da heterossexualização. A homossexualidade, tida como manifestação desviante da sexualidade, teve em períodos anteriores, a busca de sua explicação no corpo biológico. Para tanto, foram realizadas pesquisas com o objetivo de saber se havia diferenciação hormonal entre os heterossexuais e os homossexuais. Até pouco tempo, a homossexualidade era considerada uma doença e tinha código de identificação de doença – CID - para classificar a anomalia. Em relação à sexualidade e medicalização dos corpos, a medicina tem percorrido caminhos diferenciados: a reprodução para o corpo feminino (métodos contraceptivos), e a sexualidade para o corpo masculino (Viagra).

Os estudos sociológicos sobre sexualidade têm dado maior atenção aos comportamentos sexuais dos indivíduos e aos valores e normas que permeiam esses comportamentos. A sexualidade humana se dá na relação com o outro, num contexto de troca,

permeado por valores expressos no corpo e na relação entre os indivíduos e os seus corpos.

A sexualidade humana é um fenômeno social total [...]. Ela aparece como um dado da natureza [...] mas é evidente que esse aspecto da natureza do homem é o que mais cedo e mais completamente submeteu-se aos efeitos da vida em sociedade. Um ‘trabalho’ efetua-se no nível do corpo, que é indissociável da sexualidade. O sexual e o corporal constituem, ao mesmo tempo, os objetos e os meios; eles são produzidos socialmente e se tornam operadores sociais, os mais imediatamente utilizáveis <sup>8</sup>.

Os corpos masculinos e femininos são, pois, o lócus das experiências e vivências sexuais. Eles expressam e refletem as normas, os valores e a moral da sociedade a que pertencem. São corpos físicos carregados de representações sociais e culturais, são sujeitos e objetos nas práticas sexuais.

As diferenciações entre ser homem e ser mulher e a relação de poder existente nessas interações definem as vulnerabilidades masculinas e femininas para o HIV, condicionando e limitando as possibilidades de cuidados à saúde sexual. Ou seja, essas diferenciações reforçam para as mulheres o cuidado à saúde reprodutiva e para o homem o cuidado à saúde sexual em determinadas situações como a homossexualidade e a prostituição. Essas representações se expressam nas práticas sexuais, em última instância, e contribuem para uma maior ou menor vulnerabilidade para a infecção pelo HIV.

Em tempos de AIDS, falar sobre o

conhecimento do corpo e destacar o uso do preservativo no exercício da sexualidade, é fundamental para prevenir e controlar o risco de infecção pelo HIV. Associar a contracepção à prevenção das DST/HIV é uma forma de abordar o cuidado à saúde sexual e reprodutiva ao mesmo tempo. Entretanto, na contramão dessa abordagem, contraditoriamente o que se vê é a divulgação ampla de métodos contraceptivos como a anticoncepção injetável e o dispositivo intra-uterino (DIU), tidos como mais eficazes e seguros, ficando em segundo plano o diafragma e o preservativo tidos como menos confiáveis, porque exige conhecimento e manuseio do corpo. Em outras palavras, privilegia-se a contracepção medicalizada e intervencionista no corpo feminino em detrimento do uso de meios contraceptivos de manuseio do corpo feminino (diafragma e camisinha feminina) e do corpo masculino (camisinha masculina), que proporcionam dupla proteção: previnem a gravidez e as DST.

Os significados do corpo feminino associados à reprodução e ao silêncio sobre o próprio corpo dificultaram e continuam dificultando a implementação de estratégias eficazes de prevenção e de cuidado às DST e ao HIV/AIDS. A AIDS traz à tona também essas representações do corpo intrínsecas ao saber médico e introjetadas nas mulheres como sendo o modelo ideal de cuidado ao seu corpo.

A questão da AIDS está diretamente relacionada com o corpo, com a sexualidade, com o cuidado do corpo, com o exercício da sexualidade, com a saúde, com as práticas de saúde e com as representações sobre corpo, sexualidade, saúde e doença. Esse conjunto de representações e condicionamentos está presente tanto nas práticas de cuidado dos

profissionais de saúde como na relação que as mulheres têm com o seu próprio corpo e em suas práticas sexuais.

As representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde podem ser identificadas: (i) nos significados e símbolos de corpo e sexualidade feminina; (ii) na observação do corpo biológico e na dimensão da representação que possuem sobre as práticas sexuais; (iii) na descrição e definição de corpo e sexualidade feminina; (iv) na percepção do corpo e da sexualidade pelos profissionais de saúde a partir do relato das próprias mulheres. Todas essas representações estão presentes nas práticas de saúde dos profissionais e no cuidado junto às mulheres infectadas pelo vírus HIV e pelas mulheres vivendo com AIDS.

Considerar as práticas sexuais e as identidades sexuais masculinas nas relações de gênero, bem como as representações de corpo e sexualidade existentes em diferentes culturas pode ser decisivo para a prevenção do HIV entre mulheres e significa reconhecer a dimensão relacional entre os gêneros para a vulnerabilidade ao HIV. Qual a relação entre a sexualidade feminina e a masculina? Qual é o papel das representações de corpo e sexualidade no cuidado à saúde sexual de mulheres e homens? Qual é o papel dos profissionais de saúde no cuidado à saúde sexual das mulheres e dos homens?

Para Pitanguy:

É extremamente importante, para médicos e profissionais de saúde, o reconhecimento das dimensões culturais e sociais que interpenetram a sexualidade, pois saúde e doença são também parte desse emaranhado de relações sociais

onde as questões de gênero, classe, etnia, religião e cultura desempenham um papel fundamental, tanto na prevenção, quanto na cura, e mesmo no reconhecimento e classificação de patologia e normalidade, particularmente no campo da saúde sexual e reprodutiva<sup>9</sup>.

Nossa observação, ao longo dos anos, no Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde acompanhando capacitações de profissionais de saúde bem como os relatos das mulheres vivendo com HIV e AIDS, aponta que nas práticas de saúde ainda predomina uma visão fragmentada do corpo centrada no aparelho reprodutivo feminino e na sexualidade feminina dissociada da sexualidade masculina, o que reforça a necessidade de se refletir sobre a formação e a prática dos profissionais de saúde<sup>10</sup>. É o que faremos a seguir.

### **A prática do profissional de saúde e o cuidado à saúde**

Em 1983, a partir da mobilização do movimento de mulheres e de setores da saúde, implantou-se, no Brasil, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), atualmente, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O PAISM representou um novo ciclo na saúde da mulher brasileira, pois se rompeu com a visão materno-infantil, na qual a mulher era vista apenas em sua condição de mãe, sendo o bebê o grande foco do cuidado. Na proposta do PAISM a integralidade significava colocar em pauta uma abordagem que incluía todos os ciclos de vida da mulher e não apenas o período reprodutivo. Entretanto, trabalhar os diferentes ciclos de vida na dimensão de classe, raça, geração e orientação sexual continua sendo um

desafio para os profissionais de saúde. Tanto a formação quanto as práticas dos profissionais de saúde ainda estão longe de inserir essa visão no cotidiano das ações de cuidado à saúde de homens e mulheres. Os avanços da ciência médica deram-se, majoritariamente, no campo da reprodução, tanto na concepção quanto na contracepção, reafirmando a histórica visão sobre o corpo feminino: a de um corpo designado para a maternidade. Essa visão, evidentemente, continua fortemente representada nas práticas dos profissionais de saúde.

Atreladas a essa visão de corpo designado para a maternidade estão algumas simbologias da sexualidade masculina e feminina, tais como: dominação e submissão, ativo e passivo. A idéia de que na relação sexual o homem domina e a mulher se submete, de que o homem é o ativo e a mulher a passiva e de que o homem “possui” a mulher, faz parte das representações individuais e coletivas sobre a sexualidade masculina e feminina da nossa sociedade. Tendo em vista que os profissionais de saúde fazem parte dessa sociedade que produz e reproduz simbologias sexuais e que suas histórias de vida foram e continuam sendo configuradas pelo universo das representações da sociedade em que vivem, é de se supor que suas práticas de saúde sejam fortemente influenciadas por essas simbologias.

A questão que se coloca é se as práticas dos profissionais de saúde orientadas por essas simbologias contribuem para aumentar as vulnerabilidades femininas à infecção pelo HIV. Diríamos que sim, pois, uma representação de sexualidade feminina fortemente associada à maternidade e a relações estáveis heterossexuais dificulta a adoção de uma abordagem mais ampla sobre o corpo

feminino e sobre as práticas de saúde, sejam elas as práticas do cuidado dos profissionais de saúde ou as práticas de organização dos serviços de saúde.

Desde a segunda metade do século passado ampliou-se o conceito de saúde. A saúde deixou de ser considerada apenas como ausência de doença e passou a incorporar o conceito de bem estar físico e mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”<sup>11</sup>. O mesmo ocorreu com os conceitos de saúde materna, saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva e, mais recentemente, com os conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos. A incorporação de todos esses conceitos no debate sobre a saúde da mulher foi significativa para o entendimento do que venha a ser o cuidado à saúde da mulher. Graças ao forte envolvimento de representantes do movimento de mulheres, dos profissionais de saúde, dos gestores e estudiosos da academia, esses conceitos estão, hoje, inseridos no âmbito dos direitos humanos, e têm contribuído tanto para a formulação de políticas públicas como para a ampliação e o aprofundamento de pesquisas sobre a saúde da mulher. Nesse contexto, a abordagem de gênero e raça tem sido fundamental. Houve, sem dúvida alguma, um grande avanço no campo teórico, entretanto, o grande desafio continua sendo a inclusão desses conceitos nas práticas de cuidado à saúde, tanto pelos gestores e profissionais de saúde quanto pelas próprias mulheres.

A representação social e cultural de sexualidade e do corpo feminino tem significados associados à imagem de pureza

da maternidade, por um lado, e de pecado e promiscuidade, por outro. Em outras palavras, como se diz no dito popular, há dois tipos de mulheres: a santa e a pecadora. Essas imagens estão presentes nas práticas de saúde dos profissionais quando atendem às mulheres casadas ou em relações estáveis, limitando as abordagens de prevenção e cuidado ao corpo biológico e suas manifestações clínicas ou a sinais e sintomas de adoecimento enquanto saúde reprodutiva. Acontece que no tratamento das doenças sexualmente transmissíveis essa abordagem restrita ao corpo biológico e relacionada ao âmbito reprodutivo pode significar limitações ao cuidado da saúde sexual, uma vez que tratar os sintomas de uma DST sem discutir as vulnerabilidades (individual e social) que expuseram as mulheres ao risco de adquirir as DST pode aumentar a chance de adquirirem novamente uma DST, ou mesmo o HIV. Silenciar sobre a DST e tratá-la como infecção ginecológica, sem fazer relação com a prática sexual, pode aumentar a vulnerabilidade feminina às DST. Não basta tratar o corpo biológico, é fundamental que os profissionais de saúde dialoguem com suas pacientes e procurem identificar quais práticas sexuais e que contextos podem ter sido determinantes para adquirir a DST ou o HIV.

Desde o início da década de 90, os dados epidemiológicos do Brasil e do mundo apontaram para um crescimento da epidemia de AIDS entre as mulheres. O crescimento da epidemia tornou-se mais diferenciado entre homens e mulheres: sendo cerca de nove vezes maior entre as mulheres nos últimos 15 anos <sup>12</sup>. A feminização da AIDS trouxe à tona aspectos da vivência sexual de homens e mulheres, portanto aspectos das suas vidas

privadas, como, por exemplo, os diferentes comportamentos sexuais – homo, hetero e bissexual, as diferentes práticas sexuais - anal, oral e vaginal, as desigualdades nas relações de gênero - ativo/ passivo, dominador/submisso. Enfim, a feminização da AIDS contribuiu para que as dimensões de corpo e sexualidade fossem contempladas não apenas no campo biológico senão também no campo cultural. Como incorporar a dimensão cultural nas práticas de saúde? Como se dá o atendimento e como é feita a abordagem sobre riscos e cuidados à prevenção das DST junto às mulheres pelos profissionais de saúde?

Os corpos masculinos e femininos são o lócus das experiências e vivências sexuais. Eles expressam e refletem as normas, os valores e a moral da sociedade a que pertencem. São corpos físicos carregados de representações sociais e culturais, são sujeitos e objetos nas práticas sexuais. O corpo e a sexualidade feminina têm sido associados ao recato e à maternidade. Nesse sentido, o corpo feminino tem sido o lócus natural para justificar os comportamentos sexuais das mulheres aliados ao seu papel social de 'mãe'. A sexualidade feminina tem sido e ainda é cercada de silêncios que vão desde a menarca até a menopausa. As mulheres são educadas para controlar seus desejos e ocultar suas experiências. Já a sexualidade masculina tem sido destacada e valorizada e dos homens se espera que contem sobre suas conquistas e seu desempenho sexual.

Os discursos médicos, ao reafirmarem os tradicionais papéis femininos e masculinos: de reprodutora e produtor, de passiva e ativo acabam por contribuir para aumentar a vulnerabilidade feminina por reafirmarem uma visão do cuidado à saúde baseada nesses

estereótipos sem relacionar as práticas sexuais diferenciadas de homens e mulheres aos riscos para as DST e o HIV.

Hoje, já podemos contar com profissionais de saúde abordando a questão da sexualidade como um direito ao prazer, valorizando a saúde mental e psicológica dos seus pacientes. No entanto, boa parte dos cuidados preconizados para a saúde das mulheres continua focada no exercício de manter a mulher saudável para o exercício da maternidade, e no exercício de manter o homem saudável enquanto trabalhador. De fato, boa parte dos profissionais de saúde que atendem as mulheres vê apenas o corpo biológico e prescreve tão somente cuidados terapêuticos para tratar os adoecimentos sem abordar as causas desses adoecimentos. Muitos profissionais não sabem tratar as infecções do trato reprodutivo e, portanto, são incapazes de reconhecer os sinais e sintomas das doenças sexualmente transmissíveis. O diagnóstico tardio de AIDS para as mulheres casadas ou em relações estáveis, muitas vezes, é fruto da representação social da imagem da mulher santa (pura), e da não consideração das diferentes práticas sexuais nas relações entre os casais. Os exames ginecológicos quando apresentam sinais ou sintomas de DST, muitas vezes, são tratados como infecções ginecológicas. Há um silêncio sobre as DST sob o argumento de não se envolver na intimidade do casal, ou seja, falar sobre a DST exige abordar sobre parceiros, sobre as diferentes práticas sexuais, como sexo anal ou oral, e isso seria 'invadir' a privacidade do casal.

Outra questão contraditória sobre a sexualidade feminina e que o advento da AIDS trouxe à tona é o direito reprodutivo

das mulheres vivendo com HIV. Mesmo com os avanços da medicina para a redução da transmissão vertical, há uma ‘condenação’ ou ‘culpabilização’ das mulheres HIV positivas que engravidam, particularmente, as que já conhecem o seu diagnóstico e desejam a maternidade. Há profissionais de saúde que indicam e realizam a esterilização feminina como ‘alternativa’ para as mulheres HIV positivas.

Apesar do novo cenário trazido pela epidemia de AIDS, as políticas de saúde e o cuidado à saúde continuavam e continuam a priorizar a sexualidade reprodutiva para as mulheres e a homossexualidade para os homens no que se refere à prevenção da infecção pelo HIV. A principal política de prevenção ao HIV para as mulheres era a prevenção da transmissão vertical – de mãe para filho – e os cuidados eram direcionados para o bebê, para prevenir que ele nasça com o vírus HIV.

Como vimos anteriormente, a Política de Saúde para as Mulheres apesar dos avanços conceituais ainda continua priorizando na prática a atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo.

Mais recentemente, em 2007, foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST<sup>12</sup> pelo Governo Federal, envolvendo os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, do Esporte e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que sem dúvida nenhuma representou um avanço para a consolidação de uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de AIDS entre mulheres no Brasil. Este plano prevê, entre outras questões, ações

de capacitação voltadas para os profissionais de saúde, ações educativas voltadas para mulheres e jovens, e a articulação com outras políticas sociais para ampliar a informação sobre prevenção às DST e HIV/AIDS. Ampliar a compreensão da AIDS para além do setor saúde é importante para avançar na prevenção da doença, entretanto ainda há uma caminhada a ser reforçada junto à área de saúde, particularmente junto aos gestores e profissionais de saúde, que é a reorganização da atenção à saúde, tanto no campo da estruturação dos serviços de saúde quanto na formação dos profissionais de saúde para que o cuidado à saúde seja de fato integral e humanizado, que considere os indivíduos e os contextos onde e como acontecem os adoecimentos. O cuidado tem sido um dos temas mais relevantes para pensar saúde como cidadania e direito. Para tanto, não se pode restringi-lo à concepção do curar e do tratar, é preciso ressignificá-lo como acolhimento e promoção à saúde. Acolhimento pressupõe se colocar no lugar do outro, permitir que o outro seja sujeito também do cuidado <sup>13</sup>.

As práticas de saúde têm priorizado ações da saúde reprodutiva das mulheres como o pré-natal e as salas de planejamento familiar. Essa visão foca as ações de cuidado à saúde para a mulher no comportamento individual, como responsabilidade feminina, no seu papel social de mãe, tornando invisível as relações e os parceiros que interagem com essa mulher, não percebendo as vulnerabilidades que possam existir nos contextos de vida da mulher, incluindo as suas práticas sexuais. Ou seja, os serviços estão organizados para atender às mulheres e suas ações de cuidado estão voltadas para as mulheres, não existe uma porta de entrada para o cuidado à saúde sexual

e reprodutiva dos homens. Essa invisibilidade masculina reforça a idéia de que cabe à mulher o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, não favorecendo uma abordagem relacional entre a prática sexual feminina e a masculina, e seus possíveis riscos e vulnerabilidades para as DST e o HIV.

Muitas vezes o cuidado prescrito não considera ou não reconhece a realidade da vida do paciente e a representação que ele tem sobre saúde. Exemplo claro dessa situação é a recomendação do uso do preservativo para as mulheres nas relações sexuais com seus parceiros. A assimetria existente nas relações entre homens e mulheres, especialmente, nas relações estáveis dificulta essa negociação para o uso da camisinha. E se considerarmos que parcela dessas mulheres pode ser vítima de violência sexual e/ou doméstica por parte de seus parceiros, maior ainda a dificuldade para o uso da camisinha. Estudo realizado por Santos<sup>14</sup> constatou que 22,1% das mulheres soropositivas para o HIV informaram que sofreram violência sexual e 21% já haviam tido DST anteriormente, mas os profissionais de saúde não percebem essa informação como vulnerabilidade para infecção para o HIV, mesmo quando a violência é verbalizada pelas mulheres.

A ausência do conhecimento dos profissionais de saúde sobre a dimensão social e cultural de corpo e sexualidade nas práticas sexuais das mulheres e a não percepção da assimetria subjacente nas relações de gênero acabam por contribuir para aumentar a vulnerabilidade feminina à AIDS, pois nas ações de cuidado à saúde, as mulheres não são informadas sobre os riscos para DST e HIV a partir de suas práticas sexuais e de

seus parceiros. Eis o desafio de se inserir a abordagem de gênero e de representações sociais na formação e nas práticas de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso objetivo foi refletir sobre as práticas do cuidado dos profissionais de saúde e as práticas de atenção à saúde das mulheres e observar o quanto as representações de corpo e sexualidade interferem e influenciam essas práticas favorecendo ou não o aumento da vulnerabilidade feminina ao HIV e AIDS.

Nossa reflexão sobre as representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde e dos serviços de atendimento à saúde da mulher reforçou os argumentos já conhecidos de que, no serviço de atendimento à saúde da mulher, prevalecem representações de corpo e sexualidade associados à reprodução, sendo a maternidade caracterizada como a expressão preponderante da sexualidade feminina.

As práticas de saúde, desde a organização dos serviços até o cuidado à saúde, têm priorizado ações voltadas à saúde reprodutiva das mulheres. As práticas de saúde têm sido um espaço de medicalização do cuidado a partir do saber médico majoritariamente restrito ao corpo biológico com foco na saúde reprodutiva. Há pouco espaço para uma abordagem na qual a mulher é vista no contexto de sua vida considerando a assimetria das relações de gênero, a simbologia de ser feminino na sociedade e as possíveis vulnerabilidades no exercício da sua sexualidade. Há uma visão quase generalizada de que a sexualidade feminina se reduz à função reprodutiva.

Exemplo claro dessa situação é a

recomendação para as mulheres do uso do preservativo nas relações sexuais com seus parceiros. As mulheres encontram uma enorme dificuldade para negociar o uso do preservativo com o parceiro, e essa dificuldade também é notada quando elas tentam convencer o parceiro a realizar o teste para HIV. Nesse sentido, é imprescindível que se reflita como as práticas de saúde podem contribuir para incluir os homens nos serviços de saúde, como podem sensibilizá-los para o cuidado à saúde sexual e reprodutiva.

Os profissionais de saúde vêm na mulher a única responsável em convencer o seu parceiro de que o uso da camisinha é imprescindível, o que revela quão pouca é a reflexão sobre as dificuldades que as mulheres, sobretudo as casadas e em relações estáveis, têm de negociar com o seu parceiro. Há uma desconsideração do fato de que muitas delas possam ser vítimas de violência sexual e/ou doméstica por parte de seus parceiros <sup>14</sup>.

Entre os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade feminina ao HIV destacamos: (i) a falta de conhecimento e não apropriação da dimensão social e cultural de corpo e sexualidade nas práticas sexuais das mulheres, (ii) o não reconhecimento da assimetria subjacente nas relações de gênero entre homens e mulheres, (iii) a não consideração do contexto em que as práticas sexuais se dão, (iv) a não abordagem junto às mulheres negativas que chegam ao serviço de saúde para outros atendimentos, sobre as vulnerabilidades femininas para o HIV; (v) o não reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, de que o lugar de atendimento também possa ser um lugar de educação em saúde; (vi) a ausência de espaços de interação para que os

diferentes profissionais de saúde que atendem as mulheres possam trocar informações e discutirem sobre as ações de cuidado e de prevenção considerando a integralidade da atenção à saúde.

Ao não abordarem sobre as práticas sexuais, os contextos em que elas acontecem, e a própria representação da doença associada às representações de corpo e sexualidade da sociedade e das mulheres, os profissionais de saúde fragilizam a possibilidade das mulheres perceberem suas vulnerabilidades e adotarem práticas sexuais mais seguras.

Considerar a abordagem de corpo e sexualidade na dimensão de gênero é fundamental para perceber as diversas vulnerabilidades femininas para o HIV. Abordar os cuidados para a prevenção do HIV junto às pessoas que não estão infectadas é fundamental para o controle da epidemia.

Concluimos que para diminuir a vulnerabilidade feminina ao HIV e à AIDS as representações de corpo e sexualidade dos profissionais de saúde e dos serviços de atenção à saúde da mulher devem ser objeto de profunda reflexão e que é de extrema importância repensar o olhar sobre o cuidado nas práticas de saúde.

É fundamental uma maior e mais efetiva interação entre as práticas de saúde e a formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde. Construir a ponte entre o saber (formação) e o fazer (práticas de saúde), entre ensino e serviço, tão necessário para melhorar as ações de cuidado e de promoção à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Sontag S. Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
2. Souto K. Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/ Aids [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Sociologia; 2010.
3. Barbará A, Sachetti VAR, Crepaldi MA. Contribuições das representações sociais ao estudo da Aids. *Interação em Psicologia*. 2005;9(2):331-9.
4. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5a. ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 41.
5. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5a. ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 62-3.
6. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5a. ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 34-7.
7. Parker R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. São Paulo: 34; 2000.
8. Pierret J. Elementos para reflexão sobre o lugar e o sentido da sexualidade na sociologia. In: Loyola MA, organizadora. *A Sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUER; 1998. p. 49-68.
9. Pitanguy J. Sexo e sexualidades. In: *Saber médico, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: CEPIA; 1998. p. 139-48. (Cadernos Cepia; 4)
10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 104 p. (Manuais; 57).
11. Galvão L, Díaz J, organizador. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Population Council; 1999. p. 167.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DSTs. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 29 p.
13. Aires JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83.
14. Santos N, et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25 suppl. 2:S321-S33.

Artigo apresentado em: 06/02/2011  
Aprovado em: 25/03/11