

## AIDS, DROGAS E “SER MULHER”. RELATOS DE MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV

*AIDS, DRUGS AND “TO BE A WOMAN”. SOME HIV SEROPOSITIVE WOMEN’S REPORTS*

Fabiana Gaspar Franco<sup>1</sup> & Marco Antonio de Castro Figueiredo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga. <sup>2</sup>Docente. Departamento de Psicologia e Educação Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.  
CORRESPONDÊNCIA: Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo - Av. dos Bandeirantes, 3900 - CEP 14.040-901 Ribeirão Preto - SP. fone (16) 602-3726, e- mail: fmarcoacf@usp.br home page: <http://papsi.ffclrp.usp.br> e-mail: [fab\\_i\\_franco@hotmail.com](mailto:fab_i_franco@hotmail.com)

FRANCO FG & FIGUEIREDO MAC. Aids, drogas e “ser mulher”. Relatos de mulheres soropositivas para o HIV.  
**Medicina, Ribeirão Preto, 37:** 106-116, jan./jun. 2004.

**RESUMO:** Tendo em vista o *status* subprivilegiado e a vulnerabilidade social da mulher, foram entrevistadas dez usuárias de drogas injetáveis, portadoras do HIV/Aids, atendidas na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (U.E.T.D.I.), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. As entrevistas, semi-estruturadas, enfocaram categorias temáticas *a priori*, complementadas por relatos sobre histórias de vida. Uma análise de conteúdos permitiu o levantamento de algumas representações sobre os temas enfocados: a) para ser mulher, foram identificados conteúdos relacionados à *vulnerabilidade ao contágio por HIV, naturalização do papel feminino e resistência à subordinação*; b) com respeito ao convívio com o HIV/Aids, conteúdos sobre *banalização do contágio, estigma, perdas sociais/materiais, reconstruções e sentimentos adversos*; c) relacionado a ser usuária de drogas injetáveis, representações sobre *fuga à realidade, dependência e valorações negativas a respeito do desamparo*. Tais resultados são discutidos com a perspectiva de subsidiar a orientação de futuros programas de orientação e suporte, considerando a vulnerabilidade feminina, principalmente quanto ao uso de drogas ilícitas e ao contágio por HIV/Aids.

**UNITERMOS:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Identidade de Gênero. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

### 1- INTRODUÇÃO

Dados do Ministério da Saúde (2002)<sup>(1)</sup> apontam que, no Brasil, desde 1980, ocorreram 257.780 casos de aids, com incidência 2,54 vezes maior em pessoas do sexo masculino. Em 2002, com 9495 casos novos, essa incidência diminuiu para 1,74 vezes. Segundo Bastos & Szwarcwald (1998),<sup>(2)</sup> a epidemia de aids resulta do processo de difusão de um agente causal através de redes de interação. Por abordar fenômenos que têm lugar a meio caminho entre sujeito e formações sociais, a compreensão dessas redes sociais revela-se útil para a avaliação de uma epidemia

que se firma quase que invariavelmente nas relações íntimas. Além disso, outros fatores, como a velocidade e a intensidade em que essa difusão se dá, potencializam os efeitos dessas redes de interação e seus canais de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.

Esse ponto de vista é bastante forte, em se tratando de usuários de drogas ilícitas, injetáveis, somado ao fato de essa epidemia se “difundir de forma claramente direcional, tanto no espaço macrossocial e geográfico, segundo padrões microestruturais, decorrentes da seletividade das interações sexuais e do uso compartilhado de drogas ilícitas, injetáveis (p.70)”<sup>(3)</sup>.

A exposição ao HIV se dá via partilha de seringas e relações sexuais com seus parceiros. Esse segmento social pode ser considerado de maior risco à infecção pelo HIV, dada sua interação específica mais intensa e seletiva que nas outras redes sociais.

Segundo Pontes (1991),<sup>(4)</sup> as drogas podem atuar de duas formas na transmissão do vírus: direta, via partilha de seringas e, indiretamente, pela não utilização de preservativos. Para Andrade (1994),<sup>(5)</sup> o uso de drogas estaria relacionado a motivações e significados carregados de afeto, como a maximização do prazer ou a amenização da dor. E, enquanto artifício para a busca do prazer, a droga ganha significados que perdem a naturalidade da relação da pessoa consigo mesma e com os outros.

Além disso, segundo o mesmo autor, os usuários são marginalizados devido à criminalização da droga. Seu isolamento social deriva do estigma, do qual são objetos, obrigando-os a buscar respaldo em uma percepção própria de realidade, estruturada no interior de uma subcultura. A criminalização do tráfico de drogas leva o usuário a conviver na clandestinidade, tornando-o vítima de corrupção, roubo, violência física e da própria lei, o que leva muitos à marginalidade e morte precoce. E, nesse contexto, o clima persecutório, interiorizado pelo usuário, dificulta a adoção de práticas preventivas às DST/aids<sup>(5)</sup>.

O fechamento, nos grupos de Usuários de Drogas Ilícitas (UDI), é um complicador à prevenção, uma vez que são construídos significados auto-referentes, com costumes e éticas próprias. Segundo Fernandez (1994),<sup>(6)</sup> as regras, na cultura da droga, são criadas por hábitos de consumidores, transmitidas por gerações, no cotidiano das relações informais, ligadas à autoproteção, confiança, solidariedade, proximidade e intimidade. Nos grupos, a partilha de seringas tem significado de marca comum, segredo, reciprocidade, cumplicidade e uma idéia de fusão dos sujeitos, envolvidos numa relação simbiótica, mediada pela droga.

A cultura da droga, seu contexto sociocultural, as diferenças farmacológicas entre as substâncias e a freqüência de consumo possibilitam a observação de alguns aspectos na epidemiologia do HIV na rede de usuários de drogas ilícitas, injetáveis. Já no início dos anos 90, Pontes (1991)<sup>(4)</sup> adiantava uma perspectiva de mudanças do vetor epidemiológico da aids na região de Ribeirão Preto, apontando para um aumento significativo da infecção pelo HIV entre usuários de drogas ilícitas, endovenosas, colocando-a como a principal categoria de transmissão na Região.

O crescente número de novos casos de HIV/aids, notificados, no Brasil, entre usuários de drogas, ilícitas, injetáveis depende, principalmente, do aumento de homens contaminados por essa via, o que faz com que se expanda o risco da transmissão sexual para as parceiras. Porém, cabe ressaltar o aumento, nos últimos cinco anos, de casos notificados entre uma fração minoritária, mas expressiva, de mulheres usuárias de drogas ilícitas, injetáveis.<sup>(1)</sup>

As características das mulheres usuárias de drogas ilícitas, injetáveis são pouco conhecidas, devido à predominância de homens com esse comportamento, constituindo uma cultura predominantemente masculina, envolvendo ações preventivas, ligadas a esse sexo. Torna-se, pois, necessária a concepção de programas adequados às necessidades das mulheres, inserindo-as nas propostas de prevenção. Neste sentido, o presente estudo é uma tentativa para identificar, em relatos de mulheres usuárias de drogas ilícitas e soropositivas para o HIV, alguns elementos subsidiários ao desenvolvimento de Programas de Prevenção e Orientação em DST/aids, dirigidos para esse segmento social.

## 2- MÉTODO

### 2.1- Sujeitos

O estudo foi feito com dez mulheres soropositivas para o HIV, usuárias de drogas ilícitas, injetáveis, atuais ou em remissão, atendidas na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (U.E.T.D.I.) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. As mulheres participantes da pesquisa foram selecionadas com base em encaminhamentos realizados na pós consulta do Serviço Social do Ambulatório da U.E.T.D.I. A pesquisa foi submetida à Comissão de Normas Éticas do Hospital e um termo de Consentimento Informado, lavrado pelos pesquisadores e sujeitos da pesquisa, foi assinado, garantindo os princípios éticos do levantamento de dados.

### 2.2- Procedimento

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas sobre as seguintes categorias *a priori*:

1. Concepções sobre ser mulher.
2. Concepções sobre conviver com o HIV/aids
3. Concepções sobre o uso de drogas

Tais categorias foram escolhidas, por representarem o contexto e o direcionamento de futuros trabalhos de intervenção, objetivos da pesquisa em questão. Além disso, constituem importantes fontes de significados sobre a realidade dos sujeitos. Para implementar a coleta de dados, foram realizados levantamentos sobre histórias de vida, objetivando, além de facilitar o *rapport* com os sujeitos, colher subsídios para a contextualização da discussão dos resultados. Dessa forma, a coleta de dados foi realizada em duas etapas.

#### A. Relatos sobre histórias de vida

Após breve *rapport* com o sujeito, foi solicitado que se fizesse um relato sobre sua história de vida, tomando-se como referência as questões relacionadas com os objetos da pesquisa, ou seja, considerando os acontecimentos mais importantes de sua vida, que, segundo o sujeito, poderiam estar relacionados ao uso de drogas e ao contágio pelo HIV.

#### B. Entrevistas semi-estruturadas

Foram feitas de acordo com a proposta de Figueiredo (1998),<sup>(7)</sup> visando maximizar a autenticidade dos relatos, para que os enunciados do sujeito pudessem ser baseados em conteúdos que ele próprio suscitava. Tal processo foi desenvolvido nas três etapas relacionadas a seguir.

- **Evocação:** referindo-se a uma das categorias estudadas, era solicitado à pessoa que pensasse, durante um tempo determinado, a respeito de alguns aspectos que julgasse importantes.
- **Enunciação:** posteriormente, o entrevistador entregava lápis e papel, para que o entrevistado escrevesse o que havia pensado na etapa anterior; nos casos em que houvesse dificuldades para o sujeito escrever, era solicitado que falasse, com as próprias palavras, o que pensara, e o entrevistador transcrevia, *ipsis literis*, o enunciado emitido.
- **Averiguação:** partindo dos enunciados, as entrevistas eram complementadas, verificando-se cada uma das enunciações, em particular, e a etapa foi gravada em fita cassete, comum, para transcrição e posterior análise de conteúdo.

#### Análise de Conteúdo dos Enunciados

Foi realizada, a partir de uma série de etapas: identificação e discussão dos enunciados para agrupá-

los em categorias comuns; inclusão dos conteúdos comuns a todos os sujeitos em categorias temáticas; estudo das categorias temáticas com base em análise de conteúdos sobre as transcrições. O procedimento consistiu de itens relatados a seguir.

- A. Leitura Inicial:** foram realizadas leituras, em profundidade, sobre as transcrições das entrevistas, no sentido de identificar os trechos pertinentes, relacionados às categorias previamente determinadas.
- B. Marcação:** os trechos identificados pela leitura inicial, além de outros conteúdos considerados importantes, foram assinalados, destacando-os no texto das transcrições para posterior análise de conteúdos.
- C. Corte:** os trechos selecionados foram retirados do texto transcrito e dispostos, por sujeitos, em Protocolos de Análise, especialmente concebidos para que se realizassem notações marginais a respeito do material coletado.
- D. Notação:** foram realizadas observações marginais para cada trecho, e cada trecho foi discutido, com o objetivo de ser localizado na literatura e no contexto da entrevista.
- E. Junção:** os trechos assim processados foram agrupados segundo as Categorias Temáticas, ou seja, os enunciados comuns para diversos sujeitos foram reunidos em um mesmo protocolo, para discussão e redação final do trabalho.

Estudos complementares dos relatos sobre a *origem do contágio e a manutenção ou não do uso de drogas* foram feitos, com base no teste para duas proporções, tomando-se  $p < .05$  para a rejeição da hipótese de igualdade, onde,

$$Z_p = \frac{p - q}{\sqrt{\frac{p \times q}{n}}}$$

onde: **p** é a proporção de ocorrências do evento testado,

**q** é a proporção inversa ( $1 - p$ ),

**n** é o número de observações realizadas.

### 3- RESULTADOS

Considerando os dados demográficos das mulheres entrevistadas, foram verificados alguns elementos característicos, cuja síntese pode ser observada na **Tabela I**.

**Tabela I: Dados demográficos dos sujeitos e respectivas proporções de incidência.**

Categoria	Idade			Estado Civil			Ocupação		Nº de Filhos		
	>25	26/35	<35	Solteiro	Casado	Separado	Do lar	Outra	0	1 ou 2	3
Car	>25	26/35	<35	Solteiro	Casado	Separado	Do lar	Outra	0	1 ou 2	3
N	2	6	2	4	2	4	6	4	2	6	2
p	.20	.60	.20	.40	.20	.40	.60	.40	.20	.60	.20

N = Número de sujeitos; p = proporção de sujeitos em cada Característica; Car = Características Demográficas.

**Tabela II: Status dos sujeitos quanto ao tempo de soropositividade ao HIV, forma de contágio e remissão no uso de drogas ilícitas.**

Categoria	Tempo de Soropositividade (anos)			Forma de Contágio		Drogas Atualmente	
	-6	6/10	+10	Sexual	Droga	Sim	Não
Cat	-6	6/10	+10	Sexual	Droga	Sim	Não
N	6	2	2	9	1	2	8
p	.60	.20	.20	.90	.10	.20	.80

N = Número de sujeitos; p = proporção de sujeitos em cada Categoria;

Cat = Categorias de análise. - 6 = menos de seis anos; +10 = mais de dez anos.

Quanto ao *status* das mulheres sobre tempo de soropositividade ao HIV, forma pela qual contraíram o vírus e remissão ou não do uso de drogas ilícitas, os resultados estão na **Tabela II**.

Podemos observar, para algumas categorias das tabelas anteriores, que o intervalo modal da *idade* das mulheres variou entre 31 e 35 anos e, para *ocupação*, prevaleceram mulheres "do lar". O *tempo de soropositividade* saliente foi entre um e cinco anos, e a maioria das mulheres não tiveram mais de dois filhos.

Com referência à *relatada origem do contágio e manutenção do uso de drogas*, mesmo considerando o número pequeno de observações, o teste para diferenças entre duas proporções mostrou prevalência da *via sexual* (.90 > .10; Zp = + 8.42; >.001) e de mulheres que *não mais se utilizam de drogas* (.80 > .20; Zp = + 4.21; >.001).

Quanto aos relatos sobre as três categorias previamente estabelecidas, a análise de conteúdo das entrevistas permitiu a identificação de algumas Categorias Temáticas sobre *ser mulher, viver com HIV/aids e ser usuária de drogas*. Os **quadros 1, 2 e 3**, a seguir, apresentam os resultados da análise realizada.

#### **Quadro 1: Categorias Temáticas identificadas nos relatos das mulheres sobre a Categoria a priori I - Ser Mulher**

##### **Categoria I: Concepções sobre ser mulher**

**1. Vulnerabilidade Feminina (N=2; P= .20)** - Aspectos que predispõem às vicissitudes da exclusão de gênero, fragilizando a mulher, tornando-a mais suscetível à violência e às moléstias, inclusive à infecção pelo HIV.

**2. Naturalização do papel feminino (N=6; P= .60)**-- Falsa percepção de uma realidade mutável, que é eternizada e vista como determinada *a priori*. Visão contemplativa das relações de Gênero, tornando-as parte da natureza das coisas. Envolve representações a respeito de razões necessárias sobre o papel de subordinação da mulher.

**3. Resistência (N=4; P=.40)** - Busca de superação de limites impostos pela dominação do masculino, resistindo à perseverança do poder do homem nas relações de gênero.

**Quadro 2: Categorias Temáticas identificadas nos relatos das mulheres sobre a Categoria *a priori* II - Conviver com o HIV/aids**

**Categoria II: Concepções sobre *conviver com o HIV/aids***

**1. Banalização/Minimização (N=4; P=.40)** - Avaliações que buscam um contraponto moderador à ênfase que, via de regra, é dada no caráter trágico da infecção pelo HIV.

**2. Preconceito/Estigma (N= 5; P=.50)** - Concepções *a priori* a respeito do contágio por HIV/aids e as pessoas acometidas pela infecção e que determinam um tipo de caráter que justifica a exclusão social. Estão relacionadas com sentimentos de rejeição, decorrentes do medo, desinformação e pré-concepções por parte de outras pessoas ou delas próprias.

**3. Perdas (N=5; P=. 50)** - Relacionadas às mudanças e defecções no relacionamento social mais próximo, decorrentes da descoberta da soropositividade ao HIV, assim como aos prejuízos no âmbito profissional e do trabalho.

**4. Reconstruções (N=1; P=.10)** - Estão ligadas aos ganhos originados no enfrentamento à aids e na experiência decorrente do convívio com o HIV.

**5. Sentimentos Adversos (N=6; P=.60)** - Referem-se aos estados subjetivos, decorrentes do desgaste ocasionado pelo convívio e o enfrentamento do HIV.

**Quadro 3: Categorias Temáticas, identificadas nos relatos das mulheres sobre a Categoria *a priori* III - Ser usuária de drogas ilícitas**

**Categoria III: Concepções sobre *ser usuária de drogas ilícitas***

**1. Valoração Negativa (N=7; P=.70)** - Referência aos aspectos prejudiciais do uso de drogas ilícitas e suas consequências maléficas sobre as pessoas.

**2. Fuga/Desamparo (N=2; P=. 20)** - Referência a alguns problemas de convívio social, relacionados ao uso de drogas, envolvendo afastamento, menosvalia e falta de apoio para enfrentar as condições de vulnerabilidade, determinadas pelo uso de drogas.

**3. Ilusão (N= 4; P=.40)** - Referência a experiências de busca de um mundo irreal, para solucionar problemas que fazem parte da realidade.

**4. Dependência (N=6; P=. 60)** - Constatação da absoluta subordinação ao vício e suas decorrências para o convívio com a normalidade, a auto-determinação e exercício das rotinas mais elementares da vida diária.

## 4- DISCUSSÃO

Um aspecto interessante, que poderíamos apontar, em primeiro lugar, considerando as características das pessoas com que se fez o estudo, avaliadas *ex post facto* pelas *histórias de vida*, foi uma configuração na qual prevaleceram as notificações do contágio pelo HIV via *relações sexuais*. Se levarmos em consideração que o grupo de pessoas participantes foi constituído por *mulheres usuárias de drogas*, uma característica dos sujeitos deveria ser a associação do uso ao contágio pelo HIV. Entretanto, se levarmos em conta que a atribuição de causalidade do contágio foi verificada com base em relatos verbais de histórias de vida, podemos considerar os dados como *forma percebida de contágio*. Observando esse fato à luz da vulnerabilidade feminina ao HIV/aids, podemos notar que, independente da percebida forma de contágio, todas as mulheres com as quais se realizou o estudo, já eram, ou ainda são, usuárias de drogas injetáveis, o que, segundo Pontes, <sup>(4)</sup> é um potencializador do contágio ao HIV via relações sexuais.

Uma hipótese para o fato de a maioria das mulheres terem atribuído o contágio pelo HIV às relações sexuais, seria o *status* de ilegalidade e exclusão social do usuário de drogas, e as dificuldades que as pessoas teriam para se expor, reconhecendo, no uso ilícito de drogas, a origem do contágio. Isto estaria coerente com o fato estigmatizante do uso de drogas, que envolve concepções sobre desvios de conduta e marginalidade.

Segundo Bastos (1999),<sup>(8)</sup> a visão que a sociedade tem da mulher usuária de droga, e a visão que os próprios usuários têm, é muito mais negativa do que a visão em relação ao homem, o que nos leva a pensar no fato como uma possível justificativa para a maioria das mulheres ter relatado a forma de contágio pela via sexual. Considerando a interpretação de alguns resultados, os relatos de histórias de vida permitiram verificar alguns conteúdos.

Com relação a **Concepções sobre ser Mulher**, uma primeira subcategoria temática se refere à **Vulnerabilidade Feminina**. Aqui, os conteúdos se relacionam ao desequilíbrio da correlação de forças entre homens e mulheres como, por exemplo, o papel de proteção, a assertividade dos primeiros e a proteção sugerida, a fragilidade e as menores oportunidades de trabalho das segundas. Neste ponto, a vulnerabilidade feminina é vista, pelas mulheres estudadas, somente no plano das relações de gênero, perdendo-se

outros determinantes, como a pauperização, a disponibilidade de recursos e outras questões que envolvem aspectos culturais, sociais e econômicos, além de questões anatômicas e de constituição física. Alguns depoimentos mostram a ênfase na fragilidade da mulher:

“*Na rua, ser mulher é ruim. Você tem que arrumar uma pessoa pra te defender, arrumar um namorado, porque homem é mais forte que mulher, sempre...*” ( Sujeito 1)

“*...homem é muito mais forte, porque mulher não, qualquer coisinha....e essa fraqueza que a mulher tem, qualquer coisinha ela aceita.*” (Sujeito 4)

Para esses sujeitos, a vulnerabilidade está representada na falta de recursos para se defender e a importância de um companheiro que fizesse, às vezes, o papel de defensor. O fato de tais pessoas terem vivido a maior parte de suas vidas na rua, sem a construção de vínculos socioafetivos, parece contribuir para a naturalização do masculino, enquanto provedor de defesa, como nos agrupamentos de animais, onde os machos têm a função de protetor. Essa naturalização, comum no discurso das mulheres, aparece de outras formas:

“*Ser mulher é uma graça de Deus, é a pessoa que foi escolhida pra ser mãe, tem a capacidade de gerar uma vida dentro de si*” (Sujeito 2)

“*Ser mulher é ser boa dona de casa, boa mãe, boa esposa...*” (Sujeito 10)

Podemos observar, nas duas locuções, um *pensamento teleológico*, voltado para uma definição cristã da maternidade, enquanto graça alcançada e que tem que ser retribuída com virtudes. Esse pensamento é muito comum na cultura brasileira em que o colonialismo português perseverou até o século passado.<sup>(9)</sup> Essa definição, por parte das mulheres, pode ser melhor compreendida, tomando-se suas histórias de vida: são duas mães que, como o sujeito 10, vêm, no cuidado com os filhos, as maiores perspectivas para o futuro:

“*Espero ficar boa logo, boa mesmo ... eu tomo todos os remédios porque eu quero viver bastante tempo ainda pra eu ver meus netos...*” (Sujeito 10)

Segundo Nolasco (1999),<sup>(10)</sup> a representação da mulher, no sistema patriarcal, tornava-a uma criatura diferente do homem tanto quanto possível. O autor complementa que o homem era representado como forte, ela fraca; ele nobre, ela, bela. Nesse contexto, ainda conforme o autor, “a representação do homem, modelo a ser perseguido no patriarcado brasileiro, pode ser reconhecida na figura do herói, um dominador absoluto das ações femininas, condicionando a existência das mulheres a uma reclusão castiça. A heroína patriarcal consegue dimensionar-se traduzindo o seu potencial de mobilidade bloqueada em uma estática que, pelos seus dons, soube tornar-se indispensável..” (P. 171)

Outra categoria temática se liga à *resistência*, relacionada à busca de superação dos limites impostos por relações de gênero, enquanto contraponto à *fragilidade feminina*:

“*É mais forte (mulher), porque o homem é muito frágil, muito fraco... às vezes eles acham que a gente que é fraca, mas não somos não.*”(Sujeito 6)

“*Ah, eu acho bom ser mulher, mulher é forte, tem fibra pra lutar, mulher é sempre corajosa, vai em frente e enfrenta as coisas, apesar das pessoas falarem que é frágil e tal, mas não é não, mulher é forte.*”(Sujeito 9)

Esse contraponto à *fragilidade feminina* parece surgir da descaracterização do papel provedor e defensor do homem, justificado pelos relatos de vida dessas duas mulheres que, abandonadas pelos parceiros, foram obrigadas a lutar sozinhas. Suas histórias de vida são pontuadas por dificuldades referentes ao cuidado com os filhos, com interrupções de gestações e adoção dos filhos por outras pessoas.

Podemos dizer que tais mulheres confrontam concepções pré-estabelecidas sobre o masculino. Necessidades determinadas pela realidade, como o abandono pelo parceiro, que nega o papel provedor, colocam-nas frente a situações emergentes, que elas têm que resolver por si próprias e, para isso, têm que construir uma outra concepção social, de mulher forte, batalhadora e corajosa.

Relacionadas à *Percepções sobre conviver com HIV/aids*, algumas categorias temáticas puderam ser observadas.

A primeira se liga à *Banalização/Minimização do contágio*, que pode ser definida como uma concepção de *normalidade*, envolvendo a manutenção

das antigas condições de vida, com a perspectiva de medicalização, ensejada pelo advento dos coquetéis:

*“É normal, sabendo levar, você vive e nem sente que tem. Só vai pensar na hora de tomar medicação, vai lembrar que tem HIV nessa hora”* (Sujeito 1)

*“Ah, é normal. As amigas, tudo normal, é tudo gente boa. Minha família, meus irmãos me trata normal, entendeu? Pra mim não tem diferença, minha sogra sabe e também me trata normal”* (Sujeito 10)

Essa “naturalização” do convívio com a aids, evidenciada nas enunciações dessas mulheres, deve ser entendida dentro das condições da vulnerabilidade feminina ao contágio pelo HIV. Se considerarmos seus relatos sobre dependência química e prostituição como recursos para obtenção de drogas e se levarmos em conta todas as dificuldades que essas mulheres enfrentaram (e ainda enfrentam) para sobreviver, podemos perceber porque conviver com o HIV/aids é considerado secundário em suas vidas.

*“O HIV hoje, se você tomar os remédios, pode viver por muito tempo. As drogas você tá arriscando a morrer a qualquer hora. Neguinho por causa de dez reais te mata. O HIV não, você toma remédio, você se trata...”* (Sujeito 4)

Segundo Ferreira (1999),<sup>(11)</sup> a banalização da epidemia da aids ocorre quando mais e mais sujeitos pauperizados adquirem o vírus e, à medida em que as questões relativas ao HIV/aids se somam às demais violências já naturalizadas, ou às outras comorbidades, seu destaque se dilui e passa a não importar. E, nesse contexto, as questões sobre HIV/aids se referem apenas a um fato a mais, a *episódios* dentro de um *estado de violência*.

Ainda no *Convívio com HIV*, foi identificada outra categoria, *Estigma/Preconceito*, referente a sentimentos de rejeição e medo, por parte de outros, ou delas próprias. Tais conteúdos foram evocados por metade das mulheres, as quais se referem à dificuldade em se conviver com o HIV, sob a ótica da discriminação sofrida:

*“Conviver com isso é difícil, as pessoas precisam saber que a gente também é humano... há*

*também o preconceito e a falta de oportunidades, conviver com a aids precisa de ajuda. É preconceito. Se uma pessoa souber que eu tenho isso, não vai mais comprar meu artesanato, achando que pode se contaminar também. Eu não culpo as pessoas, a culpa não é delas, o problema é que elas não tem informação, as pessoas não sabem sobre isso.”...* (Sujeito 2)

*“Conviver com o HIV é complicado, porque, às vezes, você perde muita amizade...Igual eu, eu me afastei de todas as minhas colegas, de todas...só que essas pessoas não entendem, acho que não vão entender”*(Sujeito 6)

*“Da maneira dos outros verem, você não pode ficar com mais ninguém, as pessoas que você têm, que você tinha como amigos não te visita. Nunca foram me visitar no hospital e se diziam amiga de verdade entendeu? Nem em casa, quando tô em casa, quando eu tô internada, ninguém aparece!”* (Sujeito 8)

Segundo Paiva (2000),<sup>(12)</sup> no início da epidemia, toda divulgação era carregada de preconceitos, imprimindo uma estereotipia de representações junto à sociedade. Ao mesmo tempo, esforços eram empreendidos para que se conseguisse a pré definição de padrões e parâmetros, baseados no conhecimento e na tecnologia, indispensáveis à prevenção e ao controle do HIV/aids. Porém, tais iniciativas acabavam por excluir o universo simbólico das pessoas que viviam com aids, prejudicando a compreensão das respostas sociais à epidemia. No início, a divulgação referente à epidemia de aids trouxe uma carga muito grande de estigmatização e, apesar de algumas mudanças ao longo do tempo, o rótulo e a estereotipia ainda persistem, sendo identificados nos relatos das mulheres aqui apresentados. Assim, outra subcategoria temática foi identificada, *Perdas*, referente às mudanças decorrentes da descoberta da soropositividade ao HIV. Identificados na falta de oportunidade de trabalho, afastamento de amigos, acometimento de doenças que acarretam limitantes seqüelas físicas, esses conteúdos surgiram em grande parte dos relatos das mulheres entrevistadas. Por exemplo,

*“Fica tudo muito complicado. Pra tudo .. pra arrumar trabalho, arrumar namorado, saúde pra viajar...”* (Sujeito 6)

São evidenciadas mudanças drásticas na vida dessas mulheres, em função dos limites impostos pelo HIV e os preconceitos ligados ao contágio. Há uma postura de isolamento social, provocada pelo auto-exílio, diante das situações de contato com outras pessoas. Por outro lado, outra subcategoria foi evidenciada, referente a Reconstruções, relacionada ao enfrentamento da aids e aos ganhos decorrentes da experiência:

*“Ah, isso muda o jeito de pensar. A gente fica mais, cria mais ... maturidade, responsabilidade, né? Aí, a gente aprende um monte de coisa.”* (Sujeito 9)

Na visão dessa mulher, o convívio com o HIV lhe trouxe benefícios, crescimento pessoal e amadurecimento. Levando em conta seu relato de história de vida, podemos observar que, antes do contágio, morava em uma casa de prostituição, era usuária de drogas e não tinha contato com a família. Atualmente, mora em uma casa de apoio, onde é bem tratada, tem muitos amigos e conta com a visita esporádica de familiares:

*“Minha mãe me liga de vez em quando. Todo fim de ano vem, fica um pouquinho. Contato assim né, mais por telefone. Minha família ... são as pessoas lá da casa, minhas amiga ...”* (Sujeito 9)

Relata, ainda, a dificuldade que teve para conseguir se abster das drogas, depois que tomou conhecimento da soropositividade ao HIV:

*“Aí, é pára ou morrer, né? É que você não pára de uma vez, né? Mas só de pensar no jeito que eu ficava, ficava ruim mesmo. Aí, eu falava, não quero mais não. Aí, eu parei, mas não é fácil parar não. Não, não é fácil. Parei, graças a Deus. Hoje nem cerveja, não desce mais não. Passei esse fim de semana e as menina... passei só comendo e tomando refrigerante...”* (Sujeito 9)

Ainda com relação ao *Convívio com o HIV*, as mulheres demonstraram sentimentos adversos, os quais podem ser traduzidos por estados subjetivos, decorrentes do desgaste do enfrentamento ao HIV. Tais sentimentos refletem a sensação de não ser e não pertencer, e a impossibilidade de esquecimento da soropositividade:

*“Eu acho que quem é sensível fica mais sensível ainda ... Você se sente diferente, inútil ... Fica atrapalhando a vida dos outros...”*(Sujeito 8)

*“Fico pensando nisso toda hora. É difícil, não tem como esquecer”* (Sujeito 3)

Com relação às *Concepções sobre o Uso de Drogas*, uma primeira categoria temática pode ser levantada, referindo-se à *Valoração Negativa*, ligada aos aspectos prejudiciais do uso de drogas ilícitas e às conseqüências malélicas sobre as pessoas:

*“A droga leva a gente pra um caminho muito ruim, faz a gente matar, faz a gente roubar, a gente se prostituir, faz um monte de coisa.”*(Sujeito 1)

*“Usou, viciou e acabou com a sua vida.”* (Sujeito 4)

*“É um inferno. Acaba com a vida da gente”*(Sujeito 5)

Considerando os relatos de vida dessas mulheres, pontuados pela estigmatização relacionada ao uso de drogas ilícitas, podemos supor que as representações sobre o caráter prejudicial da droga devam-se a crenças normativas, disseminadas pela mídia. Não obstante, há que salientar que, independente da mídia, elas são mulheres que conviveram com a dependência química e sabem, por experiência, o quanto a droga lhes foi prejudicial.

Uma segunda subcategoria de conteúdos relacionados ao *Uso de Drogas*, refere-se à *Fuga/Desamparo*, enquanto danos no convívio social, associados à perdas em auto-estima, sentimentos de menos valia, carência afetiva:

*“Eu acho que a droga é muito prejudicial, a pessoa que usa é porque é muito carente, dentro da própria família, do próprio lar, usa porque não tem a atenção de ninguém, da família, precisa chamar atenção.....”*(Sujeito 2)

*“Ah, eu vou falar a verdade...Eu tenho dó, hoje em dia, de quem usa, porque a droga... é uma fuga, a pessoa foge, né?”*(Sujeito 7)

Tais relatos evidenciam conteúdos naturalizados sobre os efeitos hedonísticos das drogas e seus efei-

tos na busca pelo prazer e fuga a uma realidade inaceitável e incômoda. Segundo tais relatos, o uso de drogas tem início na busca por anestesia para todos os problemas, e se mantém pelos efeitos hedonísticos que proporcionam, embora efêmeros. Além disso, a introjeção de clichês como a origem na desestruturação familiar ou em características de personalidade, como comenta Andrade (1994),<sup>(5)</sup> “os usuários de drogas carregam uma dor do desencontro consigo mesmos, a carência de referenciais seguros e da falta de adequados suportes identificatórios.” (P. 192)

Com relação à subcategoria *Ilusão*, esta faz referência a experiências relacionadas a buscas ilusórias, de soluções para problemas que fazem parte da realidade. Tais conteúdos foram evocados por quatro entre os dez sujeitos entrevistados:

*“Eu achava que com ele (crack) eu vivia muito, mas não vivia, porque andava na rua perambulando igual uma ordinária. Acabava o efeito e eu, toda suja, ninguém me olhava, porque eu era um lixo. Como alguém vai olhar um lixo? Só lixeiro, pra catar e jogar na caçamba, entendeu?”*(Sujeito 6)

*“Porque quando você tá na droga... você acha solução pra todos os problemas, é incrível .... pode ser o problema maior do mundo, quando você tá drogada, você fala: ‘Não, mas tá tudo tão assim, assim... é fácil. Só que acaba o efeito, e você vê que você tá com um problema maior, os problemas que você tinha dobrou, você não tem solução pra aquilo, e o que você faz? Eu vou fumar mais um pouquinho, eu vou dar mais uma cheiradinha, aí você acha solução de novo”* (Sujeito 7)

*“Drogas é muito ruim, sabe? No começo a gente acha que é bom, mas depois vê que só atrapalha a vida, não serve pra nada não, eu me arrependo de ter usado, mas ainda bem que não uso mais, que consegui me livrar.”*(Sujeito 8)

*“Na primeira impressão parece ser boa, mas depois vê que não é”.* (Sujeito 2)

Segundo Ávila (1999),<sup>(13)</sup> na sociedade consumista em que vivemos, o importante é gerar necessidade de coisas, para que o homem possa ter alguma felicidade, e a droga também faz isso: “vende-nos a ilusão de um prazer que se pode prolongar até a próxi-

ma dose, só pode sustentar-se numa droga mais recente e só pode renovar a sensação de prazer no aumento das quantidades consumidas.” (P. 343)

Podemos dizer que a droga possui esse caráter ilusório, na medida em que seu uso provoca sensação de euforia e felicidade, porém, passageira: momentaneamente, a angústia e o sofrimento se esvaem e fica a ilusão de que tudo está bem e que todos os problemas, que antes existiam, passaram a não existir.

Uma última subcategoria está ligada à Dependência, ou à constatação da absoluta subordinação ao vício, aparecendo em seis mulheres entre as dez entrevistadas.

*“Começa de pouquinho e fica dependente, parece que você não vive mais, não consegue pensar em mais nada. Qualquer dinheirinho cê cai na boca.”*(Sujeito 5)

*“Procê largar da droga você tem que ter muita força de vontade, você tem que ter muita opinião própria, porque se você não tiver você não larga, porque na hora que você começa a fumar, não quer parar mais, você quer toda hora”*(Sujeito 6)

*“Mas depois você vê que a droga só te faz mal e você tenta sair, mas é difícil, tem que lutar muito, sabe que tá te fazendo mal, mas não consegue parar.”*(Sujeito 9)

Para Ávila (1999),<sup>(13)</sup> “o processo centrado na dependência/independência define um espaço em que as relações de poder se articulam como uma força externa (tu), que subjuga outra, interna (eu), estimulada apenas como ideal de independência, de liberdade, mas combatida, sempre, como expressão de domínio.” (P. 343)

Se levarmos em conta o fato de que o usuário de drogas carrega consigo uma dor, que é aliviada com o uso da droga, somado ao fato de, provavelmente, não possuir modelos identificatórios, torna-se compreensível a dependência química. Neste contexto, Andrade (1994)<sup>(5)</sup> coloca que “ele está casado com a droga porque não consegue fazer uma opção mais feliz, e a sociedade tem sido muito pobre em oferecer-lhe algo diferente” (P. 192)

Tomando os relatos de história de vida de todas as mulheres estudadas, podemos identificar uma desestruturação familiar e das condições de vida desde

a infância, além da falta de modelos identificatórios na adolescência, presente em todos os momentos, o que, provavelmente, tenha influenciado na escolha pela droga, a única opção encontrada. A epidemia da aids trouxe à tona diferentes representações das mulheres soropositivas,<sup>(14)</sup> relacionadas à equidade entre os se-

xos<sup>(15)</sup> e os comportamentos de homens e mulheres na sociedade<sup>(16)</sup>. O aumento da disseminação do HIV/aids entre as mulheres, causado por sua grande vulnerabilidade<sup>(17)</sup>, exige uma maior atenção à esse segmento social, principalmente às mulheres usuárias de drogas ilícitas, injetáveis.

FRANCO FG & FIGUEIREDO MAC. Aids, drugs and "to be a woman". Some HIV seropositive women's reports. **Medicina, Ribeirão Preto**, 37: 106-116, jan./june 2004.

**ABSTRACT:** Face to the subprivileged status and the social vulnerability of the women, were interviewed ten women who are carrier of HIV/aids and user of injected drugs, and were attended at Infectious Diseases Treatment Special Unit at the Clinical Hospital of the Medicine Faculty of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Semi-structured interviews focused "a priori" thematic categories and were complemented by reports about stories of life. A content analysis allowed the raising of some representations about the themes which were focused: a) for being a woman, were identified contents related to the feminine vulnerability to HIV, the naturalization of the woman's role and the resistance to subordination; b) for to live with HIV/aids, appeared contents related to the banalization of contagion, stigma, social/material losses, reconstructions and adverse feelings; c) related to being an injected drugs user, appeared representations about the reality escape, dependency and negative valorizations related to helplessness. Such results are discussed aiming the perspective of subsidize the orientation of future orientative and supportive programmes, considering the feminine vulnerability, mainly to the use of illegal drugs and HIV/aids contagious..

**UNITERMS:** Acquired Immunodeficiency Syndrome. Gender Identity. Substance-Related Disorders.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico, Coordenação Nacional de DST/Aids**, n. XVI, (1) 14<sup>a</sup> -15<sup>a</sup> Semana Epidemiológica, abr/dez, 2002.
- BASTOS FIPM & SZWARCOWALD CL. Redes sociais e disseminação do HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis: Métodos e intervenção. **Cad Saúde Coletiva** 6: 67-76, 1998.
- BASTOS FIPM & CAIAFFA WT. Usuários de drogas injetáveis e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: Epidemiologia e perspectivas de intervenção. **Rev Bras Epidem** 1: 190-202, 1998.
- PONTES LRSK. Comportamento epidemiológico da infecção pelo HIV na região de Ribeirão Preto. Tese de Doutorado, **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP**, Ribeirão Preto, p. 1-234, 1991.
- ANDRADE TM. Um olhar sobre o usuário de drogas intravenosas. In: MESQUITA FC & BASTOS FI. **Drogas e AIDS: Estratégia de redução de danos**, Editora HUCITEC, Rio de Janeiro, p. 191-204, 1994.
- FERNANDEZ OFRL. A prática da injeção de drogas, uso comunitário de seringas e a redução dos riscos ao HIV. In: PARKER R. **A aids no Brasil**. ABIA/UERJ, Rio de Janeiro, p. 251-269, 1994.
- FIGUEIREDO MAC. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação de resultados. In: ROMANELLI G & BIASOLI-ALVES Z. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**, Editora Legis Summa, Ribeirão Preto, p. 51-70, 1998.
- BASTOS FIPM. Substâncias psicoativas e sexualidade: Além ou aquém do senso comum. In: RIBEIRO M. **O prazer e o pensar: Orientação sexual para educadores e profissionais de saúde**, Editora Gente, São Paulo, p. 327-338, 1999.
- SOARES ACN. **Mulheres chefes de família: Narrativa e percurso ideológico**. UNESP-FHDSS, Franca, p. 1-213, 2002.
- NOLASCO AS. Cultura brasileira, gênero e patriarcado. In: RIBEIRO M. **O prazer e o pensar: Orientação sexual para educadores e profissionais de saúde**, Editora Gente, São Paulo, p. 161-174, 1999.

- 11 - FERREIRA MPS. Aids: Da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade. Dissertação de Mestrado, **Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, p. 1-233, 1999.
- 12 - PAIVA MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para HIV. Tese de Doutorado, **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, p. 1-170, 2000.
- 13 - ÁVILA MTP. Por que a prevenção não chegou a um nível satisfatório? In: RIBEIRO M. **O prazer e o pensar: Orientação sexual para educadores e profissionais de saúde**, Editora Gente, São Paulo, p. 339-348, 1999.
- 14 - SAFFIOTI HIB. As vítimas preferidas da violência de gênero. In: RIBEIRO M. **O prazer e o pensar: Orientação sexual para educadores e profissionais de saúde**, Editora Gente, São Paulo, p. 187-204, 1999.
- 15 - SALDANHA AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. Tese de Doutorado. **Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP**, Ribeirão Preto, p. 1-259, 2003.
- 16 - SANTOS NJS & MUNHOZR. A aids entre as mulheres: Reflexões sobre seus depoimentos. In: PARKER R & GALVÃO J. **Quebrando o silêncio. Mulheres e aids no Brasil**. Editora Relume Dumará, ABIA/UERJ, Rio de Janeiro, p.115-135, 1994.
- 17 - BASTOS FIPM. A femilização da epidemia de aids no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. **Cadernos da ABIA: Saúde sexual e reprodutiva**, n. 03, Rio de Janeiro, p. 1-27, 2000.

Recebido para publicação em 02/12/2003

Aprovado para publicação em 20/04/2004