

Mulheres Latinas e Transmissão Vertical do HIV: Visão dos Profissionais da Saúde que Atendem Mulheres Soropositivas nos Estados Unidos

Adriane Roso¹

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Resumo

Esse artigo apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa cujo objetivo foi analisar os discursos de profissionais da saúde que residem na cidade de Nova Iorque e que atendem mulheres Latinas HIV-positivas. Recorrendo a entrevistas de profundidade e observação de um grupo de apoio a mães soropositivas, as percepções referentes às experiências sexuais e reprodutivas de suas pacientes (mães latinas soropositivas) foram colhidas. A interpretação dos dados baseou-se no pressuposto teórico de que a sexualidade e a reprodução são uma construção social, e o corpo é uma prática discursiva disciplinar e biopolítica. Entre outros achados, a análise indicou que os profissionais da saúde aceitam a gravidez soropositiva na atualidade, mas essa aceitação é acompanhada por ambivalência e/ou intolerância às mulheres que gestem mais do que uma ou duas vezes.

Palavras-chave: Psicologia Social; HIV/AIDS; Latinas; Estados Unidos; Imigrantes.

Latina Women and HIV Vertical Transmission: The View of Health Professionals who treat HIV-Seropositive Women in the United States

Abstract

This article presents the results of a qualitative research which aimed to analyze the discourses of New York City residents' healthcare workers that provide care to Latina HIV-positive women. Applying in-depth interviews and observation of a mothers support group's, the perceptions regarding to the sexual and reproductive experiences of their patients (Latinas HIV-positive mothers) were collected. The data interpretation was based on the theoretical assumption that sexuality and reproduction are a social construction and the body is a disciplinary and biopolitic discursive practice. Among other findings, analysis indicated that healthcare workers accept seropositive pregnancy nowadays, but this acceptance comes along with ambivalence and/or intolerance to women that have more than one or two pregnancies.

Keywords: Social Psychology; HIV/AIDS; Latinas; United States; Immigrants.

As relações entre os fatores psicossociais e a transmissão vertical do HIV têm despertado o interesse de pesquisadores, especialmente após a introdução do AZT (*Zidovudina*) injetável (Bergenström & Sherr, 2000; Parra, Doran, Ivy, Aranda, & Hernandez, 2001; Zubaran et al., 2003). Dentre esses fatores, podemos destacar as percepções e representações de pacientes portadores sobre os profissionais da saúde e como estas impactam o modo como se estabelecem as relações entre eles. O estudo feito por Ferreira e Nichiata (2008), por exemplo, verificou que as mulheres não revelam sua soropositividade se a atitude do profissional gera medo e insegurança em relação à quebra de sigilo. Resultados de outros estudos apontam para a necessidade de continuarmos investigando como as relações dos profissionais da saúde podem afetar o cotidiano e as decisões reprodutivas das mulheres HIV-positivas (Agne, Thompson, & Cusella, 2000; Attie, 2000; Siegel & Schrimshaw, 2001; Silva, Alvarenga, & Ayres, 2006).

O presente artigo apresenta os resultados de parte de uma pesquisa transcultural qualitativa realizada entre os anos 2000 e 2005, cujo objetivo principal foi de reconstruir, histórica e empiricamente, os discursos de profissionais da saúde relacionados à transmissão perinatal do HIV-1². Neste momento, serão enfocados os discursos de profissionais da saúde que residem na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos e que atendem mães HIV-positivas, latinas, migrantes de diferentes países (Porto Rico “/”PR, El Salvador “/”SV e República Dominicana “/”DO)³.

² Uma discussão sobre os discursos dos profissionais da saúde que trabalham na cidade de Porto Alegre (Brasil) pode ser encontrada em Roso, A. (2007). Os úteros bem-vindos e os úteros excluídos: Análise dos discursos de profissionais da saúde sobre transmissão vertical do HIV-1 em Porto Alegre, Brasil. *Educação Profissional: Ciência e Tecnologia*, 2, 101-114.

³ A pesquisa foi aprovada pelo Institutional Review Board (IRB) do Presbyterian Medical Center, da Columbia University (CPMC IRB#13907), orientada pelo Prof. Dr. Richard Parker e financiada pela Fulbright (parceria Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [CAPES]), na Columbia University, na Joseph Mailman School of Public Health.

¹ Endereço para correspondência: Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º Andar, Sala 313, Santa Maria, RS, Brasil, CEP 97015-372. Tel.: (55) 32 209231 ou (55) 91829630. E-mail: psicologia.ufsm@gmail.com

Passado mais de uma década, a epidemia da Aids continua sendo um problema de saúde pública nos Estados Unidos. O vírus afeta pessoas mais jovem, mais mulheres e mais afro-americanos, e as mulheres heterossexuais são as que mais têm sido afetadas (Barollier, 2001). As hispânicas (latinas) têm sido igualmente afetadas. Os hispânicos/latinos compreendem 15% da população nos Estados Unidos, mas representam 17% das novas infecções em 2006. As latinas representam 16% das novas infecções e as taxas de incidência são quase 4 vezes maiores do que em mulheres brancas. Os novos casos de Aids entre latinas por 100,000 (8.9) é 5 vezes maior do que os novos casos para mulheres brancas (1.8) (The Kaiser Family Foundation, 2009).

Apesar dessas informações, Carmona, Romero e Loeb (1999) denunciam que as latinas têm sido sobrelevadas nas pesquisas de Aids. Assim, um estudo cuja temática é a transmissão vertical do HIV em mulheres latinas faz-se atual e relevante.

Buscamos conhecer os discursos dos profissionais relacionados à experiência sexual e reprodutiva de suas pacientes, particularmente quanto aos métodos de contracepção; experiência com a maternidade; e cuidados no pré-natal. Indo além, investigamos as possíveis relações de poder – como, por exemplo, o tipo de relacionamento com o parceiro e com os membros da família das pacientes; a qualidade do tratamento médico recebido/proporcionado; e a discriminação. A partir disso, procuramos interpretar as possíveis estratégias de dominação, de resistência e de acomodação que apareceram nos discursos dos profissionais.

Resistência pode ser definida como um engajamento numa versão incipiente de uma forma de crítica através de intervenções desafiadoras, transformadoras (do *status quo*). A acomodação pode revelar-se através da apatia, da indiferença, da disposição e da vontade em se submeter à servidão, ou através de hábitos ou rotinas que não são mais discutidos nem questionados (Thompson, 1995). Petchesky (1998) lembra que a acomodação e a resistência são processos interativos e dicotômicos, e culturalmente específicos; ou seja, refletem circunstâncias cultural e material específicas. Além disso, salienta-se que o predomínio da acomodação dificulta o processo de singularização, isto é, amortiza a capacidade de uma pessoa de ler sua própria situação e aquilo que se passa em torno dela, limita suas possibilidades de criação e lhe restringe a autonomia (Guattari & Rolnik, 2007).

Método

Para o presente, utilizou-se entrevistas de profundidade semi-estruturadas, as quais oferecem uma oportunidade para examinar possíveis contradições entre as normas ideais e o comportamento real, e proporciona

dados íntimos e pessoais sobre a conduta sexual [e reprodutiva] (Parker, Herdt, & Carballo, 1999). Iniciou-se cada entrevista perguntando como o profissional começou a trabalhar com pacientes HIV. No decorrer da entrevista, foi-se fazendo perguntas, com base em um esquema de perguntas. As entrevistas foram em inglês. Também foram registradas observações no diário de campo, quando se adotou uma postura de anotações sistemáticas não-estruturadas presenciadas no cotidiano da pesquisadora, bem como tomou-se notas do ocorrido em um grupo de apoio a gestantes/mães HIV-positivas latinas e familiares. Esse grupo reúne-se semanalmente durante 60 minutos e é conduzido por uma assistente social latina, em um hospital em Nova Iorque.

Baseado numa amostra proposital, foram feitas entrevistas de profundidade abertas com seis (6) profissionais da saúde, que receberam nomes fictícios para preservar o anonimato, nascidos em diferentes países e que trabalham em hospitais que atendem gestantes soropositivas na cidade de Nova Iorque: um ginecologista-obstetra canadense (Dr. Douglas), uma ginecologista-obstetra americana (Dra. McBee), uma psicóloga americana (Dra. Jones), uma enfermeira-parreira inglesa (Dra. Edelweis) e duas assistentes sociais latinas (Assistentes Sociais [A.S.] Lucia e Maria). O critério para determinar o número de participantes foi disponibilidade e/ou acessibilidade dos participantes.

Os profissionais foram entrevistados individualmente por aproximadamente 60 minutos. Todos os participantes entrevistados receberam um formulário de consentimento informado em inglês, conforme preferência do participante, o qual cobre todos os passos da pesquisa (objetivos da pesquisa, suas etapas, o sentido voluntário de participação na pesquisa, e os direitos do participante).

Com exceção da Dra. McBee, que se define Afro-Americana, com ancestrais latinos, todos os participantes se auto-definem brancos. Os latinos foram os únicos profissionais que informaram sua religião, que é católica. Com exceção do Dr. Douglas, todos têm filhos. Dr. Douglas, A.S. Maria e A.S. Lucia falam espanhol e inglês. Nenhum dos profissionais da saúde entrevistados participa ou participou sistematicamente de ONG/Aids.

Transcreveu-se literalmente as fitas gravadas durante as entrevistas com os recursos do programa Microsoft Word®. As falas foram mantidas no seu original; isto é, não sofreram correções gramaticais de modo a preservar a cultura do idioma. Fez-se a leitura flutuante de cada entrevista, intercalando a escuta do material gravado com a leitura do material transcrito e colorindo trechos significativos para a pesquisa, que abarcam as questões principais de pesquisa: (a) relações de poder (e.g., tipo de relacionamento com o parceiro e com os membros da família da paciente; qualidade do tratamento médico recebido/proporcionado; e discriminação) e pos-

síveis estratégias de dominação, de submissão, de resistência e de acomodação; e (b) experiência sexual e reprodutiva em relação ao HIV/Aids (e.g., métodos de contracepção; experiência com a maternidade; e cuidados no pré-natal).

A partir de uma perspectiva qualitativa de análise, realizamos inferências (*extrapolations*); ou seja, buscou-se compreender de forma ampliada o fenômeno em foco (Patton, 1990). A fundamentação teórica efetivou-se especialmente a partir de autores que entendem a sexualidade e a reprodução como uma construção social e o corpo como uma prática discursiva disciplinar e biopolítica (Boyle, 1997; Foucault, 1999; Parker, 1992, 2002; Roso & Parker, 2002).

A interpretação dos discursos é guiada por dois pressupostos interdependentes. O primeiro é que os discursos não são empregados no vácuo; isto é, eles são usados para atingir determinados objetivos e para fornecer justificativas a determinadas práticas sociais (Boyle, 1997; Foucault, 1999). Segundo, os discursos são estratégicos na criação, manutenção e reforçamento de relações de dominação. A dominação ocorre quando grupo de indivíduos possuem um poder de maneira estável, de tal modo que exclua – ou se torne inacessível, em grau significativo – outros indivíduos, não importando a base sobre a qual essa exclusão é levada a efeito (Thompson, 1995). A esse grupo de indivíduos Foucault (1999) chama de *operadores de dominação*, e sob esse aspecto, acreditamos que Foucault e Thompson podem se complementar. Embora tenham precauções de método diferentes (genealogia do poder e hermenêutica de profundidade), ambos fazem uma crítica ao modo marxista de entender as relações de poder (Foucault, 1999, p. 14-16; Thompson, 1995, p. 17). Foucault se interessa pelas múltiplas formas de dominação que podem se exercer no interior da sociedade e Thompson evita a tendência de ver a ideologia como ‘um cimento social’ recorrendo a uma concepção crítica da ideologia, incluindo outros modos de relação de dominação além da dominação do Estado (Thompson, 1995).

Resultados e Análise das Entrevistas

Organizou-se os discursos em forma de “campos culturais”, que foram desmembrados em “particularidades do campo”. Os campos se inter-relacionam, assim como as particularidades. Estes campos foram criados para orientar a leitura da análise. Preferiu-se o uso do termo “campos culturais” ao invés de categorias porque ele me parece menos estático e ao mesmo tempo em que carrega um significado universal, traz as especificidades locais. Além disso, pelos campos culturais permeiam relações de poder – relações de gênero, de raça/etnia, relações econômicas, etc. Os campos cul-

turais têm um caráter conceitual, ou seja, eles nos remetem ao teórico. São discutidos nesse artigo somente os campos gravidez soropositiva, pré-natal e aborto.

Gravidez Soropositiva

Observa-se no discurso dos profissionais da saúde que em relação à gravidez soropositiva houve uma mudança no modo de lidar com essa questão; eles parecem aceitar a gravidez nos dias atuais, como os recortes abaixo indicam:

You know, back then [1989] we didn't know what to do with those women [HIV-positive]. No medication... they didn't give AZT or anything. Very rarely. We didn't know the side effects . . . Now we're using the meds. That's a profound change . . . People say 'how do you feel about them getting pregnant?'. It's like lupus, any kind of disease... if the woman gets pregnant and want to continuous it, then you take care of them . . . But I think what's changed is that the medication is available now. Since they are on medication, they are healthy, and they can have healthy babies... now it's right for them to have babies, because they have a treatment now. [Dra. Edelweis].

Five years ago the prognostic for a HIV person was so different; we really had to say 'you have AIDS now' . . . Now is so different. They live longer, they can have healthy babies . . . What is available at this point makes a difference... Women have the right to decide to get pregnant, and now the medication is available to help them to have a healthy pregnancy and healthy babies. [Dr. Douglas].

A aceitação se torna viável na medida em que se produz um artefato (medicação), o qual evita a transmissão vertical do HIV. Como tecnologia de poder, as instituições médico-laboratoriais, a partir do medicamento, reforçam, mesmo que indiretamente, o regime de medicalização da sexualidade. Através da medicalização dos corpos de mães soropositivas se contribui para uma possível reconfiguração dos saberes médicos sobre HIV/Aids, gerando mudanças nas práticas frente à transmissão vertical da Aids: “*Since they are on medication . . . and they can have healthy babies... now it's right for them to have babies*”.

De fato, a medicação contribui para que esses corpos, antes tidos como “fadados à morte”, sejam recolocados nos processos biológicos de conjunto através da tecnologia do biopoder e, ainda, tornem-se produtivos socialmente para a vida, reforçando, assim, o que Foucault (1999) denominou de o direito “de ‘fazer’ viver e deixar morrer”.

Essa “permissão médica” de reprodução dos corpos soropositivos é limitada por outra prática discursiva de controle social, já que, paralelamente à aceitação, encontramos ambivalência e/ou intolerância a múltiplas gravidez:

I have a lot of different feelings about it when an HIV-positive woman gets pregnant. And it gets complicated if the partner doesn't know it. They would be better off if they don't get pregnant. Of course the decision is not up to me... [Dra. Jones].

I have mixed feelings about ... we have ladies that have two or three babies with us now . . . We got some ladies that got back three times... we had three ladies that have three babies now with us. I think is time to stop now, you know. We can't tell these people they can't have babies, but after you have two or three babies with them you get to know them very well. So you say 'how about you slow down now?' Because it's about quality of life here, so anybody, HIV or not, huh? Two or three babies are enough. [Dra. Edelweis].

See, there is a person here, in the clinic, who's very young, she's seventeen, have a three years old and an eight months who is HIV-positive. There're a lot of issues of separation and abuse. She has not a lot of resources... it's hard, you know, to accept that... Three children, you know... [A.S. Lucia].

I've seen as many as the third pregnancy with the same patients. I have a lady, who had abortion twice already. And the third time... I kept telling her, 'listen, not only because you're HIV but I think it's not a good idea to have unprotected sex at this point'. She had high viral load, she was infected with herpes... But it probably didn't get into her. [Dr. Douglas].

Latina women have more babies. Definitely. It's cultural. But to have more than one baby when you know you're HIV... you know, as I said, I wouldn't have another baby if I was HIV, imagine two, three... [A.S. Maria].

A ambivalência pode ser notada pela dicotomia entre os sentimentos de aceitação e não-aceitação da gestação. Os sentimentos experimentados pelos profissionais são complexos e multifacetados. Ao mesmo tempo em que os profissionais aceitam a gestação, eles criticam a gestação soropositiva. A impossibilidade de participar definitivamente da decisão de suas pacientes e de conseguir gerenciar um planejamento familiar podem refletir na relação profissional-paciente de modo negativo. Os discursos parecem afluir para a reverberação das políticas governamentais de planejamento familiar. Corrêa (1994) afirma que essas políticas permeiam gerações, raças e todos os setores sociais, inclusive a categoria médica.

Pré-Natal

Com relação ao pré-natal, o modelo de consulta dos profissionais entrevistados é baseado no modelo individual (profissionais da saúde e paciente conversam individualmente), e nas visitas domiciliares busca-se educar as pacientes em relação aos aspectos médicos da doença bem como providenciar informações sobre como o sistema de saúde e de assistência social funcionam no país:

We do an education one-to-one . . . So you have to learn the culture about the people you're dealing with, the Spanish culture, from even different country, people living in Dominican Republic, in Equator or Haiti, or Cuba . . . Culturally they are all different, about themselves and medical... most of them are very ignorant about medical stuff. Because it's not part of their life. I'm not saying they're wrong; they're ignorant about because this stuff doesn't involve them. So they can't deal with it. So then we educate them, about the disease, medication, and transmission for the baby during prenatal care visits. [Dra. Edelweis].

Latinas are women who traditionally has not being able to get to any kind of care, and don't know how the system works, and really need someone. Kind of help to guide them through it . . . When they come to see me I provide information about the system, housing, food supply, that kind of thing. Individually. [Dra. Jones].

. . . A lot of what I do is to see and understand how these women live, like poverty, health status, housing, their resources in general to deal with life. All these things are related to the emotional, to psychological issues. I try to get to know their lives and discuss with them what they think of this unfortunate situation. To help them to raise a critical view of their situation. We talk about how difficult is to protect themselves, how hard it is to live with this overload, taking care of themselves and the children, and the husband... And we get acquainted very well. I am like them, if you know what I mean. I talk their language, verbally, bodily. [A.S. Lucia].

Percebe-se através dos discursos “*Latinas are women who traditionally has not being able*”; “*most of them are very ignorant about medical stuff*”, ou quando Dr. McBee fala em outra ocasião “*But they are barely educated population. I think some of them tell what they think you wanna hear*” que esses profissionais possuem uma visão diferente sobre educação em saúde do terceiro discurso proferido pela profissional latina “*I try to get to know their lives and discuss with them what they think of this unfortunate situation*”. Os primeiros parecem situar a educação numa perspectiva dual na qual alguém sabe mais (profissional da saúde) do que o outro (paciente), o que pode originar uma relação de dominação: “*Eu que sei o que é bom para você; eu que te guio, já que és ignorante*”. Nesse sentido, um profissional da saúde que pode ter as melhores intenções corre o risco de se tornar um operador de dominação (Foucault, 1999). Já o discurso da profissional latina parece dirigir-se a uma proposta dialógica crítica e, talvez, mais culturalmente competente. Isto aparece mais claramente adiante, ainda no discurso da A.S. Lucia, quando ela argumenta em favor do trabalho com grupos:

What I miss the most about my job in my country is the work with groups. Latinos work better in groups. We

learned we need group support in matter of survival. Here I work individually with my patients. We tried to have one group but it didn't work. Women are afraid of coming to groups in hospitals, and I guess we need more community groups, I mean, the care providers have to go to Latinas and not Latinas go to the care providers. Do you know what I mean? [A.S. Lucia].

Outras profissionais também valorizam essa modalidade de atendimento:

We, in Latin America, are very engaged to be in groups. Every appointment, every prenatal visit is a single event, individual event here. We need to have more groups, to keep on this culture. We are in the country where the individualism is the main concern. And I don't agree with that . . . This individualism is what is killing people; it's what makes people sick. [A.S. Maria].

We do have groups. We have a women's group, which in the beginning they were reluctant to go to because they're afraid, embarrassed about their HIV and the secret about it, they're afraid they're going to meet somebody . . . And they talk about issues, whatever... social, sexual, whatever. It's good for them. [Dra. Edelweis].

É importante salientar as diferenças entre os discursos das profissionais latinas e da profissional inglesa frente ao atendimento na modalidade grupal. Apesar da última não participar de grupos de mães portadoras e familiares, ela aponta a dificuldade das mulheres latinas de se engajarem em grupos, contrariamente ao que depõem as profissionais latinas, ponto que merece ser melhor explorado em futuras pesquisas.

Nos discursos dos profissionais observou-se também que eles apresentam dificuldades em lidar com pacientes com histórias de abuso de uso de drogas:

It's a little more challenging to work with substance abusers. She doesn't always get... take medication... people have other agenda . . . You can get much more irregularity, irregular visitation... but that's not always true either [Dr. McBee].

Most of my patients are not currently using drugs, because they're pregnant, but had a significant drug history, or a partner uses it. It's difficult to deal with them because they sometimes relapse [Dra. Jones].

As relações entre profissionais são atravessadas pela instituição “droga”, a qual carrega diferentes sentidos mas costuma convergir para a falta de estratégias específicas para lidar com esse questão. Com certeza, adicionado a todas as dificuldades que o manejo da epidemia impõe, os profissionais ainda têm que lidar com a frustração gerada pela recaída do paciente, com sua dificuldade de estabelecer um rotina e com possíveis instabilidade emocional. Parece que ainda não estamos preparados o suficiente para cuidar de enfermos que balançam com a estrutura do sistema e com a nossa estrutura psíquica também. Como salientam d'Oliveira, Couto e Cardoso (2007), é necessária uma reflexão

crítica dos profissionais acerca da imposição de valores morais que permeiam as ações assistenciais dos serviços aos usuários de drogas.

Outro elemento apontado pelos profissionais refere-se às dificuldades estruturais enfrentadas pelas mulheres para realizarem o pré-natal e receberem os cuidados de saúde:

Prenatal care is not that easy... it's free... it's there, but there're a lot of draw back; it's not like in my country, we can walk in any place . . . and get care . . . Here is still a hurdle. You gotta go to a lot of resources, prove that you're eligible, prove that you're pregnant, restrain to certain places that accept Medicaid, and emergency Medicaid. So many hurdles. Add that the patient has HIV! They're immigrants, don't speak English... it's not easy for them to have free access to pregnancy related care . . . Most of our population is Medicaid . . . I noticed that about three quarters of our patients here... come here through that kind of emergency pregnancy related Medicaid, but it expire after a few weeks that you gave birth. So these women are back often without insurance . . . [Dr. Douglas].

Benefits, they are very hard to get... they have Medicare, but it's hard! They give you an appointment at 8 am and you finished it at 7 pm, probably sometime. You have to be all day waiting there, and if you are not there when they call your name you lose your turn, and you have to wait until they call you again . . . [A.S. Maria].

Free services are available; prenatal care is available if they meet eligible criteria, but for some women, some Latina women that are better informed. Many Latinas don't get to know about this, especially if they don't have the papers. Medicaid is available but it's not that simple. Sometimes they qualify too late, or sometimes they don't qualify at all. And then what they can do? The problem, at least the way I see it, the system, the government don't really care about immigrants. Not all immigrants, but immigrants of color, Latinos, Black. They say they care, but they don't. They don't have interest in educate them, because education can mean a revolution, a fight for rights that they are not really willing to give to our people. [A.S. Lucia].

Medicaid e Medicare são as fontes públicas básicas para financiar o atendimento à saúde de portadores do HIV, juntamente com outros programas de assistência a medicamentos. Na maioria dos Estados, relatam Schackman et al. (2001), Medicaid paga pelos serviços de saúde e pela medicação de adultos HIV-positivos que tenham baixa renda e bens limitados, os quais são fornecidos se eles preencherem os requisitos de invalidez (com sintomas de infecção). A elegibilidade para o Medicare é muito semelhante (Levi & Kates, 2000).

Mas o sistema americano não serve a toda população efetivamente e não existe um programa nacional de seguro-saúde (Peck & Bezold, 1996). Aproximadamente trinta e sete milhões de americanos vivem sem

cobertura e outros trinta e cinco milhões vivem com uma cobertura insuficiente (Theodoulou, 1996), dentre esses se encontram as latinas imigrantes não documentadas.

Aliado às mazelas do sistema, os profissionais da saúde entrevistados apontam outro problema que limita a qualidade de atendimento às gestantes:

But this thing about benefits is worst, and some times cruel, more cruel than in South America, because this people go to apply for benefit and they have to wait... they are mistreated all of the time. Because the workers there are dealing with the benefits of people that are underpaid... so it's horrible the way they treat them, yelling, not looking at them... the time they have to wait for the benefit, and besides that after they give the benefits you have to go another interview in order to get the benefit. If you miss one of this interview you lose the benefit, and you have to start all over again. Horrible, horrible, horrible. Probably they do this to discourage people to apply for benefits, probably. It's horrible . . . It's like playing games, and this discourage people and in the end they say 'okay, I don't want this benefit anymore'. [A.S. Maria].

There was this patient... she was telling me she was disrespected by an Afro-American lady when she was filling out some papers for Medicaid. She didn't understand part of the form and asked for some help. The lady explained her what she had to do without even looking at her. When my patient was leaving the office, she heard the lady whispering to her co-worker: 'She can't read in English [laughing]! What are they doing in this country?'. She was never called to an interview after that. I guess the lady put her forms in the garbage. [A.S. Lucia].

O tipo de atendimento oferecido nesses estabelecimentos revela um tipo específico de relações de dominação, que é a relação xenofóbica, claramente denunciada no discurso da A.S. Lucia:

American doctors have all this technology but many of them don't know how to treat people of color nicely. People don't like to talk about that. AIDS is a racial thing too . . . Latinas HIV-positive suffer double discrimination. First because they are Latinas; second because they carry the AIDS virus . . . If a woman is Latina they think we're ignorant and don't know our rights. Because they don't think we have rights. We're blamed for unemployment, for violence, for many things. We're blamed for the failure of the welfare system and more recently for spreading the HIV in this country. [A.S. Lucia].

A xenofobia, no meu modo de entender, não é nada mais do que o racismo vestido com linguagem diferente. O racismo é um poder, como diria Foucault (1999), que funciona em cadeia, que não está localizado aqui ou ali, jamais está entre as mãos de alguns, jamais é apossado como uma riqueza ou um bem. O racismo é o meio de introduzir, no domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e

o que deve morrer. O racismo moderno vai permitir estabelecer, entre a minha vida e a morte do outro, uma relação biológica: quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mas eu viverei, mais forte serei e mais poderei proliferar. A morte da raça ruim/inferior é o que vai deixar a vida em geral mais sadia.

Enfim, o racismo é indispensável para justificar o direito de tirar a vida do outro. Precisamos refletir mais sobre isso nas relações de cuidado com as diferentes nacionalidades, raças e etnias, de modo a agir eticamente. Podemos começar nos perguntando se o Medicaid faz um corte entre o que deve morrer e o que deve viver...

Aborto

Se múltiplas gestações soropositivas não são aceitáveis pelos profissionais da saúde, quais as alternativas que os profissionais da saúde podem oferecer a suas pacientes? Uma delas é o oferecimento do aborto pelos profissionais, que são, em sua maioria, pro-escolha (*pro-choice*) e apresentam um discurso crítico frente à política governamental do Governo Bush (2001-2009), pois reconhecem as dificuldades das pacientes latinas em efetuarem o aborto, quando assim o desejam.

O Medicaid financia a cobertura de abortos para gestação decorrente de estupro ou incesto em todos os estados americanos (Alpert, 1993). O estado de Nova Iorque financia aborto para todas ou quase todas as circunstâncias de saúde (National Abortion Federation [NAF], 2006). Entretanto, mulheres que não se qualificam para receber esse auxílio não conseguem realizar aborto seguro ao menos que tenham condições de pagar uma clínica privada. Vale salientar que em 2005, 820,151 abortos legalmente induzidos foram reportados ao Centers for Disease Control and Prevention (CDC). A taxa de aborto vem diminuindo desde 2004. Como no passado, um maior número de aborto foi feito por mulheres brancas, menores de 25 anos de idade, solteiras (CDC, 2008). Não encontrei nenhuma publicação com dados estatísticos correlacionando aborto e HIV/Aids até o momento.

Na presente pesquisa, o aborto em mulheres soropositivas parece ser discutido abertamente pelo profissional com a paciente, como fica caracterizado pelas seguintes falas:

We discussed about that... I hope she has an abortion, between you and me... She's HIV-positive, not taking her meds, she's using cocaine, you know... this baby. She said she didn't want this baby, because she just had another baby... [Dra. Edelweis].

She had a baby and right after, she got pregnant. She became pregnant very, very quickly after her labor [in a

voice tone, as she was criticizing her]. *Initially there was this discussion with her about terminating the pregnancy* [Dra. Jones].

Todos os outros profissionais da saúde entrevistados se assumiram a favor do aborto, como exemplificamos abaixo:

I am pro-choice. Abortion has to be safe and legal . . . It frightens me that sometimes it is not available [Dra. McBee].

. . . Women have the right to have an abortion. I mean, not to use it as birth control method, but to have an abortion and give them control . . . [Dra. Edelweis].

I think abortion should be legal, and I think it's important for people to have access to it if they want to . . . [Dra. Jones].

I think abortion is a very personal choice. Do you know? I prefer to have an abortion than not to be a good mother. If I am going to be neglect or not being able to be a good mother because the child I am going to have I don't want it... then I would prefer abortion. Of course I prefer education, but we don't get educated . . . [A.S. Maria].

É interessante notar que a questão do aborto apareceu espontaneamente no discurso dos profissionais e que em nenhum momento os profissionais levantaram a possibilidade de doação das crianças após o nascimento.

Além do discurso pró-escolha, podemos observar nas falas acima o descontentamento com a política governamental atual sobre o aborto:

You know, our President [Bush] is not to keen on abortion. I never marched before, but I tell you, if they say they're gonna make abortion illegal, I'll march and fly my banner because that is like going back on time . . . I don't know much about Brazil, but, I mean, it drive me mad, and I am surprised that the Brazil it is so advanced in AIDS prevention but they don't let women to have abortion. [Dra. Edelweis].

I've seen sick women, HIV women, who have abortion and died... because they don't have the money, or something like that... and so it is a very scary, dangerous thing [Dr. McBee].

You have to be on Medicaid or have cash to have abortion. They don't have public assistance . . . [Dra. Edelweis].

What they need is information, where to get it, how to get it, if they want to do it. And they need economic resources as well, in case they don't qualify for Medicaid. Prior to that we need more open space to discuss openly about abortion. Discuss in the church, at the school, in the Spanish communities. [A.S. Lucia].

Essas barreiras não são impeditivas da prática do aborto pelas pacientes, na visão de alguns profissionais da saúde:

Some patients do, some patients don't. We traditionally have about 20, 25% abortion rates... they have for different reasons. They are not related or seem to be related to HIV.

'I have children, and don't need to have more children' . . . sometimes they are related: 'I don't know if I'll be here for ever...' . . . I think HIV places a role for some of the women who choose to have abortion . . . What I see over these years, a few patients who find out they're pregnant, find out they're HIV, and decide to have a termination because they don't wanna have a child while they're HIV-positive. [Dr. McBee].

One of our patients she had a termination . . . For religious reason she said she could not do it. She was getting a lot of pressure from other people in her social circle, not to terminate it. But she decided to terminate it anyway. So I think she feel very guilty and ashamed . . . [Dra. Jones].

. . . Very commonly these are women of minority ethnics groups - where often abortion is not as accepted as it would in a higher economic status. They're African American women and Latinos. I don't wanna generalized, but often they ask for abortion . . . [Dr. Douglas].

When they don't want the baby they take herbs, take drugs, they pray to lose it, and they do it alone. It's sad, very sad [A.S. Lucia].

A pesquisa de Bruyn (2003) concluiu que menos mulheres escolhem terminar a gestação depois que a terapia antiretroviral se tornou disponível. Talvez isso tenha alguma relação com o que vimos no campo cultural “gravidez soropositiva”, quando os profissionais revelaram que depois do advento da medicação passaram a aceitar a gestação dessas mulheres. Essa questão merece ser aprofundada em outros estudos.

O não-abortar parece ainda se relacionar ao fator religioso na visão das profissionais latinas:

Abortion is not an option for them because they don't know it's available, they don't know it's not a sin. Catholic Church influences their decision still. Pen-tecostal Church either [A.S. Lucia].

More of them want to keep the baby, especially Latino women. Catholicism... the Catholic Church has a real power on people. They don't do abortion more of the time [A.S. Maria].

Percebe-se aqui um elemento discursivo significativo: a influência da igreja na tomada de decisões reprodutivas. Não é minha intenção de pesquisa averiguar qual discurso reflete a realidade das mulheres latinas. Porém, podemos pensar que mesmo quando as mulheres dizem aos profissionais da saúde que não abortariam, elas podem estar simplesmente não querendo assumir-se favorável ao aborto, por diversos motivos além dos religiosos, seja para evitar um confronto, ou receber críticas, já que, como pontua Barsted (1998), a lógica dominante é a que caracteriza o aborto como desvio, crime, pecado, punindo, por meio do aparato repressor, a sua prática. Por isso, quem faz aborto não o declara e, se tem que se posicionar publicamente a respeito, freqüentemente se manifesta contra, numa contradição entre práticas e representações. (p. 168).

Os discursos colhidos também não comprovam que “as latinas não se sentem confortáveis em falar sobre terminar a gestação com pessoas que não falam espanhol ou não tenham o mesmo *background* cultural” (National Latina Institute for reproductive Health, 2005, p. 2). Muito pelo contrário, minha pesquisa indica que talvez a dificuldade em falar sobre aborto encontra-se justamente com aqueles profissionais que têm o mesmo *background* cultural e religioso.

Para finalizar a análise desse campo cultural quero salientar que em momento algum os entrevistados (nem os pró-escolha, nem os contrários ao aborto) se pronunciam sobre as conseqüências físicas e psicológicas do aborto para as mulheres positivas. São conhecidas as possíveis complicações físicas do aborto para as mulheres, mas poucos são os estudos que investigam se as mulheres HIV-positivas têm maior risco de morbidade após abortos (Bruyn, 2003). Também não foi narrado pelos profissionais, por exemplo, se eles informam suas pacientes sobre as conseqüências do aborto em portadoras e nem se eles cientificam suas pacientes de que mulheres soropositivas têm maior risco de ter aborto espontâneo, pois o HIV danifica a placenta e interfere na transferência normal dos nutrientes ao feto, o que causa desenvolvimento anormal ou morte fetal e expulsão (Curtis, 2007). Quanto às conseqüências psicológicas podemos deduzir que se mulheres soropositivas entendem “a maternidade como um atributo essencial da mulher” e ela é a razão que mantém o desejo de viver, “representando a continuidade da vida para além da morte” (Hebling, 2005), o aborto sugerido pode gerar sentimentos como angústia, tristeza profunda, e acarretar conseqüências psicológicas sérias. Deste modo, precisamos questionar constantemente sobre o tipo de relações que perpassam os discursos referentes ao aborto: são discursos que visam tornar exequíveis os direitos reprodutivos das mulheres ou são discursos que nos aprisionam mais ainda?

Conclusões

Ao mesmo tempo em que reproduzem a ideologia dominante em seus discursos, os profissionais da saúde entrevistados também são produtos dessa mesma ideologia. Os discursos desses profissionais não operam sozinhos, “eles se apóiam em outros discursos, remetem uns aos outros, em certo número de casos fortalecem e convergem, noutros casos se negam ou tendem a anular-se” (Foucault, 1999, p. 51).

É nessa direção que esse estudo deve ser olhado: não como uma tentativa de apontar culpados ou inocentes, mas como um processo de resistência, no qual tentei chamar a atenção para o quanto nossas práticas cotidianas são fundadas em fenômenos ideológicos que visam a dominação.

Não tive o intento de julgar as práticas desses profissionais, desejei, sim, mostrar que a discussão sobre saúde sexual e reprodutiva em mulheres soropositivas é muito mais complexa do que pode parecer. Precisamos, como salientam Barbosa e do Lago (1997), inserir essa questão dentro de uma discussão sobre o direito das mulheres tomarem decisões acerca de suas vidas reprodutivas, o que significa romper com a perspectiva ética de responsabilizar individualmente a gestante [soropositiva], reconhecer as mulheres como agentes morais e respeitar suas decisões. Caso contrário, corre-se o risco dos profissionais da saúde transformarem seus discursos em instrumentos de imposição de conduta reprodutiva e de se tornarem em mais um instrumento do poder científico de fazer viver as gestantes que “merecem” e deixar morrer as espécies inferiores, da raça ruim, da raça inferior (Foucault, 1999).

A pesquisa abarcou profissionais de diferentes nacionalidades, mas pudemos observar que, apesar das diferenças, encontramos um fator comum: a presença concomitante de sofrimento e prazer ao lidar com pacientes soropositivos. Prazer por perceberem que, na atualidade, eles estão podendo ajudar suas pacientes a manterem a saúde da gestante/mãe e a possibilitar o nascimento de bebês saudáveis. O sofrimento é fruto da consciência sobre a existência de graves problemas de ordem estrutural e política, que dificultam as pacientes latinas de receberem os cuidados de saúde com qualidade. Ao ajudar as pacientes à “*raise a critical view of their situation*” (educação propositiva e dialógica) ou ao “*march and fly my banner [pro-choice] because that is like going back on time*” (defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres), os profissionais da saúde dão exemplos de resistência aos caminhos tortuosos do sistema de saúde americano e vão criando alternativas para driblar suas injustiças.

Não tenho dúvida de que os profissionais entrevistados demonstraram ao longo do meu contato com eles, cada um ao seu modo, uma consciência crítica frente às relações de dominação que permeiam a vida das mulheres latinas:

See, the quality of care, prenatal care, the quality of medication, and the quality of the follow up isn't good in this country. And I think one of the major contributions to the spread of HIV in this country is poor access to health care, in some extent to prenatal care and social programmes in general. I think a more socialized approach to education, health care, and social services, well, would cause a shift in this gap between poor and rich in this country and amongst many, many things would improve the health of HIV people in this country. [Dr. Douglas]. Politician, government needs to keep people thinking they cannot do anything, because they cannot change the system. We have to do a tremendous change in our mind, our political system and make people more power, power

about their on life and make decisions. And to do that we first have to educate people . . . What is happening in the US is very political and it is reflecting in the society. And it is no good to educate people, because educated people can see what's happening . . . [A.S. Lucia].

. . . The government has to change about the policies for Latinas . . . Politician, government needs to keep people thinking they cannot do anything, because they cannot change the system . . . What is happening in the US is very political and it is reflecting in the society. And it is no good to educate people, because educated people can see what's happening . . . [A.S. Maria].

Continuar questionando, refletindo sobre as desigualdades não basta, com certeza, mas é um passo essencial na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos da humanidade. Desse modo, precisamos explorar, em conjunto com as mulheres, como modificar as práticas para minimizar os riscos, ao invés de orientá-las a não amamentar, a não fazer sexo sem preservativo, a não abortar ou a abortar, a tomar a medicação corretamente... Mas fazer isso com a consciência de que precisamos estimular e criar novas estratégias de resistência para que os profissionais possam prover serviços de maneira mais satisfatória para ambos os lados (profissional e paciente), quiçá partilhando saberes nas comunidades e em grupos... Deixamos essa tarefa a novos empreendimentos de atividades de extensão ou de pesquisa.

Além desta sugestão, para futuros projetos de ação em promoção à saúde recomendamos: (a) criação de meios de supervisão psicológica aos profissionais da saúde; (b) ampliação do leque de temas nos programas de capacitação (e.g., discussão sobre representações de maternidade – em especial no que tange aos significados da amamentação e do aborto, a suas percepções sobre raça/etnia e suas possíveis implicações no modo de atendimento à saúde – e discussão do conceito de redução de danos); (c) enfatizar, em congressos de DST/Aids e em outros encontros, a importância de se criar um sistema de saúde universal, integral e descentralizado; e (d) estimular a criação de grupos de aconselhamento e acompanhamento para gestantes HIV-positivas durante o pré-natal, considerando que muitas culturas latinas valorizam o “estar em grupo”.

Como foco de futuras pesquisas, além de algumas indicações apontadas ao longo do artigo, penso ser extremamente relevante analisar profundamente as situações de conversação e argumentação entre pacientes e profissionais no que tange ao enfrentamento de situações cotidianas que envolvem tomadas de decisões (amamentar x não-amamentar; abortar x não-abortar; etc.). Outra questão candente seria investigar as percepções dos profissionais da saúde frente às relações entre elementos étnico-raciais e Aids.

Para encerrar nossa conversa, registro alguns pontos que se referem às limitações dessa pesquisa: (a) as

interpretações empreendidas aqui devem ser compreendidas dentro dos limites de seu recorte histórico, já que a pesquisa foi iniciada no ano de 2000 e terminou em 2005, período de muitas mudanças sociais, políticas e científicas; (b) as culturas latinas também têm suas peculiaridades (Diniz, Souza, & Portella, 1998; Zierler & Krieger, 1997); e (c) a pesquisadora principal é uma brasileira que empreende um olhar psicossocial sobre uma cultura ‘experimentada na pele’, mas que não é a sua cultura; através do transculturalismo a pesquisadora pode re-pensar sobre si mesma enquanto mulher, latina e pesquisadora social. Parafraseando Petchesky (1998), sua viagem pelo mundo de outras mulheres capacitou-a não somente a descobrir a subjetividade dessas mulheres, como também reanimar a sua própria.

Referências

- Agne, R. R., Thompson, T. L., & Cusella, L. P. (2000, August). Stigma in the line of face: Self-disclosure of patients' HIV status to health care providers. *Journal of Applied Communication Research*, 28(3), 235-261.
- Alpert, B. (1993, December 30). Fight brews as Clinton Backs Medicaid Abortions. *New Orleans Times-Picayune*, B1.
- Attie, H. T. (2000). *Motivation for pregnancy in HIV-infected women*. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Berkely, CA.
- Barbosa, R. M., & Lago, T. G. (1997). Aids e direitos reprodutivos: Para além da transmissão vertical. In R. Parker (Ed.), *Políticas, instituições e Aids. Enfrentando a epidemia do Brasil* (pp. 163-176). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Barollier, P. (2001, 14 ago.). EUA-Aids: Temores de aumento da epidemia da Aids nos Estados Unidos. *Agence France-Presse*. Retrieved November 9, 2009 from http://www.aegis.com/news/afp/2001/AF010835_PT.html
- Barsted, L. A. L. (1998). Sexualidade e reprodução: Estado e sociedade. In E. D. Bilac & M. I. B. Rocha (Eds.), *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: Temas e problemas* (pp. 147-181). Campinas, SP: PROLAP.
- Bergenström, A., & Sherr, L. (2000). A review of HIV testing policies and procedures for pregnant women in public maternity units of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *AIDS Care*, 12(2), 177-186.
- Boyle, M. (1997). Re-thinking abortion. Psychology, gender, power and the law. New York: Routledge.
- Bruyn, M. (2003, November.). Safe abortion for HIV-positive women with unwanted pregnancy: A reproductive right. *Reproductive Health Matters*, 11(22), 152-161.
- Carmona, J. V., Romero, G. J., & Loeb, T. B. (1999). The impact of HIV status and acculturation on Latinas? Sexual risk taking. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5(3), 209-221.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008, November 28.). Abortion surveillance - United States, 2005. *Surveillance Summaries*, 57(SS13), 1-32. Retrieved November, 23, 2009 from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5713a1.htm>
- Corrêa, S. (1994). *Population and reproductive rights: Feminist perspectives from the south*. London: Zed Books.
- Curtis, C. (2007). USAID's Postabortion Care Program: Spontaneous and induced abortion in developing countries. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 52(4), 368-375.
- d'Oliveira, A. F., Couto, M. T., & Cardoso, M. A. (2007). Mulheres vivendo com HIV/Aids parceiras de usuários de drogas injetáveis. *Revista de Saúde Pública*, 41(Supl. 2), 31-38.

- Diniz, S. G., Souza, C., & Portella, A. P. (1998). Not like our mothers: Reproductive choices and the emergence of citizenship among Brazilian rural workers, domestic workers and housewives. In R. P. Petchesky & K. Judd (Eds.), *Negotiating reproductive rights: Women's perspectives across countries and cultures* (pp. 31-68). New York: Zed Books.
- Ferreira, F. C., & Nichiata, L. Y. I. (2008, set.). Mulheres vivendo com Aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: Revelando o diagnostico [Eletronic version]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 483-489. Retrieved November 23, 2009 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300010&lng=en&nrm=iso
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2007). *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Hebling, E. M. (2005). *Mulheres soropositivas para HIV: Sentimentos associados à maternidade e à orfandade*. Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP.
- Levi, J., & Kates, J. (2000, July). *HIV: Challenging the health care delivery system*. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1033-1036.
- National Abortion Federation. (2006). *Public funding for abortion: Medicaid and the Hyde Amendment*. Washington, DC: Author. Retrieved November 23, 2009 from http://www.prochoice.org/pubs_research/publications/downloads/about_abortion/public_funding.pdf
- National Latina institute for Reproductive Health. (2005, July). Latina immigrants and abortion. *Fact Sheet*. New York: Author. Retrieved November 21, 2009 from <http://latinainstitute.org/sites/default/files/publications/Latina%20Immigrants%20and%20Abortion%20Final.pdf>
- Parker, R. (1992). Sexual diversity, cultural analysis, and AIDS education in Brazil. In G. Herdt & S. Lindenbaum (Eds.), *The time of AIDS: Social analysis, theory and method* (pp. 225-242). Newbury Park, CA: Sage.
- Parker, R. (2002, March). The global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities and the politics of international health. *American Journal of Public Health*, 92(3), 343-346.
- Parker, R., Herdt, G., & Carballo, M. (1999). Sexual culture, HIV transmission, and AIDS research. In R. Parker & P. Aggleton (Eds.), *Culture, society and sexuality: A reader* (pp. 419-433). Philadelphia, PA: UCL Press.
- Parra, E. O., Doran, T. I., Ivy, L. M., Aranda, J. M. R., & Hernandez, C. (2001). Concerns of pregnant women about being tested for HIV: A study in a predominantly Mexican-American population. *AIDS Patient Care and STDs*, 15(2), 83-93.
- Patton, M. K. (1990). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Peck, J., & Bezold, C. (1996). Health care and AIDS. In S. Z. Theodoulou, *AIDS: The politics and policy disease* (pp. 98-105). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Petchesky, R. (1998). Cross-country comparisons and political visions. In R. P. Petchesky & K. Judd. (Eds.), *Negotiating reproductive rights: Women's perspectives across countries and cultures* (pp. 295-323). New York: Zed Books.
- Roso, A., & Parker, R. (2002). Psicologia e a construção social da sexualidade: Uma revisão dos conceitos de poder nos escritos de Foucault, Weeks e Rubin. *Psico (PUCRS)*, 33(2), 327-342.
- Schackman, B. R., Goldie, S. J., Weinstein, M. C., Losina, E., Zhang, H., & Freedberg, K. A. (2001, September). Cost-effectiveness of earlier initiation of antiretroviral therapy for uninsured HIV-infected adults. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1456-1463.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2001). Reasons and justifications for considering pregnancy among women living with HIV/AIDS. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 112-123.
- Silva, N. E. K., Alvarenga, A. T., & Ayres, J. R. C. M. (2006). Aids e gravidez: Os sentidos do risco e o desafio do cuidado [Eletronic version]. *Revista de Saúde Pública*, 40(3), 474-481.
- The Kaiser Family Foundation. (2009, September). HIV/AIDS policy: Latinos and HIV/AIDS. *Fact Sheet*, 6007(7).
- Theodoulou, S. Z. (1996). AIDS equals politics. In S. Z. Theodoulou, *AIDS: The politics and policy disease* (pp. 2-15). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Thompson, J. B. (1995). *Ideologia e cultura moderna: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Rio de Janeiro, RJ: Vozes.
- Zierler, S., & Krieger, N. (1997). Reframing women's risk: Social inequalities and HIV infection. *Annual Review of Public Health*, 18, 401-436.
- Zubaran, G. M., Giugliani, E. R. J., Scanlon, T., Rosa, H., Castilhos, K., Feldens, L., et al. (2003). Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil [Aconselhamento e testagem voluntária para o HIV durante assistência pré-natal]. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 552-558.

Received 11/09/2009
Accepted 05/01/2010

Adriane Roso. Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.