



QUEM DECIDE (OU NÃO) PELA CAMISINHA? A ABORDAGEM DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM LIGAÇÕES PARA UM CALL CENTER GOVERNAMENTAL SOBRE SAÚDE

Ana Cristina Ostermann (UNISINOS)
Tatiane Rosa Carvalho (UNISINOS)
Minéia Frezza (UNISINOS)

RESUMO: Neste artigo analisamos, através da perspectiva teórico-metodológica da análise de categorias de pertença (ACP), relatos em ligações para um call center do governo federal para buscar informações sobre o uso de preservativo masculino em relações heterossexuais. A análise evidencia que os homens decidem não usar o preservativo e as mulheres consentem a essa decisão. Já nas interações em que as usuárias se declaram casadas, o uso de preservativo não é assunto em pauta. Concluimos que há uma falta de agentividade feminina na negociação do uso do preservativo.

PALAVRAS-CHAVE: Gênero, saúde, doenças sexualmente transmissíveis, análise de categorias de pertença (ACP)

WHO DECIDES (OR NOT) ABOUT THE USE OF CONDOMS? THE TOPICALIZATION OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES PREVENTION IN CALLS TO A GOVERNMENT HELPLINE ON HEALTH ISSUES

ABSTRACT: In this paper we analyze, by means of the theoretical and methodological framework of membership categorization analysis (MCA), reports about the use of male condoms in heterosexual relations in calls to a government helpline on health issues. The data analysis reveals that males decide not to use the condoms and the women consent to this decision. In the calls in which the callers report being married, the use of condoms is not even topicalized as an issue. We conclude that there is a persistent lack of female agentivity in the negotiation of the use of male condoms.

KEY-WORDS: Gender, health, sexually transmitted diseases, membership categorization analysis (MCA)

Introdução

Tem-se acompanhado um crescimento na oferta de teleatendimentos nas mais diversas áreas de prestação de serviços no Brasil e no mundo. Bancos, operadoras de telefonia, empresas aéreas, entre outras, há muito parecem ter atentado para os benefícios que esse tipo de atendimento oferece. O governo brasileiro também aderiu aos teleatendimentos e já oferece centrais que fornecem informações sobre serviços prestados por diversos ministérios e secretarias e, entre esses serviços, encontra-se o Disque Saúde. Desde 1996, o Ministério da Saúde brasileiro disponibiliza esse serviço de atendimento à população. O Disque Saúde tem como objetivo viabilizar o acesso a informações sobre campanhas de saúde, esclarecimento de dúvidas e recebimento de orientações sobre doenças.

Trata-se da única central de teleatendimento à saúde pública de abrangência nacional, o que contrasta com a larga quantidade de *call centers* de atendimento à saúde em países de economia e políticas mais sólidas. Dentre as vantagens do atendimento prestado pelo Disque Saúde, podemos citar a possibilidade de uma redução dos custos referentes aos gastos públicos, uma alternativa às filas de espera em postos de saúde e hospitais, bem como uma maior acessibilidade ao serviço, visto que em locais onde não há atendimento médico, o serviço telefônico torna-se uma alternativa de acesso a informações referentes à saúde.

Sabemos que há diversos estudos que tratam de interações via telefone em contextos diversos (e.g. SACKS, 1992; CAMERON, 2000), contudo, ainda há poucos estudos semelhantes no Brasil, sobretudo acerca de interações telefônicas na saúde (OSTERMANN; SOUZA, 2011). Apresentamos, aqui, uma das análises que podem ser feitas nesse contexto interacional com dados de fala em português brasileiro.

O presente trabalho se propõe a analisar as narrativas oferecidas por mulheres que solicitam informações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em ligações ao Disque saúde. Tais narrativas justificam o motivo da



ligação, qual seja, a relação sexual que originou o risco de contágio por alguma DST. Em posse desses dados, objetivamos descrever a agentividade expressa pelas usuárias do Disque Saúde quanto ao poder de decisão sobre o uso de preservativos.

Conforme Brasil (2006), sexo seguro, que consiste no uso do preservativo masculino ou feminino em todas as relações sexuais para proteção de DSTs e de gravidez indesejada, é um direito já reconhecido em leis nacionais e internacionais. Porém, vários estudos brasileiros (SOUSA; SANTO; MOTTA, 2008; VILLELA, 1999; SAMPAIO et al, 2010) constataam que esse direito é frequentemente violado por atitudes sexistas, uma vez que inúmeras mulheres assentem que seus parceiros tomem a decisão quanto ao uso do preservativo sozinhos, relatando não se sentirem confortáveis para participarem dessa decisão.

Contudo, comportamentos sexistas não são intrínsecos aos seres humanos. Como apontam diversos estudos feministas, somos *ensinados/as* a nos comportar como mulheres ou como homens. A fim de nos enquadrarmos em um ou outro gênero, obedecemos aos padrões culturalmente estabelecidos sobre como devemos agir. Dessa forma, nos fazemos responsáveis pelo sexo que nos foi atribuído ao nascimento, e assim desempenhamos comportamentos tidos como apropriados (WEST; ZIMMERMAN, 1987). Se o sexismo é um dos fatores que influenciam a agentividade na decisão de usar ou não preservativo, pode-se considerar que a primeira atitude a ser tomada quanto à prevenção de DST seja a desconstrução de concepções tradicionalistas de gênero.

Movimentos feministas advogam pelo direito da mulher de controlar seu próprio corpo e fazer escolhas referentes à sua vida sexual livremente, inclusive com relação a ter ou não filhos/as e em que momento tê-lo/la(s). Historicamente, em maior ou menor escala, sempre houve uma preocupação com a gravidez indesejada. Speroff e Darney (1996, p. 151) afirmam que “uso de anticoncepcionais vaginais é tão antigo quanto o Homo sapiens”, pois há referências já nos mais antigos escritos a técnicas com propriedades

espermicidas ou que funcionavam como uma barreira entre espermatozoides e óvulos. Na década de 1960, antes da invenção da pílula anticoncepcional, as formas mais comuns de prevenção da gravidez eram diafragmas, pessários, coito interrompido e preservativo (DOMINIAN, 1989).

Com a chegada da primeira pílula anticoncepcional ao Brasil em 1962 – ENOVID –, depois de dois anos de sua aprovação nos Estados Unidos pelo FDA (*Food and Drug Administration*), houve uma revolução no conceito e no exercício da sexualidade. A difusão dos meios de contracepção proporcionou um aumento considerável da prática sexual, pois desvinculou a relação heterossexual da reprodução (DOMINIAN, 1989). A partir do conhecimento de que as pílulas anticoncepcionais garantiam a contracepção, as pessoas passaram a ter mais liberdade no exercício da relação heterossexual e, conseqüentemente, aumentou-se o número de parceiros/as, pois a gravidez indesejada deixou de ser um dos fatores que repreendia essa prática.

Porém, não houve a mesma preocupação com a transmissão de DSTs. Como se sabe, a pílula anticoncepcional é somente um método contraceptivo, mas não previne DSTs. A camisinha, além de ser um método de contracepção, também é o meio mais eficaz de prevenção de DSTs. Contudo, leigos/as e profissionais da saúde só atentaram para as DSTs e para sua prevenção com o surgimento da AIDS, na década de 1980, por sua capacidade de levar à morte (BERQUÓ; SOUZA, 1994). Assim, a camisinha, que foi historicamente estigmatizada por ter sido circunscrita à prevenção de DSTs em relações sexuais com profissionais do sexo (BERQUÓ; SOUZA, 1994), passou a ser considerada o meio mais seguro de prevenção dessas doenças e voltou a ser largamente utilizada depois do aparecimento da AIDS.

Ainda assim, conforme Brasil (2011), a incidência anual de transmissão de DSTs curáveis no país é de 10 a 12 milhões de casos e estima-se números semelhantes de contração de DSTs não curáveis, tais como herpes genital, papiloma vírus humano (HPV), hepatite B e HIV. Tais números apontam para a necessidade de compreender melhor as razões pelas quais as pessoas não estão se prevenindo contra estas doenças. Acreditamos que o estudo aqui proposto possa



lançar alguma luz sobre essas questões, ao descrever as razões pelas quais as mulheres em nossos dados não utilizaram preservativos masculinos em suas relações sexuais.

Metodologia

Essa pesquisa faz parte de um projeto de pesquisa maior, intitulado “Atendimentos à saúde da mulher: por análises interacionais aplicadas às práticas profissionais” e financiado pelo CNPq, que analisa, por uma perspectiva interacional, entre outros dados, ligações para o Disque Saúde. Por questões éticas, a fim de garantir o anonimato dos/das participantes, os nomes utilizados nas transcrições são fictícios para as/os atendentes e, para as usuárias, que raramente se identificam, optamos não utilizar nomes, nem mesmo fictícios. Para estas, utilizamos o termo “usuária”, por ser um termo comum a documentos que se referem a cidadãs que utilizam o SUS. Os dados analisados circunscrevem-se a gravações de ligações feitas entre 2007 e 2009.

Depois de selecionadas, as ligações foram transcritas, de acordo com as convenções propostas por Gail Jefferson (2004)¹ e adaptadas por Schnack, Pisoni e Ostermann (2005) e pelo Grupo de Pesquisa “A Fala-em-Interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais” e se encontram em anexo. A coleção de dados total é composta por 144 ligações feitas por mulheres ao Disque Saúde. Contudo, nesse estudo utilizamos apenas as ligações em que há a negociação pelo uso do preservativo e as ligações em que o risco ou a contaminação por alguma DST ocorreu no casamento.

Para tanto, circunscrevemos os excertos analisados para esta investigação a dois momentos das ligações: (a) momentos em que as usuárias relatam a negociação do uso de preservativo masculino em relações heterossexuais não estáveis; e (b) momentos em que as usuárias justificam a suposta forma de contágio e/ou de exposição a fatores de risco em relações

¹ As convenções de transcrição foram originalmente compiladas em 1984, no entanto, utilizamos por referência o texto de 2004.

conjugais. As categorizações acionadas em tais momentos interacionais e o trabalho de descrição de predicados associados a essas categorias são o foco da análise.

Análise de categorias de pertença

Analisamos os dados por meio da abordagem conhecida como Análise de Categorias de Pertença (ACP) (Sacks, 1992; Sell; Ostermann, 2009). Sacks (1992), pioneiro nos estudos dessa abordagem, descreve categorias de pertença como classificações ou tipos sociais que podem ser usados para descrever pessoas. Como exemplos, podemos listar as categorias político/a, mulher, homem, *nerd*, astronauta, amigo/a, etc.

As categorias de pertença são utilizadas com o apoio de Dispositivos de Categorização de Pertença² (doravante DCP), que são acionados tacitamente através do nosso conhecimento de senso comum. Um dos tipos de DCP é o par relacional padronizado³ (PRP), em que duas categorias são colocadas juntas, de forma pareada, e podem envolver questões de direitos e de obrigações recíprocas, como mãe-filho/a, cônjuge-cônjuge, etc.

Como as categorias de pertença realizam ações diferentes em diferentes contextos interacionais, elas não são fixas. Assim, conforme Watson e Weinberg (1982 apud STOKOE, 2006, p. 474-475. Tradução nossa), “[...] uma determinada ‘mulher’ pode também ser adequadamente categorizada como ‘mãe’, ‘esposa’ ou ‘filha’, com cada categoria carregando uma coleção de atividades ligadas a ela, predicados ou direitos e obrigações que são esperados que uma pessoa representante daquela categoria possua.⁴ Sempre que houver a descrição de alguma atividade, imediatamente acionamos nosso senso comum para atribuir tal

² *Membership Categorization Device (MCD)* (Sacks, 1992), traduzido por Ostermann e Sell (2009).

³ *Standardized Relational Pair* (Sacks, 1992), traduzido por Ostermann e Sell (2009).

⁴ Cf. o trecho original: “[...] a particular ‘woman’ may also be correctly categorized as a ‘mother’, ‘wife’ or a ‘daughter’, with each category carrying a different set of category bound activities, predicates, or rights and obligations that are expectable for an incumbent of that category to perform or possess.”



atividade a uma categoria, e, quando sabemos qual categoria aplicar a alguém, imediatamente acabamos por saber um pouco sobre tal pessoa (HESTER; FRANCIS, 2004).

Dessa forma, West e Zimmerman (1987) ressaltam que:

As pessoas têm muitas identidades sociais que podem ser enobrecidas ou diminuídas, silenciadas ou salientadas, dependendo da situação. Uma pessoa pode ser um/a amigo/a, um/a profissional, um/a cidadão/cidadã, e muitas outras coisas para pessoas diferentes – ou para a mesma pessoa em diferentes momentos.⁵ (ZIMMERMAN, 1987, p. 139. Tradução nossa.)

Ou seja, assumimos diferentes papéis sociais a todo instante e somos responsabilizados de diferentes formas por nossas ações, dependendo da categoria em que nos inserimos a cada momento. Contudo, ainda conforme West e Zimmerman (1987, p. 140. Tradução nossa), “[...] a categoria de sexo é onipresente. Então, qualquer situação, conflitante ou não, oferece recursos para se fazer gênero”⁶.

Bucholtz (1999) destaca que a produção de categorias de gênero acontece *localmente*; por conseguinte, nos construímos por detalhes do discurso que são moldados à medida que adotamos (ou “somos adotados/as” por) um gênero, a cada novo momento na interação. Conforme Hester e Francis (2004, p. 39. Tradução nossa), “em termos gerais, a importância dessas categorias de pertença, de alguma forma, é que elas promovem um meio para atribuímos sentido ao mundo social”.⁷ Ao acionarmos categorias, temos acesso às atividades que são relacionadas a elas e, assim, pelo conhecimento de mundo que temos, podemos discernir para que ação determinada categoria se orienta em diferentes momentos de uma interação. Como consequência desse processo, compreendemos a organização social dos/as participantes da conversa.

⁵Cf. o trecho original: “Individuals have many social identities that may be donned or shed, muted or made more salient, depending on the situation. One may be a friend, spouse, professional, citizen, and many other things to many different people – or, to the same person at different times.”

⁶ Cf. o trecho original: “[...] sex category is omnirelevant, then any occasion, conflicted or not, offers resources for doing gender.”

⁷ Cf. o trecho original: “in general terms, the significance of these membership categories, on one level, is that they provide a means for us to make sense of the social world.”

As usuárias do Disque Saúde pertencem a diversas categorias identitárias. Mesmo que muitas categorias não tenham emergido nas interações, ainda assim, constituem quem essas mulheres são. Land e Kitzinger (2011), ao tratarem de “camadas de categorias”, afirmam que uma mulher não deixa de ser mulher apenas por não demonstrar orientação para seu gênero em sua fala. Do mesmo modo, as usuárias, nesta pesquisa, não deixam de ser mães, avós, irmãs, líderes comunitárias e politicamente engajadas, vítimas de violência, etc., apenas por não invocarem especificamente essas categorias durante as ligações.

No presente estudo, procuramos descrever as identidades que se tornaram salientes no “aqui-e-agora” dos atendimentos às ligações para o Disque Saúde, sem, contudo, ignorar o pertencimento dessas mulheres a uma série de outras categorias que estão em camadas às quais não temos necessariamente acesso ao longo das interações analisadas.

Sobre o disque saúde

A central do Disque Saúde localiza-se em Brasília, junto à Ouvidoria do SUS. A instituição tem como missão e filosofia “democratizar a informação de saúde” e “educar para a cidadania” (SILVA, 2009, p. 9). As/os atendentes proveem informações oriundas de um banco de dados do Ministério da Saúde, ao qual têm acesso através do uso de um computador. O serviço não substitui a consulta médica, visto que os/as atendentes podem apenas esclarecer dúvidas dos/as usuários/as, mas não podem prover diagnósticos nem prescrever medicamentos, haja vista que são ainda estudantes de cursos de graduação, mesmo que na área da saúde. De acordo com as necessidades do/a usuário/a, encaminhamentos a instituições públicas de saúde podem ser feitos.

Ao fazer uma ligação para o Disque Saúde, os/as usuários/as ouvem algumas informações sobre dúvidas mais frequentes, que estão gravadas e podem ser acessadas a partir de um menu automático, ou os/as usuárias podem selecionar a opção “falar com um/a atendente” a qualquer momento na



ligação. Ao falar com um/a atendente, os/as usuários/as normalmente solicitam determinada informação; em seguida, os/as atendentes buscam por respostas em um banco de dados digitalizado, muitas vezes lendo as informações sobre tal dúvida⁸.

Análise e discussão dos dados

Os dados analisados nesta pesquisa estão divididos em duas seções, baseadas nos seguintes tipos de excertos: (a) momentos em que as usuárias relatam sobre a negociação do uso de preservativo masculino em relações heterossexuais não estáveis; e (b) momentos em que as usuárias justificam a suposta forma de contágio e/ou de exposição a fatores de risco em relações conjugais.

Relatos de negociação do uso de preservativo masculino em relações não estáveis

Nesta subseção, analisamos dois excertos em que as usuárias contam que não usaram preservativo para atender a preferência de seus parceiros. Na interação de onde advém o Excerto 1, a seguir, a usuária relata que se relacionou sexualmente com duas pessoas sem o uso da camisinha e que não sabe de quem contraiu o vírus HPV. O excerto aqui analisado apresenta o argumento que um de seus parceiros utilizou para convencê-la a não utilizar preservativo.

Excerto 1: DISK200707CamilaHPV

423 USUÁRIA: a:í >a gente acabou< tendo contato ↓físico (.) né (.) no

424 caso eu já tive ↑dois par↓ceiros (.) preste a[tenç]ã:o.

425 CAMILA: [sim]

426 USUÁRIA: .h a↑í- só que quando eu tiv-? e eu não usei camisinha <**de no:vo.**>

427 (1.2)

⁸ Mais detalhes sobre a estrutura das ligações do Disque Saúde podem ser acessados em Silva (2009) e Pereira (2013).



- 428 USUÁRIA: .h porque é assim, é aquela questão >de que ele fica< ha:i
429 (>d- no ra↑paz<) é porque você tá na- **você tá: iniciando**
430 **ago:ra, camisinha dói mu:ito, é melhor se::m, (.)** .h e aí
431 eu peguei aca↑be:i (.) eu não ↓sei muita burrada mi:nha
432 enten↑deu muita burrada ↓me:smo
433 (0.4)
434 USUÁRIA: .h ↑só que aí quando aconteceu com essa segunda- pessoa,
435 (0.4) eu não usei camisinha >de novo< e no ↑outro dia eu fiquei
436 me co↑ça:ndo
437 (0.6)
438 CAMILA: s:im.

A usuária relata o possível contágio de HPV ao mencionar que teve dois parceiros sexuais, sendo que com nenhum deles houve o uso de preservativo. Isso é evidenciado na linha 426, quando a usuária enfatiza que quando se relacionou com o segundo parceiro, eles não utilizaram camisinha “de novo”. A usuária afirma que seu segundo parceiro a persuadiu a não utilizar camisinha através do argumento de que ela estava iniciando sua vida sexual e, por esse motivo, se optassem por usar preservativo, ela sentiria dor (linhas 428-430). Através do uso da palavra “burrada” (linha 432), a usuária faz uma autoavaliação negativa de seu comportamento. Ao fazê-lo, entendemos que a usuária reconhece que sua ação a colocou em risco. No entanto, a usuária relata ter sido persuadida pelo parceiro a não usá-lo. Como resultado de não utilizar preservativo em ambas as relações sexuais, a usuária contraiu HPV⁹ e não sabe quem a infectou. Ao afirmar que tem consciência do erro que cometeu, a usuária minimiza sua culpa pela situação, visto que relata ter sido convencida por seu parceiro a não usar o preservativo (linhas 428-430), ao qual ela aloca a categoria de responsável pela decisão. O excerto apresentado em seguida faz parte de uma ligação em que a usuária questiona sobre vários aspectos relacionados ao vírus HIV. No excerto em questão, ela pergunta sobre o teste anti-HIV.

Excerto 2: DISK020909FernandaAIDS

- 144 USUÁRIA: ass:im. (1.0) é:: (1.5) .hhh ↑tem te:m:: (0.5)
145 é: a pe- pode- a pesso:a pode- pode fazê: exa:mes

⁹ A usuária relata ter contraído HPV em um momento da interação posterior ao momento do excerto aqui apresentado.



- 146 pra:: (.) .h pra sabê se:- se:: >se tem< h-i-↑v:-
147 (1.6)
148 FERNANDA: se a pessoa po:de fazer exame pra sabê se ↑tem h-i↑v-
149 (.)
150 USUÁRIA: ã↑hã:m
151 (0.7)
152 FERNANDA: si:m você gostaria de sabê como é ↑fe:ito esse e↑xa:me
153 (.)
154 USUÁRIA: sim é porque eu queri:a- eu queria:: (0.6) é- eu
155 queria que >o meu namorado< fizesse.
156 (0.3)
157 USUÁRIA: [°o exa:me°]
158 FERNANDA: [ce:рто] e você já conversou com ele sobre ↑i:sso
159 USUÁRIA: .h nã:o não assim **porque:: (0.3) ele gosta sempre**
160 **de:: (1.1) não usá preservati:vo** (0.6) enten↑deu
161 (1.6)
162 FERNANDA: s:im(.) e o que você gostaria de saber exatame:nte sobre is:so
163 (1.3)
164 USUÁRIA: .hh assi::m eu queria sabê se contai o vri::- o- o
165 ví:rus se não usá.
166 (0.5)
167 FERNANDA: como?
168 (0.7)
169 USUÁRIA: se contai o ví:rus se- ↑se: o: se: (.) <transmite o
170 ví:rus> se não usá:.

Nas linhas 144-146, a usuária produz uma hesitação – visível pela produção de pausas, alongamentos e repetições – ao formular sua dúvida, qual seja, saber se “a pessoa” (referente generalizado que torna o assunto comum a qualquer um/a que esteja em determinada situação) pode realizar um teste para saber se está infectada com o vírus HIV. Na linha 148, a atendente formula seu entendimento da questão, que é aceito pela usuária na linha 150. Na linha 152, a atendente questiona se a usuária deseja saber como o exame é feito, que é confirmado pela usuária que, por sua vez, também justifica seu questionamento sobre esse teste (linhas 144-146) – i.e. diz que deseja que seu namorado o faça, visto que ele não “gosta” de usar preservativo (linhas 159 e 160). Assim, ela se constrói como uma mulher que se preocupa com sua saúde, uma vez que pergunta se o vírus pode ser transmitido ao não usar preservativo (linhas 164-165 e 169-170), enquanto responsabiliza seu parceiro pela decisão de não usá-lo.

Em ambas as ligações, as mulheres são influenciadas pelo desejo de seus parceiros, de não utilizar preservativo. O primeiro é reportado como membro de uma categoria de pessoa mais experiente para convencer a parceira a não utilizar camisinha, ao passo que o segundo apenas explicita sua preferência por não usar preservativo. As usuárias em questão alocam para si a categoria de mulheres preocupadas com a saúde, visto que buscam atendimento no Disque Saúde para obter informações acerca de seu bem estar e possível contágio por DSTs. Entretanto, também demonstram permitir que prevaleça o desejo de seus parceiros de não usar o preservativo, o que evidencia a falta de agentividade dessas mulheres sobre essa decisão.

Justificativa da suposta forma de contágio e/ou exposição a fatores de risco pela relação conjugal

Nesta subseção, há dois excertos em que usuárias justificam a forma de contágio e/ou exposição a fatores de risco de contágio pelo vírus HIV em relações sexuais conjugais. Em nenhum dos dois, o uso ou a negociação sobre o uso de preservativo é mencionado. No excerto seguinte, a usuária, que espontaneamente se identifica como Leandra, presta contas da busca pelo atendimento afirmando ter passado por uma “situação de risco” (linhas 5 e 6):

Excerto 3: DISK270709BeatrizAIDS

- 1 BEATRIZ: saúde, beatriz, ↑bom di:a eu posso ajuda:r?
2 (0.6)
3 USUÁRIA: ↑be:atriz bom di:a >minha filha<. cê tá me ouvindo bem?
4 BEATRIZ: si:m, senhora. °estou te ouvindo.°
5 USUÁRIA: olha, o meu nome é lea:ndra, (.) **e: eu passei assim por uma**
6 situação de ri:sco, e eu >↑gostaria< que você me desse
7 informações por fa↑vo:r
8 (.)
9 BEATRIZ: >.h certo. mas seria-< (.) situação de ri:sco, que ↑tipo de
10 informação que a senhora quer obtê.
11 (0.4)
12 USUÁRIA: >↑**não olha** ↓só< **o meu espo:so, ele tá:: (.) ele tá: assim com**
13 esse vírus do h-i-v-
14 (.)
15 BEATRIZ: si::m,



16 USUÁRIA: entendeu? (0.5) só que eu já fiz o teste, (0.6) nós
17 descobrimos isso no ano passado em <outubro.> (0.5) .h aí eu
18 já fiz já ↑dois teste e gra:ças a de:us eu não fui
19 contaminada.
20 BEATRIZ: ce:rto

Percebemos que, assim como a identificação da usuária, o provimento do motivo da ligação é espontâneo, sem que a atendente o tenha solicitado diretamente. A usuária afirma precisar de informações por ter passado por uma situação de risco (linhas 5-6) e a atendente então solicita à usuária especificar o tipo de informação que gostaria de obter (linhas 9 e 10) de forma a delimitar o escopo da informação que será dada (OSTERMANN; SOUZA, 2011).

Nas linhas 12 e 13, a usuária dá início a uma narrativa sobre como entrou em uma situação de risco, relatando que seu esposo está com o vírus HIV. Observa-se que essa narrativa não responde à pergunta feita pela atendente nas linhas 9 e 10, que elicitava o tipo de informação que a usuária necessitava. O que essa afirmação faz, contudo, é retirar da usuária a responsabilidade de ter realizado uma ação moralmente “questionável” (i.e. ter uma relação sexual extraconjugal desprotegida) e transfere essa responsabilidade ao seu marido.

Na interação a seguir, Excerto 4, a usuária pergunta sobre quanto tempo, após a contaminação pelo vírus HIV, pode haver manifestação de sintomas da doença. Após responder à dúvida da usuária, o atendente pergunta se há alguma outra dúvida, ao que a usuária se identifica como portadora do vírus HIV e presta contas da contaminação, como pode ser observado no excerto seguinte.

Excerto 04: Disk040909AnselmoHIV

54 ANSELMO: mais alguma ↑dú:vida
55 USUÁRIA: ↓não o-o- ↑outra coisa tá:: eu::- **eu- eu tenho o vírus da aids eu**
56 peguei do meu ma↑ri↓do
57 (0.8)
58 USUÁRIA: .hh tá, ele só- só que ele faleceu faz <↑onze meses>
59 (1.2)
60 USUÁRIA: .h e e:u nunca imagina:va ↑né
61 (1.4)



62 USUÁRIA: que ele tinha ↓isso ↑né
63 (1.3)
64 USUÁRIA: ↑eu fiquei: sabe::ndo faz- em feve↑reiro >que eu fiquei<
65 sabe::ndo porque eu fui interna::da, .hh eu tava perdendo pe::so,
66 ↑né daí eu fiquei sabendo lá no >hospi↑ta:l<

Na linha 55, a usuária espontaneamente se identifica como portadora do vírus HIV e presta contas sobre como se deu sua contaminação ao afirmar que “pegou” o vírus do marido (linha 56). De modo similar ao que se percebe no excerto analisado anteriormente, a atribuição do motivo para a contaminação se dá através do provimento de uma categoria de pertença (“marido”) e da atividade sexual associada ao par relacional cômjuge-cômjuge. A usuária afirma nunca ter sabido “que ele [marido] tinha isso” (linhas 60 e 62), prestando contas de sua contaminação, justificando-a devido a sua falta de conhecimento da condição do marido. A usuária, assim, se afasta de categorias que possam associá-la a relações sexuais casuais, ao passo que se constrói como conhecedora da relação sexual desprotegida como forma de transmissão do HIV.

Ela provê ainda mais argumentos que reiteram seu desconhecimento a respeito da condição do marido, mesmo após sua morte. Na linha 66, ela relata que a descoberta de sua condição de portadora do HIV se deu de forma inesperada. Ela afirma ter ido ao hospital por estar “perdendo peso” (linha 65), um sintoma que parece não ter sido associado ao HIV prontamente. Dessa forma, a usuária se coloca na categoria de vítima de seu desconhecimento da doença do marido e, portanto, vítima também do HIV. Ao se categorizar como não conhecedora da sua própria exposição à doença, não pode ser responsabilizada por sua falta de cuidados para evitar a contaminação.

Nessa subseção, chamamos a atenção para o modo com que as usuárias justificam sua contaminação ou exposição a fatores de risco de transmissão do HIV. Através de uma justificativa, os/as atores/as sociais prestam contas do que estão fazendo em termos de razões, motivos ou causas para suas ações. De acordo com a literatura (COULON, 1998; HERITAGE, 1990), esse fenômeno se



manifesta quando a atividade em questão é, de algum modo, problemática e/ou não moralmente aceitável¹⁰.

Ao prover justificativas em suas narrativas, as usuárias acionam o par relacional cônjuge-cônjuge e mencionam a atividade sexual associada a essas categorias para prestar contas sobre como se expuseram ao HIV. Ao evocarem essas categorias, as mulheres negociam uma identidade passiva na situação de risco de contaminação pelo HIV, não tomando para si a responsabilidade, mas atribuindo-a aos seus parceiros. A negociação de pertencimento – ou de não pertencimento – a dadas categorias colabora para a construção de categoria de mulheres que têm relação sexual no casamento, são preocupadas com sua saúde e foram vítimas do HIV como um fator externo ao seu controle, devido ao não conhecimento da condição de seus parceiros.

Considerações

As mulheres apresentadas nas duas primeiras ligações analisadas, mesmo relatando saber dos riscos envolvidos em ter relações sexuais sem uso de preservativos, optaram por não utilizá-los. Essas mulheres relatam terem sido influenciadas por seus parceiros e, com base na predileção expressa por eles, decidido abrir mão da prevenção de DSTs.

Já nos dois últimos excertos, as mulheres mencionam que o portador do vírus HIV com o qual tiveram relação sexual era seu marido. Essas mulheres omitem qualquer discussão sobre o uso (ou não) de preservativo. Em outras palavras, assumem a ausência de uso de preservativos na relação sexual “conjugal” como uma atividade ligada a essa categoria de relação.

Os resultados desse trabalho remontam a importância de devotar mais políticas educacionais para homens e mulheres a fim de que se conscientizem quanto aos cuidados com sua saúde e de seus/suas parceiros/as. Entre o par relacional cônjuge-cônjuge, obviamente, é um direito de qualquer uma das

¹⁰Para maiores detalhes acerca de justificativas prestadas por usuárias do Disque Saúde, ver Carvalho (2012).

partes exigir o uso de preservativo, mesmo que entre parceiros/as dentro de uma relação supostamente monogâmica. No entanto, nossos dados apontam que esse direito ao poder de decisão sobre o uso (ou não) de preservativos não é igualitário para homens e mulheres.

As narrativas providas pelas usuárias neste estudo parecem se orientar para o que é tido como moralmente aceitável em nossa sociedade. Tratando-se de interações referentes à DSTs e ao vírus HIV, entendemos que essas interações também demonstram a orientação das usuárias em afastar-se de categorias que possam ser associadas a essas doenças no senso comum (i.e. "promíscua", "vadia", etc.). Ao acionar categorias como "esposa" e "namorada", acreditamos que as usuárias constroem também identidades de mulher que podem corresponder ao que julgam ser esperado delas.

Meyer et al. (2004) afirmam que viver um relacionamento estável implica em monogamia e confiança no parceiro sexual. Portanto, as mulheres que se colocam nessa posição usualmente dispensam o uso do preservativo, pois a própria solicitação de que o parceiro o utilize pode colocar em risco sua respeitabilidade e a confiança na fidelidade mútua. Contudo, Vermelho et al (1999) relatam que em seu estudo com mulheres portadoras de HIV e hospitalizadas em função da doença, 75% desconhecia as atividades sexuais extra conjugais dos companheiros. Embora desconfiassem, essas mulheres relataram nunca ousar questioná-los, pois sentiam medo de serem abandonadas.

Há que se levar em conta que, além da possível dependência emocional expressa pelo medo de ser abandonada, há também a dependência econômica para aquelas em situação de pobreza, para as quais o fim do relacionamento pode ter consequências para sua sobrevivência e de suas/seus filhas/os (VERMELHO et al, 1999). A dependência emocional e econômica, portanto, fragiliza o poder da mulher em negociar o uso do preservativo. Embora a AIDS e outras DSTs tenham afetado todas as classes sociais, as mulheres mais pobres são as que têm menos condições de mudar as situações de vida que as colocam sob o risco de contágio.



Assim, os dados aqui analisados evidenciam que a vulnerabilidade da mulher ao vírus HIV e a outras DSTs não é apenas biológica (visto que a infecção da mulher pelo homem é mais provável que a infecção do homem pela mulher), mas também social. Alinhamo-nos com a perspectiva de que desigualdades entre homens e mulheres são socialmente construídas, e não biologicamente determinadas; portanto, a compreensão de como as ações no mundo são realizadas possibilita iniciar processos de mudança quando esses se fazem necessários. Através da compreensão das relações de poder que produzem e legitimam tais desigualdades é possível deslocar a mulher de sua categoria de “vítima” das DSTs para uma categoria de maior (ou igual) poder de decisão sobre sua própria saúde e sexualidade.

Referências

BERQUÓ, Elza; SOUZA, Marta R. de. Homens adultos: conhecimento e uso do condom. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará; UERJ, 1994. p. 161-182.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. 4. ed. Brasília, 2006. (Série Manuais, 68).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. ano VIII n. 1, 2011.

BUCHOLTZ, Mary. “Why be normal?”: language and identity practices in a community of nerd girls. **Language in society**, Cambridge, v. 28, n. 2, p. 203-223, 1999.

CAMERON, Deborah. Styling the worker: gender and the commodification of language in the globalized service economy. **Journal of Sociolinguistics**, v. 4, n. 3, p. 323-347, 2000.

CARVALHO, Tatiane R. **O trabalho interacional de provimento de justificativas no Disque Saúde (AIDS)**. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) -- Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade do Vale do Rio do Sinos, São Leopoldo, RS, 2012.



COULON, Alain. **Etnometodologia**. Petrópolis: Vozes, 1995.

DOMINIAN, Jack. **Maturidade Sexual: a solução para a AIDS**. São Paulo: Loyola, 1989.

HERITAGE, John. **Interactional Accountability: a conversational analytical perspective**. Réseaux, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 23-49, 1990.

HESTER, Stephan; FRANCIS, David. **An invitation to ethnomethodology: language society and interaction**. London: SAGE Publications, 2004.

JEFFERSON, Gail. Glossary of transcript symbols with an introduction. In: LERNER, Gene H. (Ed). **Conversation analysis: studies from the first generation**. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 2004. p. 13-31.

LAND, Victoria; KITZINGER, Celia. Categories in talk-in-interaction: gendering speaker and recipient. In: SPEER, Susan A.; STOKOE, Elizabeth. (Ed.). **Conversation and gender**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 48-63.

MEYER, Dagmar E.; SANTOS, Luis H. S.; OLIVEIRA, D. L.; WILHELMS, Daniela M. ‘Mulher sem -vergonha’ e ‘traidor responsável’: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p.51-76, 2004.

OSTERMANN, Ana Cristina; SOUZA, Joseane de. As demandas interacionais das ligações para o Disque Saúde e sua relação com o trabalho prescrito. **Alfa: Revista de Linguística**, São Paulo: UNESP, v. 55, n. 1, p. 135-162, 2011.

PEREIRA, Carlos A. F. **Disque Saúde: um processo de recontextualização na oralização de teleatendentes**. 2013. Dissertação (Mestrado em Linguística.) – Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2013.

SACKS, Harvey. ‘Fragile’ stories; on being ‘rational’. In: SACKS, Harvey. **Lectures on Conversation**. Edited by Gail Jefferson. Oxford: Blackwell, 1992. v. 1, p. 504-511.

SACKS, Harvey. ‘Hotrodders’ a revolutionary category. In: SACKS, Harvey. **Lectures on Conversation**. Edited by Gail Jefferson. Oxford: Blackwell, 1992. v. 1, p. 169-174.

_____. “The baby cried. The mommy picked it up”. In: SACKS, Harvey. **Lectures on Conversation**. Oxford: Blackwell, 1992. v. 1, p. 236-259.



_____. Invitations; Inexhaustible topics; Category-bound activities. In: SACKS, Harvey. **Lectures on Conversation**. Edited by Gail Jefferson. Oxford: Blackwell, 1992. v. 1, p. 175-181.

SAMPAIO, Juliana; PAIXÃO, Leilane A.; ANDRADE, Paula M.; TORRES, Tatiany S. Gênero, sexualidade e práticas de prevenção das DST/AIDS: produções discursivas de profissionais da saúde da família e de adolescentes do Vale do São Francisco. **Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo, v. 12, n. 2, p.173-187, 2010.

SCHNACK, Cristiane; PISONI, Thaís D.; OSTERMANN, Ana Cristina. Transcrição de fala: do evento real à representação escrita. **Entrelinhas**, São Leopoldo, v. 2, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.entrelinhas.unisinos.br/index.php?e=2&s=9&a=12>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

SELL, Mariléia; OSTERMANN, Ana Cristina. Análise de categorias de pertença (ACP) em estudos da linguagem e gênero: a (des)construção discursiva do homogêneo masculino. **Alfa: Revista de Linguística**, São Paulo: UNESP, v. 53, p. 11-34, 2009.

SILVA, Raquel G. da. **A organização das interações do disque saúde**. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciado em Letras) -- Curso de Letras, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2009.

SOUSA, Maria da Consolação P. de; SANTO; Antônio C. G. do Espírito; MOTTA, Sophia K. A. Gênero, Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV/AIDS e Ações de Prevenção em Bairro da Periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, p.58-68, 2008.

SPEROFF, Leon; DARNEY, Phillip D. **Contracepção clínica e cirúrgica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

STOKOE, Elizabeth. On ethnomethodology, feminism, and the analysis of categorial reference to gender in talk-in-interaction. **The Sociological Review**, Oxford, v. 54, n. 3, p. 467-494, 2006.

VERMELHO, Leticia L.; BARBOSA, Regina H. S.; NOGUEIRA, Susie A. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 2, p.369-379, 1999.

VILLELA, Wilza. Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 1999. p. 199-214.



WATSON, D.R.; WEINBERG, T. Interviews and the interactional construction of accounts of homosexual identity. **Social Analysis**, v. 11, 56–78, 1982.

WEST, Candace; ZIMMERMAN, Don H. Doing gender. **Gender and Society**, Newbury Park, Calif., v. 1, p. 125-151, 1987.

Recebido em 30 de novembro de 2013.

Aprovado em 27 de janeiro de 2014.

Ana Cristina Ostermann

Professora Titular no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e Bolsista Produtividade do CNPq. É PhD em Linguística pela University of Michigan (EUA), Mestre em Inglês pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Licenciada em Letras (Português-Inglês) pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Realizou estágio de Pós-Doutorado na University of California, Los Angeles (UCLA), com projeto de interface entre Antropologia, Sociologia e Linguística Aplicada. É líder do Grupo de Pesquisa FEI (Fala-em-Interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais).

E-mail: ana.cristina.ostermann@gmail.com

Tatiane Rosa Carvalho

Mestra em Linguística Aplicada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e membro do Grupo de Pesquisa FEI (Fala-em-Interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais), do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da UNISINOS. Tem experiência em ensino de língua inglesa e em pesquisa na área de Linguística Aplicada, com ênfase em Análise da Conversa. Atualmente atua como professora de língua inglesa e literatura estadunidense na UNISINOS e no UNILASALLE, ministrando disciplinas nos cursos de Letras, Administração, Comércio Exterior e Engenharias.

E-mail: tatianecarv@gmail.com

Minéia Frezza

Mestranda em Linguística Aplicada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e membro do Grupo de Pesquisa FEI (Fala-em-interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais), do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da UNISINOS.

E-mail:mineiafrezza@hotmail.com



ANEXO A - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO¹¹

[texto] Falas sobrepostas	Colchete esquerdo indica o início da sobreposição de vozes. Colchete direito indica o final. Os colchetes precisam estar alinhados. ELOIZA: quando eu sube desse papel que a minha irmã me deu daí ela [falou] ALICE: [uhum]
= Fala colada	Indica que não há espaço entre a fala de um interlocutor e a fala. ELOIZA: que elas vão me ajudá até se for preciso fazê um tratamento= ALICE: =esatamente
(.8) Pausa	A pausa é medida em segundos ou décimos de segundos. Representa a ausência de fala ou vocalização.
(.) Micropausa	Equivale a menos de 0.2 segundos de ausência de fala ou vocalização.
. Entonação contínua	Indica entonação contínua, como ao listar itens. ALICE: discriminação racial, investigação de paternidade, pensão alimentícia, sePARAÇÃO REBECA: é
. Entonação descendente	Indica entonação descendente e final. ALICE: quantos filhos? REBECA: três.
? Entonação ascendente	Indica entonação ascendente. ALICE: qual é o nome dele rebecca?
- Interrupção abrupta da fala	Interrupção abrupta da fala em curso. REBECA: =também é da benefício. aí dep-ele me trouxe pra
: Alongamento de som	Indica alongamento de vogal ou consoante. ALICE: não sai de dentro de ca:sa.
>texto< Fala mais rápida	Indica fala mais rápida em relação ao contexto anterior e posterior de fala. ALICE: >quantas vezes forem necessárias. fazê o registro<
<texto> Fala mais lenta	Indica fala mais lenta em relação ao contexto anterior e posterior de fala. REBECA: <dezesete, vinte, "catorze">
°texto° Fala com volume mais baixo	Indica fala mais baixa em relação ao contexto anterior e posterior de fala. REBECA: é: "trinta".
TEXTO Fala com volume mais alto	Indicam volume mais alto em relação ao contexto anterior e posterior. BRANCA: SIM MAS AI ELES COLOCAM [é é] GESSI: [SIM]
Texto Sílaba, palavra ou som acentuado.	Indica sílaba, palavra ou som acentuado.
↑ ↓ Setas	Indicam aumento ou diminuição na entonação
hhh	Espiração audível.
.hhh	Inspiração audível.
(texto) Dúvidas	Dúvidas na transcrição.
XXXX Inaudível	Indicam sílabas que não foram possíveis de se transcrever.
((texto)) Comentários	Comentários da/o transcritora/o. BRANCA: [lá lá lá lá: ó @@@] ((pip tapa os ouvidos))
@@@ Risada	Pulsos de risada.

¹¹ SCHNACK; PISONI; OSTERMANN (2005) - O símbolo "@" foi substituído por "(hh)" para representar pulsos de risada, conforme as convenções de Jefferson (2004).