

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOY POSSONI BEJAR

INCIDÊNCIAS DO PATRIARCADO PARA A VULNERABILIZAÇÃO DE
MULHERES AO HIV/aids

NITERÓI

2024

INCIDÊNCIAS DO PATRIARCADO PARA A VULNERABILIZAÇÃO DE
MULHERES AO HIV/aids

JOY POSSONI BEJAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Clínica e subjetividade.

Orientadora: Prof^a Dr^a Paula Land Curi.

NITERÓI

2024

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

B365i Bejar, Joy Possoni
INCIDÊNCIAS DO PATRIARCADO PARA A VULNERABILIZAÇÃO DE
MULHERES AO HIV/aids / Joy Possoni Bejar. - 2024.
148 f.

Orientador: Paula Land Curi.
Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Instituto de Psicologia, Niterói, 2024.

1. HIV. 2. Mulher. 3. Patriarcado. 4. Produção
intelectual. I. Curi, Paula Land, orientadora. II.
Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III.
Titulo.

CDD - XXX

JOY POSSONI BEJAR
INCIDÊNCIAS DO PATRIARCADO PARA A VULNERABILIZAÇÃO DE
MULHERES AO HIV/aids

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Paula Land Curi – Orientadora
Universidade Federal Fluminense – UFF

Dra. Corina Helena Figueira Mendes
Instituto Fernandes Figueiras – IFF/FIOCRUZ

Dra. Marcia Oliveira Moraes
Universidade Federal Fluminense – UFF

Dra. Luciana da Silva Oliveira - Suplente
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas

Dra. Sônia Maria Dantas Berger
Universidade Federal Fluminense – UFF

DEDICATÓRIA

Às mulheres vivendo com HIV/aids, que aceitaram compartilhar comigo suas histórias de vida e foram fundamentais para a construção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Aos orixás, que iluminam e protegem a minha vida desde sempre.

Aos meus pais, Maria Marcia e Ernesto, pelo incentivo e apoio incondicional durante toda minha trajetória.

À Antonella e Sophie, por me fazerem sentir o maior amor do mundo em dose dupla.

Ao meu irmão, Gino, pela cumplicidade e por ocupar um lugar fundamental na minha equipe de vida.

À Paula Land Curi, minha orientadora tão querida, que nos momentos mais intensos de caos conseguiu me acalmar e me ajudou a sustentar esse percurso.

À Carolina Flores, minha amiga e irmã de alma, por uma amizade tão poderosa que resiste ao tempo e é capaz de ser paz nos dias difíceis.

Às amigas Isabel, Rayla e Juliana, pela presença, pelos risos e leveza que ajudam a sustentar o cotidiano.

À Marcia Moraes e Corina Helena, pela gentileza e carinho na composição da banca examinadora.

Às colegas do grupo de pós-graduação da UFF, que desde o começo formaram uma importante rede de apoio: Giulia Latgé, Luísa Lirio, Jaqueline Martins, Ana Paula Brandão e Vanessa Santos.

À equipe do Hospital Universitário Antônio Pedro, pelo suporte e encorajamento dessa pesquisa: Dra. Ivete Martins, Dr. Claudio Palombo, Denildo, Isaias e Tania Ventura.

Aos meus colegas de trabalho na saúde pública que compreenderam minhas ausências nos momentos necessários para concluir essa pesquisa.

Às mulheres vivendo com HIV/aids, que tanto me ensinaram.

RESUMO

Sabe-se que mesmo após os avanços relacionados ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, os estigmas e os preconceitos relacionados à essa infecção ainda permanecem, principalmente, no que diz respeito às mulheres. Dessa forma, nos colocamos a pensar sobre como o patriarcado incide na vulnerabilidade das mulheres à transmissão ao HIV e seus agravos. Para tal, foi realizada uma pesquisa qualitativa, com a utilização de entrevistas com roteiro semiestruturado com mulheres vivendo com HIV/aids, que foram infectadas ou descobriram o diagnóstico no contexto de um relacionamento amoroso estável e monogâmico. O material das entrevistas foi transcrito e submetido à análise de conteúdo. O diário de campo, através de uma perspectiva de PesquisadorCOM, foi incluído nesse trabalho como forma de evidenciar os desafios e implicações que atravessaram o processo de pesquisa.

Palavras-chave: Mulheres; HIV; Aids; Patriarcado; Conjugalidade; Cuidado em saúde.

ABSTRACT

It is known that even after advances related to the treatment of people living with HIV/AIDS, stigmas and prejudices related to this infection still remain, especially with regard to women. In this way, we begin to think about how patriarchy affects women's vulnerability to HIV transmission and its problems. Thus, qualitative research was carried out, using semi-structured interviews with women living with HIV/aids, who were infected or discovered the diagnosis in the context of a stable and monogamous romantic relationship. The interview material was transcribed and subjected to content analysis. The field diary, through a PesquisarCOM perspective was included in this work as a way of highlighting the challenges and implications that permeated the research process.

Keywords: Women; HIV; AIDS; Patriarchy; Conjugality; Health care.

SUMÁRIO

Introdução	11
Capítulo 1: HIV/aids: Da sentença de morte surgiu a vida	23
1.1 A epidemia do estigma	25
1.2 Ações governamentais e não governamentais	30
1.3 O processo de feminilização da epidemia do HIV	33
1.4 Mulheres e HIV: Direitos reprodutivos e direitos sexuais	36
1.5 Cenário da epidemia na atualidade: dos avanços aos retrocessos	43
Capítulo 2: Incidências do Patriarcado	47
2.1 Casamento, monogamia e o corpo da mulher	52
2.2 Fidelidade e gênero: A mulher enquanto propriedade	58
Capítulo 3: Escutando as mulheres	63
3.1 PesquisarCOM mulheres	66
3.2. Os nossos dias de mulheres	68
3.3. A pesquisa e seus resultados	80
3.3.1 Dados sociodemográficos	81
3.3.2 Analisando as entrevistas	93
3.3.3 Sutis violências patriarcais	103
Capítulo 4: Cuidando de Mulheres	109
4.1. Políticas Públicas e Equidade: O cuidado integral e HIV	114
4.2. Intervenções em saúde pela perspectiva feminista	117
Conclusão	125
ANEXOS	
ANEXO 1 - TCLE: Termo De Consentimento Livre E Esclarecido	129
ANEXO 2 - Roteiro Da Entrevista Semiestruturada	131
Referências	133

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
HIV	Human Immunodeficiency Virus
TARV	Terapia Antirretroviral
ARV	Antirretroviral
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
SAE	Serviço de Atendimento Especializado

INTRODUÇÃO

*O mundo não conseguirá derrotar a AIDS enquanto reforçar o patriarcado.
Winnie Byanyima¹*

É difícil dizer onde começa a minha história a temática desta pesquisa. Talvez, na adolescência ao conhecer o livro “Depois daquela viagem”, por indicação de uma amiga; talvez após assistir ao filme “Cazuza”, ainda bem jovem e sem ter total compreensão do que era a aids; talvez nas vivências enquanto mulher cis e heterossexual ou na minha busca incessante pela libertação das algemas do patriarcado, que por tantas vezes fizeram-me prisioneira de mim... Ou ainda, talvez, aos meus 17 anos, quando eu saí de casa em Vila Velha/ES, para morar sozinha no Rio de Janeiro e cursar a graduação em psicologia na Universidade Federal Fluminense, não coincidentemente, a instituição de escolha para produção deste mestrado.

A minha convicção de que a universidade pública é o lugar onde há - ou deveria haver- maior liberdade para construção de um pesquisador autônomo e libertador, foi fundamental para a decisão de submeter esse projeto de pesquisa ao programa de mestrado na UFF. Hoje, caminhando ao encontro do fim desse trabalho, tenho ainda mais certeza que foi a melhor decisão a ser tomada. Digo isto, após notar durante esses dois anos de pesquisa, que grande parte dos colegas de turma desconheciam a temática ou até mesmo desconsideravam o HIV enquanto uma infecção ainda existente, principalmente, em mulheres. Então, antes de responder o por qual razão escolhi submeter essa pesquisa na UFF, prefiro perguntar o porquê não a UFF? Afinal, a universidade pública, apesar de enfrentar desafios e ser acusada de balburdia, é de qualidade e merece ser reconhecida por isso.

A questão é: o HIV, a aids e o patriarcado atravessaram a minha vivência de diversas formas, ainda que, por algumas vezes, eu nem tivesse percebido isso, até começar a escrever as linhas que compõem essa dissertação.

Por que é que AIDS não se pode falar? É algum crime ter AIDS, por acaso? Ou é porque está associada à palavra morte? Ninguém vai morrer, né? Só eu. Ou será que é porque eu peguei transando? Ninguém transa também na face da terra? (POLIZZI, 2002, p. 239).

O início da graduação marcou também o começo de uma trajetória desafiadora, muitas vezes angustiante, solitária e cheia de dúvidas, mas sustentada pelo desejo de

¹ Winnie Byanyima, UNAIDS, Executive Director, 2022. Tradução nossa.

conseguir algo que muitas pessoas disseram que não seria possível: o diploma de uma universidade federal.

Logo nos primeiros períodos, em meio às várias descobertas que a vida recém adulta me proporcionou, percebi que estudar a profundidade de um sujeito e suas histórias vão muito além de tudo aquilo que eu imaginava. Foi através da inserção na pesquisa de iniciação científica, um ano depois do meu ingresso na universidade, que dei um passo importante para tentar dar conta da inquietação que o imenso e singular universo contemplado pela psicologia me causava. E, novamente, impulsionada pelos meus questionamentos, decidi ingressar em um programa de mestrado acadêmico.

Recordo-me de em algum momento ouvir que a/o psicóloga/o é um(a) escuta(dor). Embora o termo possa soar capacitista, Diniz e Gebara (2022) salientam que ouvir está mais relacionado aos afetos, do que aos ouvidos. Talvez seja isso que eu venha descobrindo ao longo dos anos, escutando a dor de mulheres e tentando descobrir como “dar conta” de tudo o que me afetou estando nesse lugar de encontro. Tal como ressaltam as autoras: “a prática da escuta é sempre incompleta, pois ela necessita nos deslocar das certezas do vivido. Por isso, a escuta feminista será sempre incômoda” (p.16).

Apesar de ter tido as primeiras experiências na área escolar, com a realização participação na pesquisa de iniciação científica, como estagiária e contratada, percebi que a escola não era o meu lugar. A disciplina escolar não dava conta dos meus questionamentos e desobediências. Afinal, corroboro Diniz e Gebara (2022, p. 228) ao afirmarem que “desobedecer é inventar a vida”.

Apesar do meu processo formativo durante a graduação ter sido focado mais na psicologia social e escolar, havia algo que me conduzia à uma busca pela oportunidade de conhecer mais sobre a atuação de psicólogas/os na saúde, principalmente, no âmbito hospitalar. Mesmo sem ter a menor ideia do que era trabalhar em uma instituição hospitalar e como isso mudaria completamente a minha vida anos depois.

No ano de 2016, ingressei no curso de atualização em Fundamentos Da Experiência Psicanalítica, realizado na Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), no qual foi possível entrar em contato com profissionais de diversas categorias, que atuavam em serviços públicos de área distintas e compartilhavam suas experiências. Isso foi fundamental para aguçar o desejo de atuação, enquanto psicóloga, para atuar em uma instituição de saúde pública. Por acreditar que a psicologia se faz

possível e necessária na área da saúde, em instituições hospitalares, decidi me desligar de um emprego “fixo e estável” em uma escola particular internacional, para buscar uma formação em psicologia hospitalar.

Assim, o meu primeiro encontro com mulheres HIV+ se deu em 2018, quando ingressei na Especialização em Psicologia Hospitalar na Área da Infectologia em um hospital de referência em infectologia no Rio de Janeiro. Atuação na assistência aos pacientes com doenças infecciosas e, por vezes, negligenciadas e estigmatizantes, fez surgir uma inquietação que suscitou questionamentos sobre as formas de cuidado em saúde em determinados contextos.

Foi através do encontro com as mulheres diagnosticadas com HIV que eu descobri que não estava sozinha em uma sociedade que culpa, estigmatiza, violenta e mata mulheres. Foi com elas que eu percebi as “pequenas” violências da vida cotidiana das mulheres, que muitas vezes passam imperceptíveis por estarmos, desde muito jovens, em um lugar de suportar tudo. Quando eu me encontrei com essas mulheres, percebi que gostaria que de alguma forma elas soubessem que também não estão sozinhas.

Atuar na assistência às mulheres fez emergir em mim um mar de afetos. Por várias vezes eu me reconheci em suas falas. Eu também me vi como prisioneira de relacionamentos falidos, de amores vazios, culpada por situações que eu sequer tinha controle e refém de uma sociedade que me colocava no banco dos réus, quando ainda era adolescente, por ser uma garota que “falava demais e muito solta”.

Acho que foi nesse contexto que eu descobri também sobre o tal testemunho, que Débora e Ivone (2022) colocam como um ato político do corpo que ousa, através das palavras que invadem as premissas opressoras, contrariar a ordem patriarcal e expor seus efeitos em nossas vivências.

Eu nunca duvidei que a liberdade é o que se tem de mais importante, mas, muitas vezes eu desacreditei que eu pudesse ser livre. Até hoje, talvez não seja. O patriarcado está sempre impondo submissão através de suas armadilhas, mas, ainda sim, sigo optando, à duras penas, nem me deixar silenciar. E, ainda que eu seja julgada, prefiro incomodar, assim como Diniz e Gebara.

Dizem que minha fala incomoda o patriarcado. Dizem, ainda, que sou valente ao não me silenciar. Se valente for o sentido dado por Judith Butler à parrésia de Michel Foucault, isto é, falar verdades que desafiam os poderes, sim, minha palavra é valente (DINIZ; GEBARA, 2022, p. 212).

Quando ingressei na especialização, eu não tinha noção do que era o universo da infectologia. Nunca havia entrado em uma unidade de alta complexidade de doenças infectocontagiosas e não fazia ideia da magnitude que envolve um centro de pesquisa. A primeira coisa que descobri foi que a infectologia é diferente! Ainda mais quando inserida em um serviço de saúde pública.

Essa especialidade trata das doenças que as pessoas têm medo de se aproximar pelo contágio e trata de pessoas excluídas socialmente pela marca estigmatizante que se acopla ao diagnóstico. É um campo desafiador que vai além de vírus, bactérias e outros microrganismos. As disciplinas da faculdade não me prepararam para escutar de alguém que a “barriga está vazia”, que a geladeira está vazia, que não há casa para se abrigar, água para tomar os remédios e nem passagem de ônibus para ir às consultas. Nesse campo há muito estigma, exclusão, sofrimento, pobreza e até falta de compaixão. Aliás, há bem pouco tempo – até a pandemia do coronavírus – sequer essa especialidade médica era conhecida pela maior parte da sociedade. Em suma, frequentemente nesse campo nos deparamos com pessoas que apresentam situações de insegurança alimentar, redes socioafetivas fragilizadas e, por vezes, esgarçadas, dificuldades de acesso aos serviços, violências diversas, incluindo as violências estatais e institucionais.

O estigma, o preconceito e a exclusão social, relacionados ao acontecimento de uma infecção sexualmente transmissível, são situações capazes de causar sérios impactos na saúde mental das pessoas que são atendidas por essa especialidade. E, no caso das mulheres com HIV, sempre vulneráveis às armadilhas do patriarcado, se faz necessário compreender a saúde em seu conceito mais amplo conforme denomina a constituição de 1988² e, também, enquanto um direito humano, sexual e reprodutivo, que garanta que essas mulheres recebem um cuidado adequado ao invés de serem julgadas e violentadas dentro dos dispositivos de saúde.

O lugar de psicóloga nessa especialidade é algo que considero um pouco complexo. Apesar do acompanhamento psicológico realizado se colocar como uma possibilidade de cuidado diante de um diagnóstico que causa sofrimento psíquico, a

² Na Constituição Federal, de 1988, o art. 196 define a saúde como “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

adesão é um ponto bastante discutido dentro dessa área, já que a não realização do tratamento para algumas enfermidades culmina em um rápido agravo do quadro e até mesmo na morte. Dessa forma, é preciso ter cautela e discernimento para delimitar o lugar que um profissional de psicologia ocupa nesse cenário. É preciso ter cuidado para não assumir o lugar de um vigilante que deseja encaixar o usuário na norma medicalizante da adesão, mas buscar abrir um espaço acolhedor de escuta.

Apesar da adesão não estar relacionada necessariamente apenas ao uso contínuo dos antirretrovirais, o uso destes está muito associado à qualidade de vida. Mas, que tipo de qualidade de vida é essa? Por que algumas pessoas optam por não fazer o tratamento mesmo sabendo que vão morrer com a falta dele?

Para Leite e Vasconcelos (2003), a adesão é considerada como “utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” (p. 777). A maioria dos estudos relacionados ao tema costumam apontar para duas formas distintas de compreensão desse fenômeno: Uma onde o foco do processo de adesão está apenas no paciente, em sua forma de lidar com a doença e o tratamento, em seu comportamento e suas convicções pessoais, e outra que considera a incidência de fatores exteriores nesse processo. Assim, a forma como o paciente é percebido dentro do processo de adesão é o que define como essa questão será abordada por todos os atores envolvidos no cuidado.

A lógica medicalizante que envolve o tratamento ao HIV frequentemente coloca a pessoa que tem uma adesão irregular como alguém descuidado, que não se importa com a própria saúde e até mesmo, por isso, não merece receber um tratamento digno, quando dá entrada em um dispositivo de saúde. Contudo, pouco se discute sobre o as implicações do diagnóstico e da adesão nos diversos aspectos da vida de uma pessoa e como o ato de tomar a medicação ou comparecer as consultas faz com que os impactos psicoemocionais de uma doença sejam constantemente revividos.

No caso das mulheres, a adesão ao tratamento ainda pode atravessar outros fatores externos, tais como, falta de rede de apoio para auxiliar nos cuidados com os filhos, o que impossibilita que as mulheres compareçam às consultas; estigma do diagnóstico potencializado por questão de gênero, considerando a sociedade machista e patriarcal na qual estão inseridas; medo de acessar os equipamentos de saúde pelo fato de serem julgadas pelos profissionais de saúde.

A partir dos encontros com as mulheres soropositivas para o HIV, foi possível escutar discursos marcados pelo sentimento de desamparo e culpa, que fizeram emergir enigmas que me colocavam a questionar os motivos para que aquelas fossem arrebatadas por um intenso sofrimento psíquico para além da doença em si, que a despeito de não haver cura, há tratamento eficaz. Dessa forma, percebi que além do HIV, há outros fatores que incidem em suas vidas. O medo do estigma, a exposição da sorologia (quebra do sigilo diagnóstico), os questionamentos sobre suas práticas sexuais e, até mesmo, a dúvida sobre o próprio caráter e o seu lugar social enquanto mulher.

Agora você me pergunta: onde é que estava a camisinha nesta história toda? não estava. Se já existia a Aids? Já sim, só que era coisa de “viado”, de “grupo de risco”. Além do mais, segundo meu namorado, camisinha era coisa de “puta”. Eu não era “puta”, logo, não precisava de camisinha. (POLIZZI, 2002, 12)

Mesmo sendo afetada pelo encontro com essas mulheres, é preciso que eu reconheça meus privilégios enquanto uma mulher de classe média, que durante a vida esteve no ensino privado, acessou o ensino superior público e, atualmente, está inserida profissionalmente no Sistema Único de Saúde. Hoje, ocupando um lugar de (im)possibilidade, contornado por políticas públicas em saúde que já foram consideradas as melhores do mundo, mas tomada por uma inquietação de tentar dar conta do sofrimento das mulheres que encontrei e continuo encontrando, percebo como os meus privilégios favoreceram para que eu chegasse até aqui e tivesse a possibilidade de iniciar e concluir este estudo.

Ao longo desse processo de pesquisa, me indaguei algumas vezes, sobre qual é o meu lugar ao escutar o sofrimento de uma mulher que tem a sua vida transformada por um vírus que ainda causa tanto preconceito e estigma?

Quando conjecturam como a transmissão aconteceu, as mulheres se sentem culpadas. Surgem questionamento sobre como é possível terem contraído um vírus em um "lugar" em que estavam protegidas. Questionam e duvidam de si próprias, buscando em suas memórias formas de justificar a transmissão de um vírus quando seus companheiros dizem não saber de onde veio. Temos a palavra da mulher posta em dúvida, tal como o patriarcado prega.

O desejo que sustenta essa pesquisa de mestrado opera a partir daquilo que me convoca enquanto mulher, psicóloga e pesquisadora, em uma sociedade patriarcal, misógina e machista, atravessada pelo anseio de novos modos de produção e promoção

de cuidado em saúde para as mulheres vivendo com HIV/aids. Mulheres ainda mais invisibilizadas!

O mal-estar gerado ao ver as mulheres diagnosticadas com HIV serem violentadas pelo Estado; pela necropolítica (MBEMBE, 2016) vigente; pelo sistema de saúde pública desmontado; pelos estigmas sociais; pelos familiares preconceituosos; e, pela sociedade patriarcal que impõe a prevalência do poder masculino sobre as mulheres, funcionam como um combustível para a escrita desse estudo.

De acordo com Lerner (1986), o conceito de patriarcado abrange um modo institucionalizado de dominação masculina sobre as mulheres na família e na comunidade. A partir dessa definição, os homens possuem o poder sobre as instituições mais influentes da sociedade e articulam, de diversos jeitos, para que as mulheres sejam impossibilitadas de alcançar esse poder. A autora ressalta que:

“Uma das mais árduas tarefas da História das Mulheres é traçar com precisão as várias formas e maneiras como o patriarcado aparece historicamente, as variações e mudanças em sua estrutura e função, e as adaptações que ele faz diante da pressão e das demandas das mulheres.” (LERNER, 1986, p. 322)

Em uma sociedade patriarcal, as mulheres são constantemente silenciadas. Mulheres são sujeitadas ao poder masculino e tomadas como propriedade dos homens. São "criadas" para servir aos homens, sendo obedientes, cuidadoras, compreensivas e servidoras do lar e da família; educadas para acreditar que precisam satisfazer os seus parceiros sexualmente e que seus corpos, controlados e tratados como objeto de dominação, servem para satisfação do outro.

Além do diagnóstico de HIV, frequentemente, vir carregado de estigma, preconceito e culpa, há também a utilização do diagnóstico como uma forma de manipulação, dominação e, até mesmo, como um instrumento de violência no contexto das relações amorosas, culminando em uma vivência dolorosa e em um aprisionamento aos relacionamentos conjugais, pelo fato das mulheres acreditarem que seu diagnóstico não será aceito por outros parceiros no futuro.

POR QUE EU? Por que eu estou passando por isso e todo mundo está aí feliz e normal? Por que comigo? O que eu fiz de tão errado? Eu achei que eu era uma boa pessoa, por que esse castigo? Por que eu vou carregar essa cruz, logo eu? Onde está o meu Deus que eu tanto amo, porque ele me as costas? (RENOVATTO, 2019, p. 84).

De acordo com o último boletim epidemiológico emitido pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, no período de

1980 até junho de 2023 foram notificados no Brasil um total de 1.124.063 casos da aids, sendo 743.596 em homens e 380.346 em mulheres. Vale evidenciar que a notificação compulsória dos casos de aids foi iniciada em 1986 e as da infecção pelo HIV passaram a ocorrer apenas em 2014. (BRASIL, 2023)

De acordo com o dicionário Aurélio, a palavra ‘descoberta’ quer dizer: “ação de descobrir, de remover o que protegia, ocultava; descobrimento”. A descoberta da sorologia do HIV, quando em um contexto de uma relação amorosa, remove uma proteção pré-concebida dentro de uma relação monogâmica, rompendo com a ideia de uma fidelidade e evidenciando, muitas vezes, uma traição conjugal dentro dessa relação. Além disso, evidencia as vulnerabilidades às quais as mulheres são expostas quando inseridas nessas relações. É comum, que pessoas vivendo um relacionamento monogâmico abdicuem do uso da camisinha, como se a confiança depositada em um parceiro dentro de um casamento ou um namoro fosse impedir a transmissão das infecções sexualmente transmissíveis.

A ideia de amor romântico impôs a premissa de que a felicidade está ligada ao sentimento de completude de um relacionamento amoroso. Desde a infância, a ideia da existência de um príncipe encantado e de um “felizes para sempre” foi imposta às mulheres, levando-as a acreditar em uma concepção de amor eterno e incondicional. Um amor que tudo suporta, inclusive, a violência e o silenciamento.

Às mulheres, foi imposto o lugar de mantenedoras do lar e dos bons costumes da família, mesmo que para isso seja preciso suportar as dificuldades e superar as provações para manter o casamento, ainda que isso signifique a vivência sistemática de situações de violência. Suportar abusos e violências não deveria estar associado à ideia de uma relação forte e duradoura. Contudo, o status de "forte" estabelecido para as mulheres, não deixa de ser uma estratégia de silenciamento. A ideia de ser forte por aguentar os abusos de um homem em prol de um relacionamento, faz com que as mulheres, na verdade, sejam cada vez mais suscetíveis a terem sua vida e corpo controlados pelos homens.

Uma das formas de controle sobre o corpo feminino se apresenta quando os homens decidem como as mulheres devem se comportar naquilo que tange ao exercício da própria sexualidade, quando não lhes é dado nem mesmo o poder de negociação para o uso de camisinha.

Tivemos por muito tempo mulheres que foram laqueadas sem autorização. Tivemos médicos que diziam que era para mulher com HIV esquecer ter filhos. Era tão criminoso isso, porque a maternidade era força. Ainda hoje, muitas mulheres descobrem o HIV durante o pré-natal, o que é triste porque é um momento delicado. Mas na maioria das vezes, as crianças não nascem com o vírus. Mas o preconceito ainda é forte hoje. E não deveria ser assim. A gente pode ter filhos e filhos saudáveis. (ALMEIDA, 2022)³

Em 2022, o caso de uma mulher chilena HIV+ voltou a ser notícia na imprensa mundial. Francisca - nome fictício -, teve seu corpo invadido e violentado por médicos do sistema de saúde pública do Chile, ao ser esterilizada, sem o seu consentimento, após o parto realizado em um hospital público do País em 2002. Francisca, por ser uma mulher soropositiva para HIV, teve seus direitos reprodutivos violados por um sistema que, dominante, decide sobre a vida de uma mulher.

Após 20 anos do ato violento, uma cerimônia de retratação do Governo Chileno à Francisca foi realizada. A representante do Centro de Direitos Reprodutivos dos Estados Unidos, Carmen Martínez, leu uma carta escrita por Francisca: "Nós, portadores do HIV, continuamos sendo olhados com desprezo. Quero acreditar com convicção que isso mudará, que os erros do passado não voltarão a ser cometidos, que nenhuma mulher será esterilizada sem o seu consentimento."⁴ A situação de Francisca nos leva a pensar em como as mulheres são tratadas dentro do sistema patriarcal. A mulher possui um corpo, mas não tem o controle sobre ele.

Pouco dias antes da cerimônia de retratação à Francisca, um (des)influenciador digital brasileiro, no meio de uma entrevista divulgada em uma plataforma de vídeos e publicamente compartilhado na internet, disse que o uso da camisinha é antibiológico⁵. Tal fala, demonstra a forma como alguns homens relacionam a virilidade masculina ao ato da não utilização da camisinha, reforçando negativamente a ideia de que a inserção da camisinha é algo prejudicial ao prazer masculino e à imagem do homem viril.

Além disso, as dificuldades para inserção da camisinha são atravessadas pelos significados a ela atribuídos, principalmente, quando coloca em xeque a conduta sexual da mulher. O fato de uma mulher exigir o uso da camisinha, pode fazer com que suas práticas e comportamento sexuais sejam questionados, imprimindo aí a marca de uma

³ Silvia Almeida, mulher que vive com HIV há 28 anos - Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas no Estado São Paulo. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/o-que-a-aids-mais-me-ensinou-foi-o-amor-incondicional-disse-silvia-almeida-em-entrevista-a-marina-vergueiro/>

⁴ Fonte: Globo.com. – Maio/2022.

⁵ O trecho da entrevista pode ser acessado através do link: <https://youtu.be/0qpBZA5ibB8>

sociedade que retira da mulher o lugar de sujeito sexualmente ativo. Além disso, no contexto de relacionamentos entre casais, a inserção do preservativo pode ser entendida pelo homem como um sinal de que a mulher tem relações extraconjugais, fazendo surgir a desconfiança e distorcendo o real objetivo dessa escolha. (BARBOSA, 1996)

O processo de feminização do HIV/aids pode evidenciar marcas que, circunscrevem a ordem patriarcal, com destaque ao lugar social dado às mulheres em suas relações afetivas. Afirma-se, com isso, que o patriarcado opera reservando às mulheres um lugar mais susceptível de serem infectadas pelas amarras que as aprisionam em determinados lugares sociais reforçados cotidianamente. Porém, ele não dá trégua. Insiste em incidir na vida dessas mulheres, ainda com mais veemência após a confirmação da infecção. É o que Campos (2021)⁶ nos chama atenção: “Já são 31 anos vivendo com o HIV no meu corpo e lutando contra o estigma e a discriminação numa sociedade doente! Morrendo e revivendo diariamente na luta pelo direito de existir”.

A justificativa para a realização desta pesquisa está pautada na necessidade de compreensão dos impactos da incidência do patriarcado na vida das mulheres, antes e após a exposição ao HIV, visando proporcionar uma discussão sobre as práticas de cuidado em saúde da mulher que considerem as questões de gênero.

Compreender como mulheres vivem com HIV/aids, em uma sociedade patriarcal, e as barreiras relacionadas ao gênero - jurídicas, sociais, culturais ou econômicas, de acesso a serviços, participação e/ou oportunidades que venham a lhes ser impostas - a partir daquilo que enunciam, é o objetivo desta pesquisa qualitativa, que utiliza como ferramenta metodológica a entrevista, com roteiro semiestruturado, que após transcritas foram submetidas à análise de conteúdo.

No primeiro capítulo da dissertação, “**HIV/aids: Da sentença de morte surgiu a vida**” contextualiza-se a história do HIV, desde o seu surgimento, enquanto uma doença que significava uma sentença de morte, até os mais recentes avanços da terapia antirretroviral, enfatizando o processo de feminização da epidemia. Porém, não sem abordar os estigmas que acompanharam, e ainda acompanham, esse diagnóstico.

⁶ Vanessa Campos – trecho da entrevista concedida ao portal Uol, disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/03/15/mulher-com-hiv-conta-como-e-viver-apos-terceira-infeccao-pelo-coronavirus.htm>

No segundo capítulo, “**Incidências do Patriarcado**”, são abordadas as incidências do patriarcado na vida das mulheres, dando um lugar de destaque às relações amorosas e sexuais. Além disso, são abordados os conceitos de monogamia e fidelidade no contexto desses relacionamentos e seus atravessamentos pelo gênero. Ressalta-se, ainda, que sustentamos a hipótese de que ser mulher em uma sociedade patriarcal é um fator de risco para a infecção pelo HIV, uma vez que o patriarcado segue firme e forte!

O terceiro capítulo, “**Escutando as mulheres**”, trata do percurso metodológico utilizado para a confecção dessa pesquisa. A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo e após realizadas as entrevistas, percebendo a importância do diário de campo construído durante a estadia no HUAP, optei por mudar um pouco o caminho e dar passagem também ao que emergiu espontaneamente nos encontros para analisar o conteúdo dos dizeres das mulheres. Vale ressaltar que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 56106122.0.0000.5243.

A escolha pela realização das entrevistas semiestruturadas com as mulheres cisgêneras que tiveram o diagnóstico de HIV, é alimentada pela pretensão de que essa não seja uma pesquisa sobre mulheres, e sim com mulheres. Deste modo, pretendeu-se que elas não fossem somente ouvidas, mas que, ao narrarem suas histórias, fossem cuidadosamente escutadas. Elas, e suas histórias de mulheres vivendo com HIV, ganham, um lugar de destaque nesta pesquisa.

Ouvir exige silenciar-se, abdicar do poder e da sedução da palavra. Mas ouvir não é o mesmo que pausar a voz, é gesto ativo para o encontro feminista – somente escutar sendo capaz de ouvir é que seremos tocadas por outras vidas diferentes da nossa. Para isso, o ouvir precisa se transformar em escutar. (DINIZ; GEBARA, 2022, p. 22).

A seleção desse instrumento metodológico é corroborada a partir da ideia de pesquisarCOM (MORAES, 2014) mulheres. De tal forma, estar em campo com elas significou renunciar aos conhecimentos prévios em prol do inesperado surgiu em cada encontro. PesquisarCOM trouxe o desafio de abdicar do controle – tão caro às pesquisas científicas - de cada cena, para se lançar ao encontro com cada mulher entrevistada e lidar com os imprevistos que acometem o campo de pesquisa e o pesquisador.

No quarto e último capítulo, “**Cuidando de Mulheres**”, discute-se as políticas públicas em saúde da mulher, compreendendo-as como ferramentas fundamentais ao oferecimento de um cuidado integral e equânime para as mulheres vivendo com HIV/aids.

Trazendo também a participação dos movimentos feministas nos avanços conquistados no campo da saúde e as próprias mulheres enquanto protagonistas políticas na luta por direitos.

CAPÍTULO 1: HIV/aids: DA SENTENÇA DE MORTE SURTIU A VIDA

A minha não-desistência é o que de melhor posso oferecer a você e a mim neste momento. Pois isso, saiba, isso que poderá me matar, eu sei, é a única coisa que poderá me salvar. Um dia entenderemos talvez.

Caio Fernando Abreu, 1996.

Do ponto de vista da ciência, o HIV se apresentou como um vírus que invadia o organismo, causador de uma doença que debilita o sistema imunológico. Para a geração dos anos 80 e 90, o HIV e a aids se apresentaram a partir do Cazuzá, Freddie Mercury, Renato Russo, Caio Fernando Abreu...Não por acaso!

No início da epidemia, a infecção pelo HIV era diretamente relacionada à homossexualidade. A aids era a doença dos gays... Quase uma maldição associada a esse grupo, que chegou arrebatadora expondo as práticas sexuais e trazendo consigo o preconceito mortífero aos homossexuais e uma sentença de morte.

Conforme aponta Brito, Castilho e Szwarcwald (2001), a epidemia pelo HIV é considerada um acontecimento histórico e global, com alto nível de danos à população e fortemente debatida no âmbito social e científico. Esta apresentou características diferentes em cada local onde ocorreu, isso porque, trata-se de uma infecção instável e dinâmica, que varia de acordo com os comportamentos individuais e coletivos. Foi essa instabilidade que tornou o HIV e a aids um evento marcante na história do mundo.

A primeira obra publicada sobre a aids foi em junho de 1981, no *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Tratava-se de um artigo que apresentava cinco casos de uma infecção pulmonar que estava acometendo jovens homossexuais americanos, entre outubro de 1980 e maio de 1981, e que causava uma debilidade imunológica no organismo. À época, também se percebeu que esses jovens apresentavam o diagnóstico de outras duas doenças, tais como, a candidíase oral e o citomegalovírus. (NASCIMENTO, 2005)

No começo da epidemia do HIV, o cenário no Brasil apontava para um perfil epidemiológico específico. Os grupos mais atingidos pela infecção eram os homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Eram pessoas de origem socioeconômica elevada e se concentravam na região metropolitana do Rio de Janeiro e de São Paulo (SILVA; ANGERAMI, 2008). O fato dos casos se concentrarem majoritariamente em populações com determinadas práticas sexuais, gerou uma onda de preconceito e estigma associado ao diagnóstico de HIV e aids.

A imagem das alas hospitalares ocupadas por pacientes com AIDS era muito triste. Homens jovens, a maioria na faixa dos 30 anos, com o rosto cadavérico e o corpo consumido pela doença. Tinham a pele descamando, o cabelo ralo e as unhas tomadas por micose – sintomas da debilidade imunológica. Muitos estavam com pernas, braços, troncos e até o rosto tomados por manchas protuberantes em tom vermelho, arroxeadas ou marrom, características do câncer de pele que acometia os primeiros pacientes de AIDS, chamado Sarcoma de Kaposi (TIMERMAN; MAGALHÃES, 2015, p. 9).

No início, não existiam testes laboratoriais para confirmação do diagnóstico de HIV⁷. Isto acabava fazendo com que o diagnóstico fosse descoberto já quando o paciente estivesse no estágio da aids. Nessa época, o diagnóstico era baseado nos sintomas físicos que os pacientes apresentavam, tais como, gânglios aumentados, incidência de infecções oportunistas, perda de peso, diarreia, febre, entre outros sinais comuns ao quadro. Após a análise do quadro clínico, era realizado um exame de sangue para a verificação do quantitativo de linfócitos CD4 no organismo do paciente. E, “se a pessoa tivesse menos de 500 células CD4 por microlitro de sangue, nível mínimo encontrado em indivíduos saudáveis, ficava confirmado o quadro de AIDS” (TIMERMAN; MAGALHÃES, 2015, p.8).

No livro *Histórias da Aids* (2015), de Arthur Timerman e Naira Magalhães, são retratados os cenários vivenciados pelos profissionais da saúde que atendiam as pessoas com HIV/aids logo no início da epidemia. Os médicos que atendiam os doentes utilizavam paramentação para precaução de contato composta por: dois aventais, luvas, óculos, máscara e gorro. Havia, por parte dos profissionais, o medo de realizar determinados procedimentos nesses pacientes e ter contato com os seus fluídos corporais.

O fato da infecção pelo HIV ter surgido em grupos específicos gerou um grande estigma relacionado aos modos de transmissão do vírus e a forma como as pessoas infectadas eram tratadas socialmente. Para Valle (2002), o termo “aidético” era uma das maneiras mais conhecidas e estigmatizantes relacionadas à infecção. Essa terminologia funcionava como uma forma de identificação das pessoas vivendo com HIV/aids e, conseqüentemente, potencializava o estigma e a ideia de morte relacionada à infecção.

⁷ No Brasil, os testes para confirmação sorológica do HIV só começaram com a chegada do teste Elisa (enzymelinkedimmunosorbentadsorption), a partir de 1985. Contudo, não havia instruções de como a confirmação diagnóstica por meio do Elisa seria analisada no cenário brasileiro. Por isso, a maioria dos laboratórios brasileiros era baseado nos parâmetros de confirmação criado pelos norte-americanos, que considerava o diagnóstico de HIV+ após resultados reagentes repetidos (MOTTA; JUNIOR, 2015)

1.1. A epidemia do estigma

Uma das questões mais complexas como se fala na infecção pelo HIV é o estigma. De acordo com Goffman (1963/2004), o termo “estigma”, advém dos gregos e simboliza algum sinal no corpo que possa identificar uma característica sobre o status mortal de uma pessoa. Esses “sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos.” (p.5)

Goffman (1963/2004) propõem três formas nas quais o termo estigma pode ser aplicado. A primeira é para designar as deformidades corporais. A segunda, é o estigma relacionado às manifestações de culpa relacionadas ao caráter de cada pessoa, que englobam, os vícios, os distúrbios mentais, a homossexualidade, o suicídio, o desemprego, entre outros. E, a terceira, os denominados estigmas tribais, que compreendem as questões de raça, nação e religião.

No caso da epidemia do HIV/aids, o estigma ocupou, e ainda ocupa três viesses. O primeiro, diz respeito ao corpo, tendo a marca da magreza como um dos retratos mais marcantes da estigmatização na mídia e no imaginário social. Um exemplo disso, foi a reportagem realizada pela revista Veja, em 1989, com o cantor Cazuza. À época, a foto de Cazuza emagrecido pela aids estampou a capa da revista, com o título “Uma vítima da Aids agoniza em praça pública”. A magreza corporal de Cazuza passou então a ser tratada como a imagem da aids diante da sociedade.

O peso dessa doença é algo realmente muito forte e apesar de todos nós sabermos sobre artistas da nossa época (Fred Mercury, Cazuza, Renato Russo), o que eu acredito que seja o mais irreal é que todo mundo sabe que existe, mas ninguém nunca imaginou ver de perto, de tão perto. É uma curiosidade mórbida quase que fascina: todos queriam ver COMO ERA ALGUÉM COM AIDS. Mesmo que encontremos a cura HOJE, o estigma com certeza permanecerá por tempos... (RENOVATTO, 2019, p.83).

O segundo viés apresenta o estigma relacionado a um tipo de desvio de caráter associado à promiscuidade. Isso se deu devido ao fato de que, majoritariamente, os primeiros casos do HIV ocorreram na população de gays masculinos. Dessa forma, houve uma intensa associação entre a ocorrência da infecção pelo HIV e com a homossexualidade, e isto fez com que infecção fosse considerada uma “peste gay”, “câncer gay” e um “castigo para os gays”.

Para Parker e Aggleton (2021), a relação entre o HIV/aids e os desvios sexuais, tais como, a homossexualidade e a prostituição, tornaram-se uma marca da epidemia e “continua a funcionar ainda hoje como o aspecto mais enraizado do estigma, da estigmatização e da discriminação relacionados ao HIV e à AIDS.” (p. 47)

O pânico moral que se instaurou nos primeiros anos da epidemia foi estimulado pela relação entre o HIV e a possibilidade de morte, potencializando o preconceito vivenciado pelas PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/Aids), principalmente, nos gays masculinos, mais atingidos à época. Assim, se antes o estigma se alimentava da homofobia, quando os casos da infecção foram se espalhando nas populações mais vulneráveis, o estigma passou a fomentar a exclusão social, o racismo e o sexismo. Dessa forma, é possível constatar que para alcançar a eficácia das ações de enfrentamento à epidemia, é imprescindível combater a estigmatização ao HIV. (MONTEIRO; VILLELA, 2019).

O terceiro viés de estigmatização relacionado à história do HIV está no âmbito social. O medo da discriminação gerada por um diagnóstico de HIV pode culminar na exclusão social daqueles que possuem o vírus fazendo, inclusive, com que essas pessoas optem por não revelar sua condição sorológica em seu meio social. (DARDE, 2004)

Diante de toda situação estigmatizante que a pessoa diagnosticada com HIV era submetida, a promoção do termo *aidético* à uma categoria de classificação, funcionou como um instrumento de segregação que causava a violação de direitos. Quem era denominado como *aidético* não era sequer considerado cidadão e estava fadado a uma condenação para além da morte física, mas também, uma morte social. (DARDE, 2004)

A transmissão sexual da doença, encarada pela maioria das pessoas como uma calamidade da qual a própria vítima é culpada, é mais censurada do que a de outras — particularmente porque a aids é vista como uma doença causada não apenas pelos excessos sexuais, mas também pela perversão sexual (SONTAG, 2007, p. 57).

Parker e Anggleton (2021) pontuam que apesar da significativa importância do trabalho de Goffman sobre o estigma, para a utilização desse termo na complexidade do cenário que envolve o HIV/aids, se faz necessário o acréscimo de uma discussão mais profunda, evidenciando também um outro conceito: a discriminação. A justificativa para o aprofundamento da relação entre o estigma e a discriminação ocorreu porque esses dois conceitos, ao serem tomados como processos sociais, contemplam duas formas de atuação: o poder e a dominação.

Os autores mencionam que em um cenário de produção e reprodução das relações de poder, o estigma ocupa um lugar importante, de tal modo que estigmatizar alguém faz com que essa pessoa seja considerada inferior, sendo discriminada diante de determinadas instâncias da sociedade e, essa situação, potencializa ainda mais a desigualdade social. (PARKER; ANGGLETON, 2021)

O estigma é utilizado como um instrumento de legitimação do poder dentro das estruturas sociais, já que o dominado/estigmatizado/discriminado é segregado do meio social e o dominante permanece invicto em seu status de poder. Dessa forma, discriminar alguém pelo gênero, classe social ou orientação sexual, não é algo feito ao acaso, é uma forma de perpetuação do poder. (PARKER; ANGGLETON, 2021)

O fato de o estigma agir como um potencializador de sofrimento nas pessoas vivendo com HIV, torna o seu combate algo imprescindível para uma vivência digna e de qualidade. Em 2008, passou-se a utilizar uma ferramenta para detecção e medição das situações relacionados ao estigma e a discriminação no contexto do HIV, denominado índice de estigma. Porém, foi apenas em 2019 que esse índice foi aplicado no território brasileiro.

A versão do “Índice do estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/aids” aplicada no Brasil foi uma atualização da versão inicial. A aplicação dessa atualização, denominada de 2.0, teve o apoio de várias entidades: “Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas, Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e AIDS, Rede Nacional de Mulheres Travestis e Transexuais e Homens Trans vivendo e convivendo com HIV/AIDS, ONG Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero, UNAIDS no Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Brasil e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).” (MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADÃS POSITHIVAS et al, 2019, p. 11)

No Brasil, o índice do estigma foi aplicado em Brasília, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Manaus, São Paulo, Recife e Salvador. No total foram entrevistadas 1.784 pessoas vivendo com HIV/aids, que participaram do estudo respondendo a um questionário composto por 80 perguntas. As perguntas abordavam sobre o impacto do status soropositivo nas relações sociais, a revelação diagnóstica, o sigilo, as vivências das pessoas com relação ao estigma e discriminação, a forma como lidam com o diagnóstico

de HIV, violação de direitos, a forma como se inserem nos serviços de saúde e a discriminação pela orientação sexual. (MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADÃS POSITHIVAS et al, 2019)

Dos entrevistados, 62,8% identificaram-se como homens cis, 30,8% como mulheres cis, 5,7% como mulheres trans ou travesti, 0,4% como homens trans e 0,2% preferiram não responder. Durante o estudo, foi constatado que 64,1% das pessoas já sofreram algum ato discriminatório relacionado ao diagnóstico. Além disso, 25,3% sinalizaram que já sofreram assédio verbal, 6% sofreram violência física e 19,6% perderam o emprego. Todos esses acontecimentos foram relacionados ao fato dessas pessoas possuírem o diagnóstico de HIV. (MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADÃS POSITHIVAS et al, 2019)

Além disso, também foi observado que muitos participantes sentem culpa e vergonha com relação ao seu estado sorológico. 21,6% das pessoas que responderam sobre sua condição sorológica concordaram com a afirmação de que “Ser soropositiva(o) para o HIV faz eu me sentir sujo”; 36,7% estavam em concordância com “Sinto vergonha por ser soropositiva(o) para o HIV” e 81,8% admitiram que “É difícil contar às pessoas que sou soropositiva(o) para o HIV.” (MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADÃS POSITHIVAS et al, 2019, p. 40)

O estigma sempre esteve presente no curso da epidemia do HIV. Isso se fez ainda mais presente quando o cenário epidemiológico da época apontou quais os grupos concentravam a maior incidência de casos. Marques (2002, p.53), foi no ano de 1985 que o Ministério da Saúde passou a entender a aids como uma questão de saúde pública e criou o Programa Nacional da Aids, que onde foram instituídas as primeiras ações para o enfrentamento da epidemia. Nesse momento, as diretrizes estavam voltadas para os “grupos de risco”. Eram eles: “os homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e poli transfundidos e os usuários de drogas injetáveis” (p. 53).

Bastos (2013) ressalta que não há uma cara da aids, que diferentemente do que se imaginava no início da epidemia, “a cara da Aids” são todas ou não é nenhuma em particular” (p.119). A infecção pelo HIV tem atingido as mais diversas populações, inclusive, em nível global. É essa afirmação que possibilita a desconstrução do estigma que envolve esse diagnóstico. Não há mais uma marca física que aponte para a condição

sorológica de uma pessoa. Não há mais como associar a aids à imagem da morte caracterizada pela magreza e rostos cadavéricos de outrora.

Cabe ressaltar que o acontecimento da epidemia de HIV/aids no Brasil pode ser dividido em três momentos. O primeiro, à época onde a incidência maior de casos ocorria nos grupos de gays masculinos e utilizava-se a nomenclatura de “grupo de risco”. Esse fato restringia a adoção de ações mais amplas voltadas ao enfrentamento do HIV. Em um segundo momento, as ações foram se ampliando para as formas de exposição ao vírus, já que se observou um aumento da transmissão nos casos de relações heterossexuais e em usuários de drogas injetáveis. Foi então, adotada a concepção de “comportamento de risco”. Onde, passou-se a considerar que a transmissão pelo vírus estaria associada aos comportamentos que favoreciam à exposição e não, necessariamente, à orientação sexual. (BRASIL, 1999)

Por último, no terceiro cenário da epidemia, os dados demonstraram um aumento de casos nas populações de mulheres heterossexuais, pessoas vulneráveis socialmente e populações que viviam em locais mais afastados das metrópoles. Assim, adotou-se uma visão que considerava o nível de vulnerabilidade das pessoas à possibilidade de infecção pelo HIV, por isso, se fazia necessário a construção de respostas mais amplas para o enfrentamento da epidemia, tanto da sociedade civil quanto das instâncias políticas. (BRASIL, 1999)

Conforme Ayres et al (2009) aponta, a vulnerabilidade não diz respeito apenas as questões individuais, mas também aos fatores coletivos que atravessam as vivências de cada pessoa. Esse conceito está relacionado a probabilidade que um indivíduo tem de ser exposto a infecção, aos agravos e até mesmo a possibilidade de conseguir acesso aos meios de prevenção.

Diante disso, o autor explica que existem três componentes a serem considerados para discutir sobre a vulnerabilidade envolvida no contexto do HIV. São eles: Componente individual, social e programático. O componente individual refere-se a maneira como o indivíduo responde às informações sobre um determinado tema, tanto naquilo que diz respeito ao acesso e qualidade da informação recebida, quanto na sua compreensão. Ainda, também é preciso considerar se o indivíduo irá utilizar essa informação em seu cotidiano, de modo que, ajude-o a pensar nas formas de prevenção. (AYRES et al, 2009)

O componente social também está ligado a forma como uma pessoa se relaciona com a informação que recebe. Contudo, nesse contexto são incluídas as questões que dizem respeito aos aspectos sociais que implicam no acesso à educação, aos meios de comunicação, discussões políticas e culturais. Os componentes programáticos estão relacionados ao direcionamento dos recursos às ações de prevenção e os agravos da infecção pelo HIV. Assim, ações em saúde de qualidade e acessíveis, possibilitam que uma pessoa possa construir formas adequadas de enfrentamento à infecção, conforme as suas particularidades. (AYRES et al, 2009)

Considerando o que foi dito até aqui, nota-se que ações de combate ao HIV precisam atravessar o estigma perpetuado até os dias atuais e as vulnerabilidades as quais as pessoas estão submetidas. Para Nascimento (2005), a aids pode até ter tomado a forma da morte em seus primórdios, mas as pessoas afetadas pelo vírus também encontraram uma maneira de lutar e não morrer em silêncio. Nesse sentido, ao redor do mundo foram surgindo movimentos sociais e ações ligadas às organizações não governamentais visando apoiar as ações contra a epidemia. As primeiras atuações sociais visavam, além da desestigmatização, trabalhos voltados para educação, cuidado e até apoio à causa das pessoas diagnosticadas com o HIV.

1.2. Ações governamentais e não governamentais

A década de 80 foi marcada pela luta de direitos durante o processo de redemocratização que o país atravessava. O ativismo da época, que se debruçava na luta pelos direitos das minorias - das mulheres, negros e homossexuais-, se colocou como um ponto de apoio importante às ações de combate e prevenção ao HIV as populações mais atingidas e marginalizadas, como homossexuais e profissionais do sexo. Assim, a participação de diferentes setores da sociedade, como ONGs e comunidade científica, tinha como objetivo preservar os direitos daqueles atingidos pelo HIV e fortalecer as ações de atenção à saúde. (GRANGEIRO, 2009)

O primeiro grupo impactado pela incidência da aids que conseguiu o apoio da sociedade civil para debater no âmbito político as ações de transmissão do HIV foram os hemofílicos. O fato de um número significativo de hemofílicos serem diagnosticados com HIV em 1985 gerou uma crise sobre os centros de hemoterapia e potencializou a união

de grupos sociais para a construção das ações direcionadas ao combate da transmissão do HIV pela transmissão do sangue contaminado. Esse grupo gerou debates acerca da confiabilidade dos bancos de sangue no Brasil, já que na época um número significativo de pessoas foi infectado pelo HIV através da transfusão de sangue, dada a exposição à má qualidade do material dos hemocentros. (NASCIMENTO, 2005)

Nem mesmo essa constatação – sangue contaminado pelo HIV advindo de doadores dos centros de hemoterapia – foi suficiente para produzir uma desconstrução da Aids como doença de gays. Ora, não só gays doam sangue, portanto, haveria de se perceber que a ocorrência do HIV estaria indiscriminadamente disseminada e não restrita aos até então chamados grupos de risco. Esse elemento não foi incorporado na luta pela qualidade do sangue (NASCIMENTO, 2005, p. 108).

Diante das pressões advindas para fiscalização nos bancos de sangue, somado a morte do cartunista Henfil, hemofílico que foi infectado pelo HIV por via transfusional, em 1988 tornou-se obrigatória a realização da sorologia anti HIV para doação de sangue. (CASTRO SANTOS, 1992 *apud* NASCIMENTO, 2005)

Era um equívoco continuar acreditando que a transmissão do HIV só ocorreria em parcerias gays. Mas, a estigmatização do HIV relacionada aos homossexuais persistiu, impedindo esse grupo de realizar doação de sangue aos bancos. Essa situação só foi modificada em 2021, com projeto de lei 2353, que proíbe a discriminação de doadores de sangue com base na orientação sexual. (BRASIL, 2021)

Diante da discriminação e do estigma que envolveu o HIV desde seus primórdios, um grupo se destacou na luta e no debate para a construção de ações voltadas ao HIV: As Organizações Não Governamentais - ONGs. No final da década de 80 o número de ONG/aids já havia se ampliado de forma significativa, o que gerou uma importante visibilidade na forma de atuação destas. Foi nessa época que ocorreu o I Encontro Nacional de ONG/aids, “com o amadurecimento do movimento social, representantes de ONG/aids já são considerados interlocutores legítimos em fóruns científicos e de elaboração e implementação de políticas públicas.” (CASTRO; SILVA, 2005, p.117)

Em 1985, em São Paulo, foi fundada a primeira ONG/aids do Brasil, denominada como Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA). No ano seguinte, no Rio de Janeiro, se deu a criação da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). A ABIA foi a primeira entidade brasileira gerida por Hebert de Souza (Betinho), um importante ativista da aids e assumidamente soropositivo. Já em 1989, nasceu o grupo Pela Vidda,

composto por pessoas vivendo com HIV e demais membros da sociedade civil. (GALVÃO, 2000)

As ongs cariocas, ABIA e o Grupo pela Vidda, tinham como objetivo o reconhecimento social das pessoas diagnosticadas com HIV, priorizando ações de políticas públicas que visavam, além da garantia do acesso ao tratamento e serviços de saúde, a defesa dos direitos humanos, garantindo que as PVHA não fossem condenadas à “morte civil”. (MELLO, 1999)

Apesar da contribuição importante dos ativistas nesse cenário, ainda havia resistência das forças governamentais para dialogar formalmente com os movimentos. Tal cenário só veio a se modificar na década seguinte, quando o Ministério da Saúde participou e financiou o V Encontro Nacional de ONG/aids, em 1992, estabelecendo a participação formal de representantes das ONGs nas ações do Programa Nacional de DST /Aids e na Comissão Nacional de Aids e, posteriormente, em 1994, quando as ONGs passaram a receber apoio financeiro para seus projetos, sendo o Ministério da Saúde o principal apoiador financeiro, através dos recursos do programa Aids I e, posteriormente, Aids II. (CASTRO; SILVA, 2005)

A implementação das ações de prevenção e tratamento à aids, bem como, o fortalecimento das ações do Programa Nacional de DST/Aids só foi possível após a realização do acordo de um empréstimo cedido pelo Banco Mundial ao Brasil. Esse acordo de financiamento foi denominado como Aids I, com durabilidade entre o período de 1994 e 1998. (BRASIL, 1999)

As ações do Aids I deveriam ser executadas pelo Ministério da Saúde e foram voltadas para prevenção, serviços para realização do tratamento e assistência, desenvolvimento e fortalecimento de ações institucionais e vigilância epidemiológica. O orçamento do empréstimo destinado ao Aids I era de 250 milhões de dólares e o prazo para realização do pagamento de até 15 anos. Além disso, a duração do projeto era limitada em 5 anos. (SOUTO, 2003)

No decorrer das ações de investimentos que o governo vinha realizando para o enfrentamento da epidemia, em novembro de 1996, a terapia antirretroviral destinada às pessoas vivendo com HIV começou a ser distribuída gratuitamente, através da promulgação da lei nº 9.313. A partir dessa data a TARV (Terapia Antirretroviral) passou

a ser distribuída pelo SUS, sendo financiada pelo orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (BRASIL, 1996)

Em 1998, o acordo financeiro foi renovado e renomeado como Projeto Aids II, que durou até 2002. O projeto Aids II visava a implementação das ações de prevenção e assistência, além de uma melhoria nas articulações das ações e a garantia da continuidade destas. Entretanto, para que isso fosse possível, era necessário a participação de forças políticas para garantia de recursos e modificações na saúde pública do país. (BRASIL, 1999)

O surgimento da terapia antirretroviral (TARV) foi um marco no cenário da epidemia do HIV. Foi graças a ela que a infecção pelo HIV pôde ser contida, possibilitando o controle da carga viral e impedindo a morbimortalidade por complicações do HIV e internações hospitalares (BRASIL, 2012). A possibilidade do uso da TARV traz ao cenário do HIV uma nova chance: A vida.

1.3. O processo de feminização da epidemia do HIV

Historicamente, as mulheres sempre estiveram em segundo plano na epidemia do HIV, sendo consideradas apenas quando o cenário epidemiológico notificou o aumento de casos nas parcerias heterossexuais.

Os anos 80, marcaram não só o começo a epidemia do HIV, mas também foi uma década importante para o movimento feminista. Foi nesse cenário que, no Brasil, o movimento feminista passou a colocar em pauta as discussões referentes à violência de gênero, a partir do surgimento de diversos grupos organizados que debatiam o tema, e também, da saúde reprodutiva com a criação do Programa de Assistência à Saúde Integral das Mulheres – PAISM e demais grupos de ONGs e sociedade civil, como a Rede Feminista, Cepia, SOS-corpo, entre outros. (GARCIA, 2015) .

O PAISM foi constituído em 1984, no contexto do Movimento sanitário e das discussões que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Foi o PAISM que introduziu a integralidade e a equidade na atenção à saúde da mulher, além de agrupar enquanto princípios organizativos a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2004)

A proposta do PAISM era direcionada à saúde da mulher e tinha como prioridade as ações de cuidado em saúde no âmbito federal, estadual e municipal, voltadas para assistência ginecológica e práticas educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, contracepção, câncer cérvico-uterino e mamário, infecções sexualmente transmissíveis, além de ações que englobam diversos ciclos ao longa da vida da mulher. (BRASIL, 1985)

Nessa época o HIV/aids ainda não era tratado como uma questão. Apesar disso, o boletim epidemiológico referente à época que demonstra ocorrências dos casos de aids entre na primeira década da epidemia no Brasil, entre 1983 e 1990, foram constatados 2.768 casos de aids em mulheres com mais de 20 anos. Um número inferior quando comparado à categoria de homens infectados na mesma faixa etária, no período entre 1980 e 1990, que somavam, 20.073 casos. (BRASIL, 2001)

Em 1993, a notificação dos casos de HIV/aids advindo de práticas heterossexuais superou o quantitativo de casos entre homossexuais e bissexuais (BRASIL,2002). Assim, conforme o curso da epidemia avançava, o perfil epidemiológico da aids entre homens e mulheres foi se modificando de tal forma que entre o ano de 1994 e 1998, se observava um aumento de pouco mais de 10% da incidência do vírus na população masculina, enquanto, em mulheres, o aumento foi de cerca de 75% (BRASIL, 2003).

Esse cenário inicial da epidemia foi marcado por um tipo de status quo misógino e sexista, que colocou a sexualidade feminina apenas no patamar reprodutivo e creditava à transmissão da infecção às promíscuas prostitutas, enquanto as mulheres casadas e mulheres mães estavam imunes ao julgamento social e ao risco de infecção pelo HIV.

O curso da epidemia demonstrou que as representações de identidade não funcionaram como um método de prevenção, sinalizando que “a vulnerabilidade ao vírus está no sexo desprotegido com um parceiro infectado, em vez do casamento, da maternidade santificada ou de uma sexualidade balizada por determinadas insígnias de gênero.” Evidenciando assim que as mulheres casada e mãe estão sim suscetíveis à transmissão do HIV. (BARRETO; CECARELLI, 2015, p. 131)

Para Villela e Monteiro (2015) há uma incidência dos padrões de gênero na constituição da tríade saúde, estigma e prostituição que faz com que as mulheres sejam julgadas e culpabilizadas pela oferta do sexo para o prazer do homem, reafirmando uma subordinação do corpo feminino ao prazer sexual masculino. Dessa forma, a prostituição se estabelece como um fator de desqualificação dessas mulheres, colocando-as em um

lugar de afastamentos de direitos e tornando-as vulneráveis aos agravos em saúde, principalmente, na saúde mental e sexual.

Conforme ressalta Pateman (1993), a prostituição funciona como um mecanismo mercadológico da indústria capitalista no patriarcado, que concede aos homens o controle dos corpos das mulheres e a aquisição sexual destas. Assim, a prostituição, torna-se “o exemplo mais dramático da dimensão pública do direito patriarcal é o fato de os homens exigirem que os corpos das mulheres estejam à venda como mercadorias no mercado capitalista; a prostituição é uma importante indústria-capitalista (p.36)”.

Em 1998, uma ação do Programa Nacional de DST/Aids reuniu especialistas em Brasília para discutir sobre a relação entre os casos de aids e a prostituição feminina. Nesse momento, passou-se a considerar que as mulheres profissionais do sexo por apresentarem um comportamento promíscuo, associado também ao uso de drogas injetáveis e não utilização dos preservativos, deveriam ser incluídas em uma categoria denominada como “grupo de alto risco” à transmissão do HIV. (GUIMARÃES, 2001)

Mesmo com a inserção das profissionais do sexo nas discussões sobre as ações em saúde, os investimentos para enfrentamento da epidemia continuaram sendo direcionados aos homens gays e bissexuais. O cuidado e as vulnerabilidades das mulheres seguiram sendo desconsiderados nas campanhas educativas e nas ações em saúde. (PAIVA, 1999). Tal constatação elucidou os atravessamentos de gênero na construção das políticas de saúde à época, demonstrando o apagamento das mulheres no curso da epidemia, que se presentifica ainda nos dias atuais. Diante disso, cabe ressaltar que foi com o movimento feminista, na metade do século XX, que as incidências de gênero foram incluídas nas discussões envolvendo os processos de saúde-doença. (BARATA, 2009)

Scott (2017) apresenta duas definições para o gênero que se interligam, mas devem ser analisadas separadamente. São elas: o gênero enquanto um fator “constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (p. 21). Dessa forma, o gênero atuando enquanto uma categoria útil para análise histórica, possibilita compreender as complexidades das relações sociais em diversos âmbitos, tais como, na política, na educação, no mercado de trabalho e - como utilizada neste trabalho -, na saúde.

Como aponta Silva (2013), as primeiras campanhas voltadas para a prevenção do HIV em mulheres foram criadas pelo Programa Nacional de DST e HIV/aids nos anos

90. Porém, foi só nos anos 2000 que as políticas de combate à feminilização do HIV/aids adquiriram uma perspectiva que considerava os atravessamentos de gênero no cuidado dessas mulheres. Dessa forma, diante do panorama de pressões advindas dos movimentos feministas para a construção de ações em saúde da mulher que englobasse os direitos sexuais e reprodutivos, no ano 2004, foi desenvolvida a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher – PNAISM, que também trouxe contribuições para o enfrentamento da infecção pelo HIV.

Assim, considerar o gênero enquanto um fator determinante no contexto da saúde possibilita que ao sinalizar as desigualdades que circunscrevem as vivências dos homens e das mulheres, seja viável a construção de políticas públicas que auxiliam na diminuição das disparidades dos papéis de gênero (VILLELA, MONTEIRO E VARGAS, 2009). Isso abre espaço para que se possa pensar em políticas públicas de saúde da mulher baseadas no princípio da equidade.

A feminização do HIV/AIDS, assim como a da pobreza, é um argumento, uma retórica e uma ficção capaz de promover a noção inverídica de que corpos femininos passaram a surgir onde não estavam antes. Ela não nos obriga a olhar reflexivamente para os problemas discursivos que têm cercado e produzido esse corpo historicamente – pelo contrário, desvia a atenção das negligências cometidas em decorrência das concepções e estruturas que já existiam muito antes da epidemia ser concebida (DUARTE; ROHDEN, 2019, p.35).

As barreiras erguidas pelo não reconhecimento da mulher enquanto alguém vulnerável à transmissão do HIV pode gerar o distanciamento destas ao acesso às informações de prevenção e tratamento, bem como, as dificuldades no ingresso dos serviços de saúde de forma adequada.

1.4. Mulheres e HIV: Direitos reprodutivos e sexuais

Como mencionado anteriormente, os primeiros casos do HIV se concentraram na população masculina e alguns anos depois, com o aumento dos registros de casos em mulheres, tornou-se necessária a construção de ações para contenção da epidemia neste grupo. Como o foco inicial das discussões dos casos femininos se pautou em julgamentos relacionados às práticas sexuais das mulheres, as demais questões envolvendo a saúde feminina dentro do contexto do HIV acabaram sendo desconsideradas.

De acordo com Guimarães (2001), como os investimentos de ações em saúde eram voltados para os grupos de risco, as mulheres não eram consideradas como suscetíveis à

transmissão do HIV e, como consequência disso, não tinham acesso as formas de prevenção e também não recebiam os cuidados necessários para um diagnóstico precoce, o que as deixava sob o risco de agravos. Ainda, a autora alerta para o fato de que a mulher quando inserida em um relacionamento amoroso pode ficar subordinada ao homem e ser impedida de ter autonomia sobre o seu cuidado.

O estigma e os preconceitos, frequentemente, atravessam a vida das mulheres diagnosticadas com HIV, justamente, por esta ser uma infecção sexualmente transmissível, colocando-as em um lugar de culpa e inferioridade pelo acontecimento da doença, fazendo com que o diagnóstico incida diretamente nas decisões em diversos âmbitos de sua vivência.

De acordo com a cartilha “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais” (BRASIL, 2009), os direitos reprodutivos consistem na garantia de que todas as pessoas possam decidir livremente sobre suas escolhas reprodutivas, sendo assegurado o direito de acesso aos meios de contracepção e informações, para definirem se desejam filhos, quantos e quando irão tê-los.

Já os direitos sexuais englobam a livre expressão e escolha das práticas sexuais. Onde, o direito de escolher a parceria sexual deve ser respeitado e não imposto; deve existir o direito de acesso à prevenção de ISTs e à gravidez indesejada; acesso à educação sexual e reprodutiva, além de garantida de atendimento adequado nos serviços de saúde, que assegurem o sigilo e a privacidade dos usuários. (BRASIL, 2009)

Barbosa e Vilela (1996) apontam que a prática sexual das mulheres é comumente associada ao sentimento de amor e, por isso, existe uma ideia de que para que o sexo aconteça é necessário ter desejo por um outro. Contudo, quando o assunto é a prevenção ao HIV, esse tipo de associação, que coloca o sexo enquanto uma demonstração de amor pelo outro, pode impedir que as mulheres tenham livre escolha sobre os métodos preventivos dentro de suas relações sexuais, deixando a vontade de seus companheiros sobrepor as suas. Assim, as mulheres renunciam ao seu cuidado e podem acabar vulneráveis ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.

Conforme destaca Golsdstein (1996), a concepção de uma relação sexual segura através do uso da camisinha emergiu nos EUA com o grupo dos homossexuais. Contudo, quando os programas e campanhas utilizadas pelos norte-americanos foram transpostas para o Brasil, houve resistência entre as populações daqui uma vez que, o material

produzido para as campanhas norte-americanas não considerava a realidade brasileira. Se todas as pessoas estão sob o risco da transmissão do HIV, porém o nível de risco não é o mesmo para todos, havia a necessidade de pensar em formas de prevenção distintas para cada grupo de pessoas. À época, notava-se que os grupos que, frequentemente, tinham maior poder de negociação para o uso da camisinha nas relações sexuais eram os homossexuais e as profissionais do sexo, diferentemente das mulheres de classes mais baixas e com relações fixas. Assim, “no contexto brasileiro a mulher é forçada a esperar a bondade do parceiro, que não quer admitir infidelidade, e ainda a camisinha representa fortemente a infidelidade dentro das relações fixas” (p.142).

Andrade e Ribeiro (2013) ressaltam que a relação de dominação dos homens sobre as mulheres faz com que a mulher não tenha o poder para negociar o uso da camisinha nas relações amorosas. Isto acaba demonstrando que as escolhas femininas ficam à mercê daquilo que os homens desejam. Nesse cenário, há visivelmente uma desconsideração da vontade da mulher em prol daquilo que o homem quer, perpetuando o que prega o patriarcado e expondo à mulher ao HIV.

Na conjuntura que envolve as discussões de ações voltadas para os direitos reprodutivos, aconteceu em 1994 a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (CIPD), também chamada de Conferência do Cairo. Foi nessa conferência que a saúde reprodutiva passou a ser considerada como um direito humano e um fator que incide na discussão das questões referentes a igualdade de gênero. (PATRIOTA,1994). No capítulo VIII do plano de ação proposto nesta conferência a saúde reprodutiva é definida como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio (PATRIOTA,1994).

Um outro ponto abordado dentro dessa conjuntura diz respeito às questões referentes às doenças sexualmente transmissíveis e prevenção ao HIV. Nessa época, com o aumento de casos do HIV entre as mulheres, observou-se que os aspectos de

vulnerabilidade social, econômica e a dificuldades em realizar o diagnóstico correto eram fatores de suscetibilidade da mulher a transmissão do HIV e causadores de agravos em sua saúde reprodutiva. (PATRIOTA, 1994)

No caso das ações relacionadas as infecções sexualmente transmissíveis, as propostas oriundas na Conferência do Cairo estavam voltadas para a prevenção, tratamento e redução das complicações na saúde reprodutiva, principalmente, na população feminina. Nesse cenário ações também incluíam o treinamento adequado dos profissionais de saúde para identificação de infecções sexualmente transmissíveis, ampla distribuição de camisinhas e maior acesso às informações sobre prevenção de ISTs.

Na conjuntura brasileira, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em 2005, através da portaria nº 426/GM/MS. Essa política incidiu diretamente sobre as escolhas reprodutivas das pessoas vivendo com HIV, uma vez que tinha como objetivo possibilitar o acesso dos casais soropositivos aos meios de reprodução assistida. (BRASIL,2007)

Mesmo com os avanços referentes às questões reprodutivas das pessoas vivendo com HIV, quando o assunto é a reprodução assistida, ainda existe tabus e há muito desconhecimento por parte dos profissionais de saúde. Muitas vezes, as equipes de saúde da atenção primária ainda não têm o preparo necessário para compreender as demandas das mulheres vivendo com HIV/aids, por isso, a educação permanente desses profissionais é imprescindível para que os cuidados ofertados às mulheres sejam eficazes. (SANTAMARINA, SANTIAGO, TAVARES, 2021).

Em 2006, com o advento do Pacto pela Saúde passou-se a discutir as ações prioritárias no âmbito municipal, estadual e federal para o cuidado em saúde da população e com o avanço da epidemia entre as classes mais baixas, somado ao aumento dos casos entre parceiras heterossexuais, a aids e a saúde materno infantil não ficaram de fora das discussões. Foi através do Pacto Pela Vida que a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis adquiriu a importância de uma ação possível e uma meta a ser cumprida, para a redução das taxas de mortalidade materno infantil. (BRASIL,2007)

No ano de 2007, foi criado o “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/aids e outras DSTs”⁸, com o objetivo de reunir as ações em saúde para o combate ao HIV e outras DSTs, além de buscar reduzir a morbidade destas. Essas ações buscavam considerar as vulnerabilidades das mulheres e os fatores que incidem para os agravos em sua saúde. Além disso, o plano elencou em três tipos de vulnerabilidades que contribuem para a exposição das mulheres à infecção pelo HIV, tais como, fatores sociais que diminuem o poder para negociar o uso de preservativo na relação sexual, qualidade do atendimento recebido nos dispositivos de saúde e o fortalecimento individual de cada mulher. Contudo, para que as ações fossem concretizadas de forma eficaz e a nível regional, foi necessário a realização de oficinas para discussão das ações e definição da responsabilização com a participação de representantes de cada estado, para que assim fossem considerados o perfil epidemiológico e as vulnerabilidades das mulheres de cada região. (BRASIL,2010)

Nesse mesmo ano, com a finalidade de possibilitar a diminuição da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita durante a gestação, foi lançado o “Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis” para auxiliar profissionais envolvidos nos cuidados do pré-natal, parto e puerpério. Esse protocolo passou a considerar a incidência da transmissão do HIV e da sífilis congênita durante o período gravídico puerperal como uma questão de saúde pública e, por isso, pressupunha a importância de fortalecer a atenção em saúde das mulheres gestantes como uma forma de prevenir a transmissão viral aos bebês. (BRASIL,2007)

No ano de 2009, as ações do “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/aids e outras DSTs”, citado anteriormente, foram alteradas em função da epidemia no Brasil ter sido classificada como "concentrada". Nesse panorama, as atenções voltaram-se aos grupos de maior incidência da infecção, ou seja, grupos de pessoas onde a taxa de infecção está mais concentrada. Em virtude dessa alteração, o plano incorporou “as agendas afirmativas construídas por mulheres sob maior vulnerabilidade - profissionais de sexo, mulheres vivendo com HIV, mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres vivenciando a transexualidade”. (BRASIL,2010. p.5)

⁸ Nos últimos anos, o termo DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) foi substituído por ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis). Contudo, optou-se por manter a utilização de DST nesse trecho conforme consta no documento original usado como referência bibliográfica.

Para Villela e Barbosa (1996), a forma como a mulher vai aderir às estratégias de prevenção é atravessada por múltiplos fatores que se relacionam com os aspectos de sua vida pessoal, a classe social em que está inserida, o acesso às informações sobre prevenção e, também, com o fato da própria mulher se reconhecer enquanto alguém vulnerável ao risco da transmissão ao HIV.

A UNAIDS (2018) aponta que o medo de sofrer violência também incide na dificuldade que as mulheres tem em negociar o uso da camisinha nas relações sexuais com seus parceiros. Além disso, a violência sexual também pode ter como consequência a infecção pelo HIV. Dessa forma, a violência também precisa ser considerada como um fator de vulnerabilidade da mulher ao HIV.

O surgimento dos anticoncepcionais modificou a forma como as mulheres colocam em prática a sua sexualidade naquilo que se relaciona ao acontecimento da maternidade. Contudo, os anticoncepcionais não foram capazes de promover à mulher a vivência de uma sexualidade livre, já que para muitas mulheres o sexo acaba se colocando como obrigatoriedade para manter o casamento. (BARBOSA; VILELA, 1996)

Cabe ressaltar que, apesar das mulheres serem as maiores frequentadoras dos serviços de saúde, alguns sintomas da aids tendem a ser considerados como algo de origem psicológica, como: insônia, fadiga, perda de peso, entre outros. Causando ainda mais demora para um diagnóstico sorológico assertivo e tornando mais difícil o acesso aos cuidados necessários à saúde dessas mulheres. (VILLELA; BARBOSA, 1996)

Nóbrega (2016) ressalta que a maioria das orientações relacionadas às questões terapêuticas direcionadas às mulheres, são oriundas de estudos onde prevalece a população masculina, desconsiderando questões pertinentes à saúde das mulheres. Assim, “na escolha da TARV ideal para mulheres, devemos considerar a compatibilidade dos ARV com contracepção, gravidez, presença de comorbidades e estratégias de prevenção ao HIV, individualizando sempre cada escolha” (p. 158).

Salienta-se ainda que apesar da importância de se considerar a singularidade de cada pessoa nas escolhas envolvidas em seu cuidado em saúde, no que diz respeito ao contexto das pessoas que vivem com HIV isso nem sempre acontece. Uma das situações mais recentes que colocou em questão o direito de escolha das mulheres vivendo com HIV se deu quando o então governo federal vigente tornou pública a portaria de nº 13, de 19 de abril de 2021, que sugeriu a introdução do implante subdérmico etonogestrel como

uma medida de prevenção, no âmbito do SUS, de gravidez não planejada em mulheres com HIV em uso de dolutegravir, de talidomida, em mulheres em situação de rua, em mulheres privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo e em mulheres diagnosticadas com tuberculose que estejam realizando tratamento com uso de aminoglicosídeos. (BRASIL, 2021)

Apesar de parecer, em algum nível, uma medida eficaz, já que alguns fabricantes desses implantes garantem uma contracepção que gira em torno de 3 anos, esse tipo de intervenção que invade o corpo da mulher pode se tornar uma prática totalitária, caso essas mulheres não tenham acesso às informações adequadas para que possam escolher com clareza sobre a realização desse tipo de procedimento. Além disso, as mulheres precisam ser informadas sobre os riscos envolvidos nessa intervenção, considerando os efeitos colaterais que advém da carga hormonal do implante e sobre as implicações desse método em suas escolhas reprodutivas.

Desde o início da epidemia do HIV há 40 anos, é inegável que houve avanços no cenário de combate à infecção. Contudo, isso ainda não é o suficiente para impedir que mulheres sejam infectadas pelo HIV, principalmente, aquelas que compõem as classes sociais mais vulneráveis, onde as informações sobre saúde, sexualidade e direitos não chegam de forma adequada. Ademais, os progressos na área da prevenção combinada ao HIV ainda não estão igualmente acessíveis a todas as mulheres. O acesso à Profilaxia pós exposição (PEP) esbarra na debilidade dos serviços assistenciais e nas condutas moralistas de alguns profissionais de saúde. Já a PREP ainda é voltada para grupos específicos. (SANTAMARINA, SANTIAGO, TAVARES, 2021)

O ‘Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PREP) de Risco à infecção pelo HIV’ divulgado pelo Ministério da Saúde em setembro de 2022, atualiza os critérios para utilização da PREP. A partir dessa atualização, os adolescentes com mais de 15 anos, sexualmente ativos, com no mínimo 35 kg e que possam estar vulneráveis à transmissão ao HIV, tornam-se elegíveis para o uso da Prep. Essa mudança foi motivada pelo aumento no número de casos da infecção entre a população mais jovem. Na população adulta, os critérios de elegibilidade seguem voltados para as populações prioritárias: homens que fazem sexo com homens, homossexuais masculinos, profissionais do sexo e pessoas trans. Apesar de não haver grandes alterações quanto a elegibilidade desse método de prevenção, o novo protocolo

propõe que para definição do uso da PREP sejam avaliados também outros aspectos das práticas sexuais, tais como: quantidade e diversidade de parcerias sexuais, uso recorrente da PEP, relações sexuais frequente sem o uso da camisinha, relações sexuais frequente com parceiros não fixos, episódios repetitivos de ISTs e uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais. (BRASIL,2022)

Apesar de existir um certo avanço também na análise dos critérios para utilização da PREP, as mulheres cisgêneras, em especial, as mulheres que se encontram em relacionamentos estáveis, seguem inviabilizadas, já que o risco da infecção pelo HIV para essas mulheres não é amplamente reconhecido ou discutido no contexto das políticas públicas da prevenção ao HIV.

Dessa forma, é importante que a criação de ações para a prevenção e o tratamento ao HIV considere as desigualdades dos papéis de gênero e a maneira como homens e mulheres são tratados socialmente devido as suas práticas sexuais. Além disso, para que as mulheres vivendo com HIV/aids recebam um cuidado adequado quando assistidas em equipamentos de saúde, é preciso que as ações que dizem respeito a sua saúde sejam incluídas de forma rotineira não apenas nos serviços de saúde, mas em todos os âmbitos da sociedade civil. (BRASIL, 2003)

1.5. O cenário da epidemia na atualidade: Dos avanços aos retrocessos

De acordo com o relatório global da Aids, de 2022, às ações de respostas ao HIV estão sob ameaça, e isto é uma consequência de crises humanitárias e econômicas vivenciadas em diversas partes do mundo, concomitante ao acontecimento da pandemia do coronavírus em 2020. Dessa forma, dados mais recentes demonstram pontos preocupantes no que tange o número de novas infecções do HIV em comparativo com anos anteriores. (UNAIDS, 2022)

Os dados divulgados pela UNAIDS em um relatório no ano de 2022 sinalizam que em alguns continentes o cenário que antes eram de diminuição dos casos de HIV, agora apresenta aumento anual das notificações. O levantamento estatístico divulgado demonstra uma projeção dessa situação indicando que todos os dias surgem 4.000 novos

casos da infecção pelo HIV no mundo. Se os casos continuarem nessa progressão, estima-se que até 2025, 1,2 milhões de pessoas serão infectadas pelo HIV. (UNAIDS, 2022)

Tendo em visto os dados alarmantes divulgados pelo relatório, também foram apresentadas recomendações para alcançar a eliminação dos casos da infecção pelo HIV até 2030. Essas propostas contemplam as ações de prevenção; a defesa dos direitos humanos; defesa pela igualdade de gênero; a transmissão de recursos financeiros adequada para garantir a efetividade das ações; discussão sobre as desigualdades e as vulnerabilidades de grupos e indivíduos no contexto das ações de prevenção, acesso aos testes e tratamento. (UNAIDS,2022)

Ainda que os avanços na TARV tenham concebido à aids o status de doença crônica, possibilitado uma melhor qualidade de vida às pessoas vivendo com HIV, a adesão ao tratamento ainda é considerada um desafio. Para alcançar a efetividade do tratamento e a obtenção da carga viral indetectável⁹, é necessário o uso constante da TARV e isso só se torna possível quando as estratégias para o enfrentamento da infecção considerarem as dificuldades envolvidas na adesão ao tratamento. (CARACIOLO; SHIMMA, 2007)

Quando essas dificuldades são analisadas é possível a construção de formas de prevenção mais eficazes, que consideram as particularidades da infecção, tanto no que se refere as formas de transmissão, quanto no acesso das pessoas à informação adequada e aos serviços de saúde.

Ao considerar as ações realizadas no âmbito da saúde pública brasileira é notável que intervenções isoladas não são capazes de reduzir os casos de transmissão do HIV, por não considerar as formas distintas de exposição ao vírus a depender das condições socioeconômicas, políticas e culturais. Dessa forma, para que as ações sejam eficazes é necessária uma prevenção combinada. Fazem parte das ações de prevenção combinada do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de testagem; Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós-Exposição (PEP); uso de preservativos; diagnóstico e tratamento adequados à IST; redução de danos; administração das vulnerabilidades; realização das imunizações e redução da carga viral com o uso da TARV. (BRASIL,2018)

⁹ Uma pessoa com carga viral indetectável não transmite o vírus.

O conjunto das respostas que advém da prevenção combinada englobam ações no âmbito biomédico, comportamental e estrutural, que consideram os indivíduos em suas particularidades, nos meios sociais onde estão inseridas e a forma como se são expostos ao vírus. (BRASIL, 2018)

Dos tantos avanços relacionados no cenário de prevenção à infecção pelo HIV, a PREP e a PEP, já citadas no item anterior, são as ações mais revolucionárias. De acordo com o documento de diretrizes para organização dos CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), do Ministério da Saúde, a PREP é uma estratégia de prevenção ofertada pelo SUS a determinados grupos de pessoas com frequente risco à exposição e que não estejam infectadas pelo HIV. São eles: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas transgêneros e parceiros sorodiscordantes. A PrEP é realizada a partir do uso de antirretrovirais capazes de reduzir a chance de transmissão. Contudo, para que haja eficácia é necessário o uso constante dos medicamentos. Esses medicamentos têm o “objetivo é preparar previamente o organismo do(a) usuário(a) para que, no momento do contato com o vírus, o medicamento atue no bloqueio do ciclo de reprodução do HIV no corpo, reduzindo o risco de infecção” (p.58). (BRASIL, 2017)

Já a PEP trata-se de uma medida de prevenção de urgência e deve ser realizada em até 72h após a situação de exposição ao vírus. Essa medida de prevenção é indicada ao usuário após a realização da avaliação do risco, feita pelo profissional de saúde da unidade de dispensação da PEP. O ideal é que a profilaxia seja iniciada nas primeiras duas horas após a exposição ao risco, para prevenção tanto para as ISTs quanto para hepatites virais. (BRASIL, 2017)

Apesar desses progressos no tratamento e nos meios de prevenção, isso não foi capaz de proteger as PVHA do estigma e da discriminação que ainda é associado ao diagnóstico. As dominações morais e religiosas permanecem como agentes desencadeadores de discriminação às PVHA. Dessa forma, as pessoas com HIV acabam expostas não só a um vírus que as infecta organicamente, mas também, ao vírus do preconceito, causador de um sofrimento de ordem psíquica. (BRASIL,2012)

No ano de 2022, foi sancionada a Lei 14.289/22, de autoria do senador da Rede Sustentabilidade, Randolfe Rodrigues, que protege sigilo ao diagnóstico de HIV, tornando “obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e

HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece” (BRASIL,2022). Além da proteção do sigilo diagnóstico, essa lei prevê sanções aos profissionais de saúde que quebrem o sigilo em casos que não estão dispostos na legislação.

Independentemente da tentativa de proteção dos dados das pessoas vivendo com HIV, sabe-se que ainda há muito desconhecimento sobre a infecção. Talvez não mais sobre as formas de transmissão, mas sobre outras formas de atuação e cuidado em saúde que podem ser utilizados para prevenção e exposição ao risco.

Ademais, apesar de ter sido considerado durante muito tempo um exemplo em políticas públicas voltadas ao HIV/Aids, nos últimos anos, o Brasil sofreu com ataques políticos que levaram a retrocessos nas ações contra o HIV. Um dos fatos mais marcantes desse cenário ocorreu no ano de 2019, quando houve a extinção do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, pelo ex-presidente Jair Bolsonaro. Os assuntos relacionados ao HIV/Aids passaram a compor o Departamento de Doenças de Condições Crônicas. Essa mudança gerou preocupação não apenas por desconsiderar o HIV como uma infecção que possui fatores muito específicos para seu enfrentamento, mas, também, a possibilidade de alguma perda orçamentária, o que tornaria inviável o fortalecimento ou até mesmo continuidade das ações de cuidado em saúde.

No ano de 2023, o presidente eleito Luíz Inácio Lula da Silva em consonância com o Ministério da Saúde, atualmente gerido pela socióloga Nísia Trindade, reestruturou o Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, a partir do decreto Nº 11.358, de 1º de janeiro (BRASIL,2023).

Contudo, o desmonte que o Sistema Único de Saúde – SUS sofreu constantemente nos últimos anos, tornou-se uma ameaça a qualidade e a disponibilidade de acesso nos serviços em saúde para aqueles que necessitam. E, no caso do HIV, como já foi exposto neste trabalho, a importância do acesso ao tratamento medicamentoso e acompanhamento médico são primordiais para evitar as complicações clínicas da infecção.

Cabe ressaltar que as questões envolvendo as pessoas vivendo com HIV estão para além do que é orgânico. Por isso, o combate à epidemia precisa englobar discussões que ultrapassam o âmbito da saúde. E, isso significa que as ações de prevenção não devem apenas propor a utilização do preservativo, mas levar em consideração que existem

fatores mais amplos que atravessam as vivências das pessoas e implicam em suas práticas sexuais. (FERRAZ; KRAICZYK, 2010)

CAPÍTULO 2: INCIDÊNCIAS DO PATRIARCADO

“As feministas começaram depois de Doca Street.” Essa frase de Raul Fernando do Amaral Street, mais conhecido como Doca Street, foi reproduzida durante uma entrevista dele concedida ao *podcast* Praia dos Ossos, produzido pela rádio Novelo em 2020, sobre o feminicídio de Ângela Diniz. Não à toa, Doca Street cita o movimento feminista na sua fala. Afinal, como o próprio menciona, as feministas fizeram muito barulho no dia do seu segundo julgamento. Ao contrário do que afirmou Doca Street, o feminismo não surgiu por causa dele, mas apesar de homens como ele.

Ângela Diniz foi assassinada com 4 tiros por Doca em 1976. E, apesar de ser a vítima, Ângela foi colocada no banco dos réus durante o julgamento da violência que sofreu. Esse lugar ocupado por Ângela não é desconhecido pelas mulheres que vivem sob a égide do patriarcado.

Saffioti (2004) destaca que a violência é caracterizada popularmente como uma “ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral” (p. 17). E, atualmente, ao menos diante das leis, os homens não detêm mais o pleno poder sobre a vida das mulheres. Apesar disso, cada dia mais as mulheres continuam sendo cruelmente mortas e violentadas por seus companheiros.

Ainda que em termos jurídicos e nas políticas públicas existam avanços nas questões que envolvem o combate à violência contra as mulheres, o sexismo segue atravessando a vida das vítimas, transformando-as, muitas vezes, em culpadas pelo crime cometido. Não é raro que o caráter ou as condições de vida da vítima sejam colocadas em questão em um julgamento, de modo que, a vítima torne-se ré. Essa tática de inversão de papéis não é nova. Por muito tempo, nos julgamentos dos homens que assassinaram suas esposas, usava-se a prerrogativa da legítima defesa da honra¹⁰. (SAFFIOTI, 2004)

¹⁰ A partir de projeto de lei 2.325/2021 da senadora Zenaide Maia (PROS-RN) aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça, a premissa de legítima defesa da honra não pode mais ser considerada uma

Vale ressaltar, que o argumento de legítima defesa da honra foi o mesmo utilizado pela equipe de defesa de Doca Street. A justificativa de Doca foi que, apesar de matar Ângela, ele a amava e estava abalado pelo fato dela ter decidido terminar o relacionamento. Em seu primeiro julgamento, Doca foi absolvido da condenação e aplaudido socialmente ao deixar o tribunal de júri de Cabo Frio. Tal resultado, efeito de um julgamento baseado justificativa do amor e na defesa da honra, mobilizou um grupo de feministas a comparecer dois anos depois, para o segundo julgamento do playboy Doca.

Ainda no *podcast*, mulheres que fizeram parte do movimento feminista constituído na época, explicaram como foi a mudança de cenário e consternação que circundou o segundo julgamento de Doca. Aqui, já estamos falando do momento em que algumas mulheres que estavam no exílio fora do país estavam retornando ao Brasil e se unindo em prol das questões feministas, uma delas, inclusive, tinham estudado com Ângela quando mais jovem.

Esse grupo de mulheres chegou à Cabo Frio entonando a sentença: Quem ama, não mata. No *podcast*, a professora e economista Hildete Pereira de Melo narrou como as mulheres da época conseguiram se organizar para acompanhar o julgamento de Doca, após a anulação do julgamento anterior, ainda que fora do tribunal. De acordo com Hildete, as mulheres que estavam na manifestação em Cabo Frio receberam até mesmo o apoio do Delegado da cidade. Mesmo sendo acusadas de serem hostis pelos advogados de defesa, a manifestação foi pacífica e as mulheres passaram o julgamento nas calçadas do em torno do tribunal. Esse grupo de mulheres, foi acusado de serem solteironas e não terem conseguido um bom casamento, por isso, estavam incitando outras mulheres na luta da defesa das mulheres e denunciando a violência que sofriam.

Paulo Badu, um dos advogados da equipe de defesa, também participou do *podcast* e falou que a maior diferença entre a comoção do primeiro julgamento de Doca para represália vivenciada por ele no segundo, foi que no momento do segundo julgamento a sociedade tomava conhecimento dos altos números de mulheres assassinadas e Doca passou a ser um “mau exemplo” a partir do barulho feito pelas feministas.

No segundo e último julgamento, Doca foi condenado a 15 anos de prisão por homicídio qualificado. Contudo, rapidamente conseguiu o benefício da liberdade assistida, onde trabalhava durante o dia e voltava à prisão apenas para dormir (Saffioti, 2004). Não o bastante, 30 anos depois de matar Ângela, ele lançou um livro intitulado “Mea culpa”. E, com seu *mea culpa*, Doca reconstruiu a vida, teve filhos e netos, enquanto Ângela, foi condenada à própria morte.

Um ano antes do feminicídio de Ângela, Leila Cravo, uma jovem atriz da época, foi vítima de feminicídio tentado, em 1975. Como Ângela, Leila também foi julgada. O *podcast* "Leila" produzido pela Bigbonsai, em parceria com a Multiverso e a Globoplay, no ano de 2022, conta a história da jovem que foi encontrada nua e violentada na frente do Vip 's nos anos 70. Leila era famosa e bem-sucedida até o dia em que foi violentada dentro do Vip's. Depois desse acontecimento, Leila foi julgada pela sociedade por causa de suas escolhas amorosas e sexuais. Foi taxada como uma mulher promíscua por estar em um motel.

Durante as investigações, Leila foi desacreditada, silenciada e acusada de criar uma história inverídica. Foi sugerida, inclusive, a hipótese suicídio ou acidente. Assim, a ideia de uma violência deflagrada contra ela foi sendo lentamente desconstruída pela imprensa sensacionalista da época. Ninguém, além de Leila, parecia crer na tentativa de feminicídio que ocorreu naquela noite dentro da suíte do Vips.

Leila e Ângela têm algo incomum. Eram mulheres que arriscaram desejar a liberdade de uma vida sem as amarras patriarcais e foram colocadas no banco dos réus pelo meio social em que viviam. Vítimas do patriarcado, do machismo e da misoginia. As violências contra Leila e Ângela expõem as incidências do patriarcado na vida e morte das mulheres que ousaram desafiar os padrões e a moralidade que esse sistema forja para as mulheres. Tal como ressalta Aronovich (2019) “no patriarcado, a rebeldia é tida como mau comportamento”. (p.16)

A desobediência, muitas vezes, considerada uma característica dos movimentos feministas, coloca-se como uma das formas de contrariar as ordens de um sistema patriarcal que atua moldando o comportamento das mulheres, colocando-as em um lugar subalternizado, em um estado de vulnerabilidade e suscetibilidade à supressão de direitos e violências. Contudo, a desobediência também tem seu preço, tendo em vista que, é considerada como algo passível de punição. (DINIZ; GEBARA, 2022)

De acordo com Rubim e Marques (2016), nos anos 70, era frequente que os maridos que cometiam homicídios motivados pela suspeita de que as mulheres eram adúlteras, fossem absolvidos no tribunal do júri. Isso ocorreria não apenas pela complacência dos jurados diante de um marido em sofrimento vítima da infidelidade, mas também porque a mulher estava posta no lugar de objeto, propriedade do homem. Deveria, assim, obedecê-lo e respeitá-lo.

Para a sociedade patriarcal, a mulher que cometesse o adultério deveria morrer, como forma do marido traído lavar a sua honra, por isso por muito tempo sustentou-se nos julgamentos de homicídios passionais no plenário do Tribunal do Júri a tese defensiva da legítima defesa da honra, como forma de culpar a mulher pelo ato de seu marido ceifar-lhe a vida, simplesmente por desconfianças, ciúmes, ou até mesmo por não aceitação do término de um relacionamento. (RUBIM; MARQUES, 2016, p. 5)

Dessarte, o crime de feminicídio demonstra como o patriarcado controla o corpo e a vida das mulheres, concedendo-lhe o direito de viver ou não, a depender do que o poder do homem definir. O feminicídio reafirma a superioridade da força dos homens sobre as mulheres (RUBIM; MARQUES, 2016). No regime patriarcal, a supremacia do poder masculino institui às mulheres um lugar de obediência, controle e submissão.

O crime de homicídio praticado na ocasião da violenta emoção, um dos pretextos utilizados pela defesa de Doca Street, consta no Código Penal Brasileiro (2017) como uma premissa para a diminuição da pena dos acusados, a depender ainda do entendimento do juiz. Sob essa justificativa, a pena pode ser reduzida de um sexto a um terço.

Para Diniz e Gebara (2022) o feminicídio é uma das formas perversas que o patriarcado pode assumir. Dessa forma, "nomeá-lo com palavra própria, e não simplesmente pelo genérico homicídio, é fraturar o patriarcado: feminicídio é matança de mulheres por homens que deveriam respeitá-las, cuidar delas ou amá-las" (p. 133).

O status de caçador fornecido ao homem dentro do sistema de dominação patriarcal permite que o desejo pela presa seja colocado em primeiro lugar. Nessa conjuntura de poder, a mulher, enquanto presa, é posta no lugar de objeto de desejo do homem, devendo o caçador, possuir sua presa a qualquer custo. (SAFFIOTI, 1987)

Além disso, para Lerner (1986) o patriarcado se mantém também a partir da participação das próprias mulheres, quando estas são submetidas as práticas doutrinárias de gênero; privação de acesso à educação; separação das mulheres em grupos, onde existem aquelas que devem ser respeitadas e aquelas que não seguem os padrões esperados

de moralidade, de acordo com suas práticas sexuais; afastamento das mulheres das questões relacionadas à política e a restrição ao capital econômico, além de ofertar vantagens às mulheres que aceitam obedecer o sistema patriarcal.

A força do sistema patriarcal é tanta que nem mesmo as leis e premissas jurídicas são suficientes para transformar a estrutura de subordinação das mulheres. Isso ocorre porque a ideologia da estrutura de dominação é tão potente na sociedade que os próprios agentes da lei se curvam a ela, desconsiderando as práticas de discriminação enquanto algo a ser combatido, principalmente, no caso daquelas direcionadas as mulheres (SAFFIOTI,1987). Tal como afirma a autora: “O poder está concentrado em mãos masculinas há milênios. E os homens temem perder privilégios que asseguram sua supremacia sobre as mulheres”. (SAFFIOTI, 1987, p.16)

No contexto social brasileiro, o lugar de subalternidade que as mulheres ocupam, frequentemente, é explicado por duas vias. A primeira pautada no argumento de que o subdesenvolvimento econômico do país favorece a desigualdade social entre homens e mulheres. Argumento que não se sustenta, já que nos países capitalistas com melhor cenário econômico, observa-se que a subalternidade feminina se mantém. A segunda via é que há um processo histórico que permeia o lugar de inferioridade em que as mulheres são colocadas, e este é, a todo instante, propositalmente, posto de lado para ser esquecido. (SAFFIOTI, 1987)

Saffioti (1987) ressalta que a história envolvendo a inferioridade das mulheres, é atravessada por preconceitos e práticas discriminatórias que reproduzem e perpetuam falsas crenças de que a mulher é mais fraca e menos inteligente que o homem e, por isso, inferior. Uma das formas para a manutenção dessas crenças é a propagação incessante, para que não haja qualquer contestação desse lugar subalterno.

A construção social da supremacia masculina exige a construção social da subordinação feminina. Mulher dócil é a contrapartida de homem macho. Mulher frágil é a contraparte de homem forte. Mulher emotiva e a outra metade de homem racional. Mulher inferior é a outra face da moeda do macho superior. SAFFIOTI, 1987, p.29)

Bourdieu (2002) afirma que a dominação dos homens sobre as mulheres não pode ser reduzida a algo meramente histórico, haja vista o fato de ser resultante de um constante trabalho de perpetuação que conta com a participação da violência física e simbólica desempenhada pelos homens e com a participação de diversas instâncias da sociedade, como: igrejas, escola, Estado e família. Assim, para garantir a subordinação da mulher,

instituem-se mecanismos de dominação onde aquela que é dominada não percebe o contexto de subordinação em que está inserida. Não percebendo nem mesmo as violências às quais está vulnerável.

Pateman (1993) aponta que as relações sociais são constituídas através de contratos. Um deles é o contrato originário, que se funda em um tipo de “pacto social-sexual” (p.15). Alguns estudiosos argumentam que no âmbito social esse contrato originário é pautado pela liberdade natural designada para todos, em um momento de hesitação, essa liberdade é trocada pela proteção estatal. No âmbito sexual, esse contrato diz respeito à origem dos direitos políticos enquanto um direito patriarcal, onde as mulheres são submetidas aos homens. Por isso, a autora ressalta que “a nova sociedade civil criada através do contrato original é uma ordem social patriarcal” (p. 16).

Em contraponto àqueles que acreditam que o contrato social se coloca como uma garantia da liberdade universal, Pateman (1993) afirma que a liberdade, na verdade, é uma propriedade masculina que segue pertence ao direito patriarcal. Assim:

O pacto original é tanto um contrato sexual quanto social: é sexual no sentido patriarcal – isto é, o contrato cria os direitos políticos dos homens sobre as mulheres –, e também sexual no sentido de estabelecimento de um acesso sistemático dos homens aos corpos das mulheres. (PATEMAN, 1993, p. 17)

2.1 Casamento, monogamia e o corpo da mulher

A origem da monogamia se enlaça com a origem da família à medida que em seus primórdios, entre os romanos, a família não tinha um caráter de relação afetiva entre seus entes, e sim, funcionava como uma organização composta por mulher, filhos e escravos, onde o homem, chefe da família, tinha os membros sob o seu poder, podendo, inclusive, decidir sobre a vida e morte destes. Esse tipo de composição social, pertencente ao homem, tinha como finalidade garantir a fidelidade da mulher e a paternidade única da prole, preservando a herança dos filhos legítimos (ENGELS,1884/2019). Assim, nesse contexto, a mulher é submetida incondicionalmente ao poder do homem: “Quando ele a mata, está apenas exercendo seu direito.” (p. 76)

De acordo com Lessa (2012), a família monogâmica da atualidade se constitui a partir da relação de opressão patriarcal entre um homem e uma mulher, onde este é patriarca da família. Dessa forma, a construção e manutenção da família monogâmica não

está associada a existência de amor entre seus membros, mas sim, ao fato de que essa conjuntura se pauta na díade opressão/submissão e não deve ser dissolvida. O que torna muito mais propensa a ocorrência de violência nesse cenário para evitar qualquer situação que impeça o perfeito funcionamento do matrimônio.

Como, no matrimônio, as mulheres estão em um lugar subalterno, são elas as que desde os primórdios são punidas quando há qualquer ameaça à relação monogâmica. Um dos primeiros e mais explícitos meios violentos para garantir a manutenção da família monogâmica, registrado na Constituição Napoleônica em 1806, foi punição a infidelidade feminina com a morte, enquanto a poligamia passou a ser vista como um direito do homem. Nesse contexto, a prostituição foi assumida enquanto um comércio importante à serventia dos homens e do casamento monogâmico. (LESSA, 2012)

Tal como Engels (1884/2019) ressalta, na Antiguidade a família monogâmica “se funda no domínio do homem (p.80)”, e por motivos econômicos. Faz parte desse domínio que todos os filhos tenham o mesmo pai, pois são esses filhos que se tornarão os herdeiros de todo o patrimônio do chefe da família.

Nessa circunstância, o primeiro papel designado à mulher foi o exercício da maternidade para o cuidado com os herdeiros e escravos. O papel secundário dado à esposa era o de fornecer prazer ao marido. Nessa época, para que o prazer do homem se mantivesse intacto, já que as esposas precisavam se ocupar com outras funções, os homens podiam buscar a realização do prazer sexual com as concubinas. Por isso, o autor ressalta que a monogamia é posta “apenas para a mulher, mas não para o homem. E esse caráter ela mantém até hoje.” (ENGELS, 1884/2019, p. 82)

A exigência da fidelidade conjugal feminina tem sido historicamente exigida e punida quando não acontece, vista como algo que mancha a sacralidade da família monogâmica tradicional, sendo a infidelidade cis-hetero-masculina vista como algo natural e aceitável, justificada por uns ditos ‘instintos sexuais’ não passíveis de controle. (RODRIGUEZ; DEMORI; WOLFF, 2021, p. 140)

De acordo com Pateman (1993), no cenário do patriarcado moderno, existem diversas formas contratuais pelas quais os homens garantem o acesso sexual do corpo das mulheres, e a mais socialmente aceitável entre elas é o contrato de casamento.

Simone de Beauvoir (1949/1967) já apontava que o casamento suprimiria a individualidade da vida erótica da mulher, uma vez que, as atividades sexuais fora do casamento não são permitidas. Assim, o prazer sexual se coloca, para a mulher, como

algo restrito ao casamento, enquanto os homens podem gozar antes do casamento e apesar dele, tendo a salvação de seus atos garantidos pelo lugar social que ocupam.

O casamento constituiu-se socialmente como o destino da mulher. Historicamente, as mulheres são instruídas a desejar o matrimônio, de modo que, se preparam para esse evento desde muito jovens ou se frustram acaso ele não ocorra. Através disso, o patriarcado instituiu o casamento como uma forma de confinamento da sexualidade feminina, onde o homem detém a mulher, o seu corpo e capacidade reprodutiva, para dar-lhes prazer para satisfazer os seus desejos sexuais, e por que não dizer os mandatos sociais— de torná-los pais. Contudo, lembra a pensadora feminista, que nessa relação de servidão não há reciprocidade. Caso a mulher busque o prazer carnal fora das instâncias sacramentadas do matrimônio, cabe a ela a derrota e o desprezo pela sua desonra. (BEAUVIOR, 1949/1967)

Antes mesmo dos estudos feministas de segunda onda, podemos lembrar que Freud, ainda em 1908, teceu algumas considerações sobre os efeitos do antagonismo existente entre a civilização e a vida pulsional. Neste artigo, intitulado *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*, o autor evidencia como a moral sexual civilizada incide diferentemente para os homens e para as mulheres. E, tomando Von Ehrenfels (1907), em sua *Ética Sexual*, ressalta: “as diferenças naturais entre os sexos impõem sanções menos severas às transgressões masculinas, tornando necessário admitir uma moral dupla.” (FREUD, 1908, p.188)

O objetivo freudiano, nesse artigo, é discutir os danos da (dupla) moral sexual civilizada: “a doença nervosa moderna” (FREUD, 1908, p. 188), porém, neste não nos passa despercebido como Freud elenca temáticas que são caras para a sustentação da pesquisa, em especial, em relação as relações sexuais no matrimônio, especialmente para as mulheres. O autor salienta:

Acima de tudo, não podemos esquecer que a nossa moral sexual restringe as relações sexuais dentro do casamento, pois em geral obriga o casal e contentar-se com uns poucos atos procriadores [...] A desilusão espiritual e a privação física a que a maioria dos casamentos estão então condenados recolocam os cônjuges na situação anterior ao casamento [...] Não é preciso que investiguemos o grau do êxito obtido pelos homens, agora em sua maturidade, nessa tarefa. A experiência mostra que, com muita frequência, eles recorrem – embora com relutância e segredo – à parcela de liberdade sexual que lhes é concedida até mesmo pelo código sexual mais severo. Essa moral sexual ‘dupla’ que é válida em nossa sociedade para os homens é a melhor confissão que a própria sociedade não acredita que seus preceitos possam ser obedecidos. (FREUD, 1908, p. 200).

No que diz respeito à mulher, o modo como experimenta a repressão sexual e lida com às exigências da civilização no casamento, ele explica:

A experiência também mostra que as mulheres, em sua qualidade de verdadeiro instrumento dos interesses sexuais da humanidade [...] ao sofrerem desilusões no casamento contraem graves neuroses que lançam sombras sobre suas vidas [...] a cura das doenças nervosas decorrentes do casamento estaria na infidelidade conjugal; porém, quanto mais severa houver sido a educação da jovem e mais seriamente ela se submete as exigências da civilização, mais recerá recorrer a essa saída; no conflito entre seus desejos e o sentimento de dever, mais uma vez se refugiará na neurose. Nada protegerá a sua virtude tão eficazmente quando uma doença. (FREUD, 1908, p. 200)

Para Bourdieu (1998), a relação sexual é, primeiramente, uma relação social de dominação, onde a subordinação assume um caráter erotizado, em que o desejo masculino é pautado pela posse da mulher e o desejo da mulher se concretiza a partir da sua entrega reconhecida à submissão masculina. Assim, essa relação está fundamentada no homem como o ativo e a mulher como passiva. O lugar de passividade instituído a mulher na esfera sexual, fomenta ainda mais a ideia de uma donzela que precisa de um homem, mas não qualquer um, para ser iniciada na vida sexual. Não é à toa que um dos maiores exemplos da forma como a sexualidade feminina torna-se algo a ser controlada pela ordem masculina é o tabu que envolve a virgindade.

Ao construir a história da virgindade, Yvonne Knibiehler (2016) nos lembra que “a virgindade feminina se mantém em todas as culturas e aparentemente ainda tem um papel simbólico considerável. É uma dimensão da relação entre os sexos, um componente do tecido social.” (KNIBIEHLER, 2016, p. 10). A autora faz um imenso passeio histórico nas questões que tratam a condição feminina e o uso do corpo. A moral sexual civilizada anteriormente descrita, soma-se uma moral higiênica, imposta pela autoridade da ciência.

A autora, lembra também Freud, em seu artigo Considerações a Psicologia do Amor: O tabu da virgindade (1917), texto que embora vise examinar o problema clínico da frigidez nas mulheres, faz importantes alusão às relações conjugais monogâmicas. Para ele, a virgindade é uma exigência de continuação lógica ao direito à posse, que constitui a essência da monogamia. A mulher não deve levar para o seu casamento qualquer lembrança de relações sexuais com outro homem.

Tomando a expressão de sujeição sexual, de von Krafft-Ebing (1982), aponta-se que sustentar que “certa sujeição sexual é, de fato, indispensável para a manutenção do casamento civilizado e para manter afastadas as tendências a poligamia que o ameaçam”

FREUD,1917, p.180). Freud explicita ainda que esse estado de sujeição é muito mais frequente e intenso nas mulheres, e tem íntima relação com sentimento de posse dos homens.

Seja quem for o primeiro a satisfazer o desejo de amor de uma virgem, longa e penosamente refreado, e que ao fazê-lo vence as resistências que nela foram criadas através das influências de seu meio de se sua educação, este será o homem que a prenderá num relacionamento duradouro [...] Essa experiência cria, na mulher, um estado de sujeição que garante que sua posse permanecerá imperturbada e que a torna capaz de resistir a novas impressões e tentações estranhas. (FREUD, 1917, p. 179).

Além da valorização social que atravessa a imagem de uma mulher virgem, existe também um tabu que envolve não apenas o ato sexual relacionado à virgindade, mas todo o contexto da vida sexual da mulher, incluindo demarcação da expressão da sexualidade feminina. (Crawley,1902 *apud* Freud,1917)

Conforme aponta Vieira (2008), o corpo feminino foi frequentemente tratado como um perigo à ordem moral e social. Dessa forma, diversas sociedades utilizaram normas baseadas em magia, religião e medicina como uma maneira de controlar esse corpo. Por muito tempo, o corpo da mulher foi associado ao sobrenatural.

A exemplo disso, na Grécia antiga, acreditava-se que o útero poderia circular pelo corpo fazendo com a mulher tivesse ataques e para evitar isso, o útero precisaria ser acalmado através de rezas, banhos de assento e até mesmo gravidez. Acreditava-se que a função reprodutora somada aos fenômenos religiosos concebia ao útero poderes sobrenaturais. (Shorter,1982 *apud* Vieira, 2008)

Foucault (1988) aponta que, a partir do século XVII, quatro agrupamentos distintos foram descritos para expor a relação entre o saber e o poder naquilo que diz respeito ao sexo. Em um desses grupos estavam as mulheres, a partir da histerização do próprio corpo, quando este foi posto em um lugar de análise. O autor destaca que o corpo da mulher foi triplamente analisado sob o efeito da histeria. Em primeiro, como um corpo saturado de sexualidade, tomado por um tipo de patologia que escapa a ordem das respostas médicas. Enquanto um corpo social, na maternidade, associado à reprodução, cuidado e educação dos filhos e, por fim, a “mulher nervosa” que configura a imagem mais comum da histeria.

Ainda nesse tempo, há a incidência da igreja cristã sobre o sexo e o corpo das mulheres. Dentro da lógica do cristianismo, o sexo serve à procriação, até mesmo algumas

posições realizadas na relação sexual são consideradas impuras, por exemplo, a mulher não pode estar por cima do homem, já que a dominação pertence a ele. Além disso, havia a proibição da ejaculação anal, pois o sexo, obrigatoriamente, precisava ter a finalidade de uma gestação. Foi, a partir dessa concepção de vida através do sexo, que este tornou-se um débito dentro do casamento e o prazer sexual oriundo deste passou a ser visto como algo que precisava ser controlado. A mulher não poderia recusar o sexo, pois isso era encarado como um pecado. (DEL PRIORI, 2011)

À época, dentro no matrimônio marido e esposas tinham funções específicas. Os maridos, enquanto seres dominadores, mantinham-se firmes para a manutenção da ordem patriarcal. Já as esposas reprodutoras, deveriam seguir submissas e fiéis, sendo desconsideradas afetivamente nas relações sexuais com os maridos. Nesse tempo, não era incomum que as mulheres, enquanto máquinas procriativas, corressem risco de morte, haja vista o número de partos frequentes e até mesmo as doenças venéreas que contraíam. (DEL PRIORI, 2011)

Juridicamente, a mulher também não era favorecida quando o assunto era o casamento. Para tratar esse tema, tomamos o Código Civil brasileiro de 1916 como exemplo. Ele destacava o conservadorismo da época e reafirmava a superioridade do homem sobre a mulher. Ao casar-se, a mulher estava assujeitada ao sobrenome do marido e perdia sua autonomia, não podendo sequer trabalhar sem que o marido concedesse autorização. Nesse cenário, o casamento era a única maneira de se conceber uma família legítima, por isso, também era indissolúvel. (DIAS, 2009)

Foi apenas no início do século XX que as questões relacionadas ao controle de natalidade passaram a serem vistas como um interesse público. Isso só ocorreu não apenas pela ideia de que perpetuação da espécie, já difundida desde os primórdios, mas também devido aos interesses da sociedade burguesa e urbanizada da época. Foi a partir das discussões de controle populacional que medicina e política se uniram para intervir no comportamento reprodutivo das mulheres, determinando também sobre a contracepção e ao aborto. Antes disso, vale lembrar, os métodos abortivos e contraceptivos eram comercializados, ainda que de forma mascarada enquanto uma medicação voltada às mulheres. (DEL PRIORI, 2011)

A partir do Código Penal de 1940, a prática do aborto, exceto em caso de violência sexual ou risco de morte para a mulher, passou a ser criminalizada e passível de prisão.

Entretanto, pesquisas relacionadas à época demonstram que era grande o quantitativo de mulheres casadas que abortavam por questões financeiras, como forma de impossibilitar o aumento da família. Tal como a autora ressalta: “Receitas para “fazer descer as regras” à base de artemijo, cipó-mil-homens ou casca de romã foram eficientes fatores de controle familiar, por décadas.” (p. 104).

Além disso, havia aquelas mulheres que abortavam os filhos advindos de relações com homens casados. Elas sofriam com o julgamento social, investigações policiais e atitudes vexatórias por parte de vizinhos. À mulher que abortava cabia a vergonha e o homem/pai casado era protegido pelo anonimato. (DEL PRIORI, 2011)

Ainda na década de 1940, se faz importante ressaltar, que um instrumento jurídico foi criado, gerando novos estigmas para a mulher brasileira. O desquite foi instituído, em 1942, como modalidade de separação do casal e de bens. Contudo, ele não previa o rompimento do vínculo conjugal entre os cônjuges, o que impedia novos casamentos. Como não podiam contrair novas núpcias, formar novas famílias, as mulheres eram malvistas socialmente, sendo estigmatizadas “desquitadas” - mulheres fáceis, sem moral, livres para o sexo, concubinas. Apontadas e desprezadas socialmente!

Em 1962, foi criado o Estatuto da Mulher Casada demarcando novas possibilidades para as mulheres ocuparem o espaço público. A partir desse, era dispensada a autorização do marido para a mulher trabalhar, além de possibilitar que ela pudesse ter um patrimônio financeiro próprio, incluindo gerir sua própria herança. Neste estatuto, a mulher tornar-se-ia um sujeito semi capaz, uma vez que poderia contribuir, como coadjuvante, na função de chefe de família.

Somente após pouco mais de uma década após, em 1977, surge a Lei do Divórcio. Essa lei, embora não regulamentasse o divórcio propriamente dito, marcou um avanço na vida das mulheres. A partir de então o vínculo matrimonial pode ser desfeito e novas relações conjugais legalmente estabelecidas.

2.2. Fidelidade e gênero: A mulher enquanto propriedade do homem

Um relacionamento monogâmico implica no cumprimento de um tipo de acordo entre aqueles que compõe as partes da relação pautada pela fidelidade. De acordo com o

dicionário Michaelis de língua portuguesa, a primeira definição de fidelidade é: “Característica ou qualidade do que é fiel, do que respeita alguém ou algo”.

Dado que o surgimento da família monogâmica, está mais relacionado à propriedade privada do que a algum tipo de laço afetivo. A tomada do corpo da mulher enquanto uma propriedade do homem também teve seus efeitos dentro da constituição dos relacionamentos amorosos e nas questões envolvendo a fidelidades.

Atualmente, existem diversas maneiras de composição de um relacionamento conjugal que se pautam para além da monogamia, porém, o relacionamento monogâmico é o tipo mais aceito socialmente, ainda mais quando estamos falando de uma sociedade majoritariamente cristã. Tal como ressalta a bíblia sagrada em Coríntios 7:2.: “Mas, por causa da fornicção, cada um tenha sua própria mulher, e cada uma tenha o seu próprio marido”.

Enquanto, com os passar do tempo, as mulheres foram sendo moldadas por contos de fadas, príncipes encantados e o ideal de amor romântico passou a ser considerado um fator fundamental para iniciar e sustentar um casamento, os homens seguiram livres e privilegiados no exercício de sua sexualidade.

Por exemplo, se tomarmos o texto de literário D. Casmurro, de Machado de Assis, frequentemente lido quando estamos nos bancos escolares, e se fosse o Bento Santiago quem tivesse traído a sra. Bento Santiago, vulgo Capitu, a comoção social em torno do tema da traição seria a mesma? A dúvida não está apenas sobre Capitu, mas direcionada ao lugar social que ela ocupa enquanto mulher. As infidelidades masculinas não são tratadas como segredo. Pelo contrário. Muitas vezes são esperadas através da instituição de que “os homens são assim mesmo”. Mas, quando se trata da mulher, todos os dedos são apontados, são moralmente apontados em sua direção, colocando em questão o caráter daquela acusada pelo adultério. Como Beauvoir (1970) ressalta:

Quando, ao contrário, a mulher se torna a propriedade do homem, êle a quer virgem e dela exige, sob a ameaça dos mais graves castigos, uma fidelidade total; seria o pior dos crimes dar direitos de herança a um descendente estrangeiro: eis por que ao pater famílias cabe o direito de condenar à morte a esposa culpada. Enquanto dura a propriedade privada, a infidelidade conjugal da mulher é considerada crime de alta traição. Todos os códigos, que até os nossos dias mantiveram a desigualdade em matéria de adultério, argüem a gravidade da falta cometida pela mulher que arrisca introduzir um bastardo na família. (BEAUVIOR, 1970, p. 104)

Às mulheres, ficou instituído o lugar de lealdade e fidelidade. Aos homens, a liberdade. Até mesmo manuais de conduta feminina reforçam a ideia de que o casamento depende da mulher. O livro intitulado “A Mulher V – Moderna, à moda antiga” (2013), de Cristiane Cardoso, com mais de um milhão de cópia vendidas, questiona: “Quantos não são os casamentos que se esfriam porque a esposa fica muito ocupada com a escola e demais atividades dos filhos, ignorando completamente o marido que lhe deu os filhos?” (CARDOSO, 2013, p. 266).

Engels (1884/2019) ressalta que a família monogâmica é dominada pelo homem e nessa conjuntura só o homem tem direito à infidelidade, sendo a mulher, punida caso não se mantenha fiel ao marido, tal como preconizava o Código Napoleônico. Nessa perspectiva, a monogamia não advém enquanto uma união conciliadora entre homens e mulheres, mas sim, fomenta uma relação de dominação/submissão.

Dessa forma, o autor ressalta: “o primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre homem e mulher no casamento monogâmico, e a primeira opressão de classe coincide com a do sexo feminino pelo sexo masculino.” (ENGELS, 1884/2019, p.103)

Para Beauvoir (1949/1967) em uma sociedade regida pela ordem patriarcal a o adultério é mais penoso para as mulheres. Isto porque, a fidelidade da mulher é prometida ao homem no acontecimento do matrimônio, assim como a virgindade. Quando uma mulher se casa, ela se torna subordinada ao marido. A mulher passa a ter o nome do marido e a integrar a família e a classe a qual ele pertence. Sendo o marido responsável pelo sustento econômico da família, a mulher também se torna depende financeiramente dele. Assim, o matrimônio admite uma única configuração: “O marido é o senhor, a mulher sua propriedade.” (BEAUVIOR, 1949/1967, p. 320)

Historicamente, a ordem patriarcal foi impondo dificuldades à vida das mulheres e potencializando o poder dos homens sobre elas. Um exemplo disso está na relação de dependência econômica das mulheres para com os homens. Essa dependência teve sua origem no final do século XV, quando a participação das mulheres nos meios de trabalho foi excluída e a ela foi decretado o trabalho apenas no meio doméstico e na maternidade. (FEDERICI, 2017)

À época, a exclusão das mulheres foi encabeçada pelos homens artesãos em função delas serem contratadas por comerciantes como mão de obra por preços menores.

Assim, com o afastamento do trabalho feminino, o caminho para a mão de obra masculina estava posto. As manifestações masculinas contra o trabalho feminino fora de casa eram tão intensas que foram provocadas greves e proibições por parte dos trabalhadores. Em países como França e Alemanha, os artesões exigiram que as autoridades proibissem as mulheres trabalhassem em lugares onde tivessem homens. Foi, então, nessa conjuntura de distanciamento dos postos de trabalho remunerado, que as mulheres foram assumindo, cada vez mais, um lugar social no trabalho doméstico não assalariado e no trabalho reprodutivo dentro da constituição das famílias. (FEDERICI, 2017)

Federici (2017) ressalta que a desvalorização da autonomia e do trabalho das mulheres só teve êxito devido à forte degradação social que elas vivenciaram no decorrer dos séculos XVI e XVII. As mulheres foram sendo inferiorizadas com relação aos homens, rebaixadas a seres intensamente emocionais e incapazes de responderem por si. Por isso, foram sendo colocadas sob o domínio masculino.

As mulheres eram acusadas de serem selvagens por religiosos e intelectuais moralistas da época. Quando desobediente, a esposa era destinada ao lugar da bruxa ou da puta. No cenário europeu, o ataque às mulheres foi ainda mais profundo, causando a criminalização daquelas que ousavam utilizar métodos de controle reprodutivo e punindo as mulheres insubordinadas. Assim, começava uma caça às bruxas, com o objetivo de destruir qualquer manifestação feminina e suprimir a identidade social das mulheres, exterminando aquelas que fossem transgressoras e fazendo emergir um novo ideal de mulher e esposa. Nessa perspectiva, “as mulheres eram retratadas como seres passivos, assexuados, mais obedientes e morais que os homens, capazes de exercer uma influência positiva sobre eles.” (FEDERICI, 2017, p. 205). Cabe ressaltar que a caça às bruxas teve consequências também para as práticas sexuais das mulheres, já que estas deviam ser utilizadas para serventia aos homens e/ou como finalidade a procriação. (FEDERICI, 2017)

Nos tempos atuais, a sexualidade da mulher, a despeito de algumas poucas permissividades alcançadas, ainda segue sendo vista como algo que gera um intenso escândalo social. A ordem patriarcal ainda impera podando as práticas sexuais femininas e incentivando a liberdade sexual do homem hétero contemporâneo. Mesmo que o casamento monogâmico ainda seja visto sob uma premissa de fidelidade, sabe-se –

embora as mulheres não queiram acreditar - que estar casado não é um impeditivo para que aconteça uma “traição” conjugal.

Nunez, Oliveira e Lago (2021) apontam que o Brasil, mesmo sendo um Estado laico, sofre influência do cristianismo ao considerar o adultério enquanto um castigo a ser condenado, haja vista que, o código penal brasileiro tinha o adultério como crime sujeito a prisão até o ano de 2005. A autora segue dizendo que mesmo com mudanças sociais, o Código Civil atual impõe a fidelidade mútua entre os casais e coloca-a entre os deveres a serem cumpridos pelos conjugues para o êxito do casamento, reafirmando uma lógica monogâmica heterocisnormativa.

Beauvoir (1949/1967) já questionava a combinação do prazer sexual e o casamento, afirmando que é possível que os casais permaneçam casados, desfrutando de uma relação amigável e, ainda sim, construam um pacto de “liberdade e de sinceridade” (p.321) para que possam inserir o adultério em sua relação sem que isso seja visto como socialmente desonrante.

A infidelidade surge, como questão de pesquisa, a partir das discussões acerca da prevenção ao HIV entre pessoas em relacionamentos estáveis e monogâmicos. A maioria das mulheres que vivem em relações monogâmicas acabam sendo infectadas por companheiros, a partir de suas infidelidades, descobertas juntamente com o diagnóstico. Como a dominação masculina continua intensamente imposta à vida das mulheres, os homens acreditam que têm o direito de fazer o que quiserem fora de seus casamentos, e as mulheres são obrigadas a aceitar tudo o que vivem. O controle do corpo feminino pelos homens dá a eles o poder de decidir o que é bom ou não para o corpo da mulher. Tornando-as, muitas vezes, vulneráveis para que sigam submissas.

Não é intenção discriminar qualquer tipo de acordo conjugal realizado entre os pares. Afinal, cada sujeito e casal vivenciará sua sexualidade de forma única. Contudo, faz-se importante lembrar que há meios de prevenir a infecção, levando em consideração os acordos afetivos e práticas sexuais adotadas pelos casais.

CAPÍTULO 3: Escutando as mulheres

No percurso dessa pesquisa, o encontro com as mulheres tornou-se um elemento fundamental para a escuta das particularidades envolvidas no cuidado. Porém, esse encontro não foi nada simples. Além dos atravessamentos burocráticos necessários a qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, ao longo dos meses surgiram alguns obstáculos inesperados, que exigiram reorganização, concreta e subjetiva, além de um certo grau de resiliência.

É sabido que toda pesquisa realizada com seres humanos precisa passar por um Comitê de Ética em Pesquisa, tal qual preconiza a resolução nº 466/12. Mas, para a minha pesquisa, que foi realizada no HUAP, também era necessária uma autorização prévia da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, pois essa é a empresa que, desde 2016, gerencia o Hospital Universitário. Então, a primeira atitude a ser tomada foi a realização do cadastro do projeto na plataforma do Sistema Rede de Pesquisa da EBSEH para análise.

Após a submissão e aprovação do projeto, a EBSEH emitiu a carta de anuência necessária para confirmar a autorização de entrada no hospital e a realização do estudo com os pacientes. Outras documentações fizeram-se necessárias, a exemplo de uma carta de anuência da coordenadora do programa de aids do HUAP, Dra. Ivete Martins, assim como uma declaração do Programa Mulherio: tecendo redes de resistência e cuidados GSI/PROEX/UFF, se comprometendo a disponibilizar atendimento psicológicos às mulheres que, em função da participação na pesquisa, ficassem mobilizadas ou desestabilizadas por conteúdos acessados.

Por fim, o mais temido momento, de submissão do projeto ao Comitê de Ética do HUAP, através da Plataforma Brasil. Felizmente, não tive problemas e rapidamente consegui a aprovação para iniciar. A pesquisa de campo se deu entre os meses de maio e novembro de 2022, no entanto, não sem dificuldades.

Foram realizadas entrevistas com 10 mulheres (n=10). A entrevista foi composta por perguntas abertas e fechadas, que teve em média 30 minutos de duração. Inicialmente, o objetivo era entrevistar 15 mulheres. Entretanto, como com 10 entrevistas já havia material suficiente para análise, e as mulheres atendidas na infectologia começariam a se repetir, decidi fechar as entrevistas com 10 mulheres, ao invés das 15.

Todas as participantes eram usuárias do HUAP, mulheres, cisgêneras, heterossexuais, com idades entre 25 e 59 anos, que tiveram o diagnóstico de HIV ou Aids, no contexto de relações amorosas estáveis e monogâmicas. Excluiu-se da amostra as mulheres trans, as que tinham sido infectadas por transmissão vertical e as diagnosticadas com algum transtorno mental grave e/ou alto risco de suicídio.

O convite para as participantes era realizado logo na chegada da paciente a consulta médica pré-agendada com o infectologista do HUAP. A abordagem acontecia na pequena sala de espera. Eu me apresentava como psicóloga e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFF, e explicava que eu estava ali realizando uma pesquisa com paciente atendidas pelo infectologista.

Era-lhes perguntado se aceitavam conversar em uma sala mais privada, previamente cedida para a realização das entrevistas, para que eu pudesse explicar com mais detalhes do que se tratava o estudo. Em caso de resposta afirmativa, as mulheres eram encaminhadas à sala para receberem a explicação sobre o tema da pesquisa, através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Durante a leitura, era comum que as próprias se identificassem como inseridas ou não nos critérios estabelecidos. Ressalta-se ainda que, como toda pesquisa, a participação era condicionada à assinatura do TCLE.

No caso do contexto da transmissão do HIV, era perguntado rapidamente a mulher como ela soube do diagnóstico e a partir dessa resposta já conseguia entender se à época do conhecimento a condição sorológica estava associada à uma relação estável/monogâmica - independentemente de ser um casamento ou um namoro - delas estarem ainda com o parceiro que as infectou ou não. Dados sobre a saúde mental das mulheres foram discutidos com o médico e os membros da equipe, ou mesmo através de perguntas diretas antes do início da entrevista.

As entrevistas foram iniciadas a partir de questões referentes aos dados demográficos, tais como, nome, idade, região de moradia, situação atual de trabalho, número de filhos, situação conjugal, entre outras. A inclusão desses dados se mostrou relevante para demonstrar o perfil sociodemográfico das mulheres e analisar em que medida eles consolidam o que demonstra o Boletim Epidemiológico divulgado anualmente pelo Ministério da Saúde.

Em seguida, iniciavam-se as perguntas abertas oriundas do roteiro. Nessa parte, foram realizadas um total de 7 perguntas abertas, as quais podem ser categorizadas em 4 grandes eixos, embora com limites bem borrados: a) reação frente ao diagnóstico; b) percepção sobre o uso da camisinha entre casais; c) as implicações do diagnóstico de HIV nas relações amorosas e sexuais; e, d) vivências de estigmas e preconceito.

Para respeitar os princípios éticos do estudo, as entrevistas foram realizadas em uma sala privada, cedida pela chefia da unidade de Saúde Mental do HUAP, localizada no quinto andar, do bloco da emergência, da unidade. Além disso, foi garantido as participantes o sigilo da identidade em qualquer obra resultante dessa pesquisa.

Como forma de garantir o bem-estar das participantes e minimizar qualquer risco gerado pela participação no estudo, foi oferecido, em caso de necessidade, suporte emocional às mulheres. Dessa forma, caso alguma participante apresentasse desconforto emocional, eu estaria ali, enquanto psicóloga, disponível a prestar o suporte necessário. Além disso, também existia a possibilidade de encaminhamento para o Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal Fluminense, no âmbito do Programa Mulherio: Tecendo redes de resistência e cuidados. Nenhuma participante necessitou ou mesmo solicitou qualquer atendimento de apoio e/ou suporte emocional.

O recurso principal utilizado para a gravação das entrevistas foi o gravador de voz de um aparelho celular. Após a finalização de cada dia de entrevista, as gravações foram arquivadas em um computador de acesso restrito.

As entrevistas aconteceram às quintas-feiras no turno da tarde, as mulheres eram aquelas que compareciam à consulta médica do referido dia. Por diversas vezes, as mulheres não compareciam às consultas previamente agendadas, o que impedia a realização da entrevista. Apesar das intempéries envolvidas no processo de pesquisa, a importância de estar com as mulheres e escutá-las mostrou-se como fundamental, não apenas para a escrita da dissertação, mas como uma forma de possibilitar que elas pudessem falar abertamente sobre um momento tão sensível de suas vidas.

Ocupar o lugar de mulher, psicóloga e pesquisadora dentro de uma pesquisa localizada no setor de infectologia de um hospital universitário não foi fácil. Ali, não havia neutralidade. Não há neutralidade possível diante do mal-estar e do sofrimento narrados por aquelas mulheres. Para realizar um trabalho com mulheres e para mulheres, é preciso propiciar que elas sejam visibilizadas, ocupem lugares e tenham seus direitos

respeitados. Por isso, ao entrar em campo com essas mulheres, se fez necessário além de sustentar um lugar de “não-saber”, me abrir ao desconhecido, ao novo, as surpresas.

Sim, a pesquisa de campo se mostrou como uma caixinha de surpresas e cada encontro com aquelas que aceitaram compor comigo foi singularmente único. E, talvez, seja justamente a incerteza e a imprevisibilidade que fazem o desejo em pesquisar persistir e resistir, e me fizeram construir a cada momento no campo e a cada encontro, as minhas notas em um diário de campo, que se mostrou um aliado importante para a construção do meu lugar enquanto pesquisadora.

3.1 PesquisarCOM mulheres

PesquisarCOM mulheres sempre foi objetivo primário desse estudo, mesmo que, ao escrever esse trabalho, possa me indagar se a metodologia inicial – análise de conteúdo de Bardin - seria a mais adequada. Ainda na etapa da seleção para o programa de pós-graduação, o estar com mulheres já estava posto. Afinal, há anos venho assistindo mulheres HIV+. Foi justamente, o encontro com as elas que fez surgir em mim o desejo por essa pesquisa. Então, não havia outro caminho possível senão estar com elas. Parafraseando Marcia Moraes: “fazer pesquisa com os outros e não sobre os outros é uma afirmação ética de estar junto de, em companhia de”. (MORAES, 2023, p. 10)

Não há de ser uma surpresa que para pesquisarCOM as mulheres vivendo com HIV diversos aspectos da vida são colocados em campo, sejam eles: o sofrimento delas; o que o diagnóstico significa em suas vidas; as reações ao falar sobre o assunto e a atitude da pesquisadora, enquanto uma mulher psicóloga, diante da imprevisibilidade do encontro. Para Moraes (2023), esses são lugares políticos que ocupamos e que geram efeitos, não apenas no mundo, mas também nas pesquisas que produzimos. Por isso, o lugar de pesquisadora não é ao acaso, é localizado politicamente.

Como ressalta Favero (2020), ao dizer que o endereçamento que move uma pesquisa não é feito por inocência. Há uma história que antecede o ato de pesquisar. Há um objetivo a ser alcançado durante uma pesquisa que torna o processo localizado, por isso, não há forma possível de neutralidade nas palavras que, ao fim, vão produzir um texto, já que “quem escreve, o faz para alguém.” (p. 2)

Dora Haraway (1995) já sinalizava que a neutralidade na pesquisa é um tipo de privilégio que pertence aos homens brancos que ocupam os laboratórios de pesquisa há séculos, envoltos por uma ideia de imparcialidade, para angariar um status de poder para suas produções. A defesa dessa neutralidade pelos pesquisadores privilegiados é uma forma de desqualificar e gerar o apagamento daquilo que é produzido por quem pretende tratar o campo de pesquisa por uma perspectiva corporificada, responsável e parcial.

Nessa perspectiva a Haraway (1995) discute que esse discurso da neutralidade vai na contramão de uma ciência feminista. Uma vez que, a pesquisa feminista advém de um lugar político. Assim, é preciso questionar aquilo que é produzido e argumentado por uma ciência androcêntrica a despeito das questões que tratam das mulheres.

A autora ressalta que as ciências feministas não precisam de um posicionamento fixo do corpo para a produção científica, por compreender que há uma flexibilidade que circunda a construção das histórias. Diante disso, o pesquisar feminista pode se ater a buscar maneiras de viver e explicar melhor o mundo partindo do lugar de onde pesquisam e respondem. (HARAWAY, 1995)

Há ainda, algo que emerge da multiplicidade dos sujeitos e demonstra a importância de vários pontos de vistas, rompendo com a ideia de uma verdade absoluta e universal, considerando os diversos contextos em que os corpos se localizam. Posto isso, afirma que “a objetividade feminista trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver.” (HARAWAY, 1995, p.21)

O fazerCOM nessa pesquisa funciona como uma tentativa de demonstrar que o objetivo não é dar uma resposta concreta e única que encerre a questão sobre como as mulheres vivendo com HIV+ devem ser cuidadas. Mas, como demonstram Arendt; Moraes; Tsallis (2015) utilizar o COM a partir do encontro com o campo e todos os seus envolvidos, para que seja possível colocar em cena uma construção coletiva, um fazer coletivo, resultante de conexões e até de mal-entendidos capaz de gerar uma mudança. Assim, “Tornar-se com o outro, transformar-se, produzir mundos que se articulam, se compõem. É a ação do pesquisarCOM.” (p. 1156)

Considerando isso, o percurso de pesquisarCOM evidencia através da escrita o lugar ocupado por quem escreve, por isso, não há qualquer possibilidade de que a escrita seja neutra. E, um dos instrumentos capazes de auxiliar o pesquisado a tencionar o seu

lugar durante o pesquisar, além de ajuda-lo a construir uma forma própria de fazerCOM, é o diário de campo. (SILVA et al, 2017)

O diário de campo se tornou a minha ferramenta de fazerCOM nessa pesquisa. Ele diz mais do que apenas o lugar que ocupei durante essa trajetória. Ele diz do que eu aprendi com as mulheres que encontrei. O fazerCOM essas mulheres tornou possível alcançar um lugar até então pouco conhecido, de falta, mal-entendidos e mal-estar. Já que os encontros aos quais eu estou habituada no hospital ou na clínica são demarcados por horários, paredes e combinados. No campo de pesquisa não é assim. No campo dessa pesquisa, tudo aconteceu conforme não planejado.

3.2. Os nossos dias de mulheres

O trabalho de campo é, portanto, uma porta de entrada para o novo, sem, contudo, apresentar-nos essa novidade claramente. (MINAYO, 2002, p. 76).

Maria Cecília Minayo (2002) descreve sucintamente as principais qualidades que um pesquisador precisa ter ao se inserir no trabalho de campo: ser curioso e perguntador. No campo, o pesquisador não precisa de ater às formalidades que engessam o processo de pesquisar. Assim, é preciso lidar com as imprevisibilidades que surgem no campo, mas sem se prender a tensão do momento ou a falta de respostas instantâneas às perguntas que circunscrevem a pesquisa. É preciso olhar para além das surpresas e estar aberto as descobertas que só o encontro com o campo é capaz de conceber.

Antes do início da pesquisa de campo, foi realizada uma reunião com Dr. Claudio, infectologista responsável pelo atendimento de adultos no ambulatório de infectologia no HUAP. Na conversa, expliquei sobre os objetivos da pesquisa e qual seria o perfil das mulheres participantes. O médico foi muito receptivo e, com entusiasmo, nos afirmou – a mim e a minha orientadora - que rapidamente eu conseguiria realizar as entrevistas já que naquele setor todas às quintas-feiras haviam por volta de 8 atendimentos, e certamente as mulheres estariam ali.

Sai do HUAP bastante confiante e com a certeza de que em 1, 2 meses, no máximo, a pesquisa de campo estaria concluída. Que engano! Em algumas semanas, eu descobriria que as mulheres não chegam tão facilmente nas consultas, a despeito de seus

agendamentos prévios. E, também, descobriria como gênero também atravessava a assistência ofertada.

No dia 19 de maio de 2022, a pesquisa de campo oficialmente começou. E, ao chegar no HUAP, me direcionei à recepção explicando que estava ali na qualidade de aluna do programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFF para realizar uma pesquisa no ambulatório de infectologia, no 5º. andar. Ainda na recepção, fui etiquetada: VISITANTE. Entendi que essa era uma forma de identificação para a instituição. Afinal, estava ali ocupando o lugar de mulher-pesquisadora e não fazia parte do quadro de profissionais do hospital. Apesar de ser etiquetada assim, isso não espantou as pessoas que encontrei ao longo do meu trabalho de campo.

Talvez o fato de estar no HUAP, um hospital universitário no qual os usuários estão acostumados a serem convidados para participação em pesquisas, fazia com que as pessoas que me viam no setor ficassem curiosas. Mas, não sabia ao certo se por ser uma visitante/pesquisadora ou por ser psicóloga, haja vista que durante bons anos ali na infectologia havia uma psicóloga, servidora pública federal, atendendo aos pacientes.

Ao chegar no setor, fui recebida pelo secretário que estava de plantão. Após a orientação de onde iria ficar, recebi a chave de uma pequena sala, que anteriormente era utilizada pela antiga psicóloga do setor. A sala continha alguns posters na parede sobre a testagem do HIV, um antigo computador, uma mesa e duas cadeiras. Ainda que a entrada nesse setor tenha sido muito acolhedora, a estranheza somada à expectativa pelo que estava por vir se intensificava a cada minuto. (Notas do diário de campo, 2022)

Neste primeiro dia, haviam nove pacientes agendados para a chamada consulta de rotina com o infectologista, sendo cinco homens e quatro mulheres. Ele – o médico - havia me dito que rapidamente eu conseguiria as mulheres e, dessas quatro agendadas, apenas uma estava lá. Que decepção! A única mulher do dia era uma idosa de 72 anos que, dada a sua idade, não estava nos critérios estabelecidos de inclusão. (Notas do diário de campo, 2022)

A minha simples presença ali aguçou a curiosidade dessa única mulher a ponto de ela ter me abordado para saber sobre o porquê de eu estar ali. Queria participar, mas acabei por sinalizar que ela não poderia pelo critério idade. Este foi um dos muitos momentos que me vi presa às formalidades de pesquisa. Nem me passou pela cabeça que

eu poderia conversar com ela e escutá-la, sem que fosse incluída. Apenas acolher a sua curiosidade.

Apesar de uma certa frustração, a mulher, com muita empolgação, me disse para continuar com a pesquisa e ainda que estava curada do HIV, pois seus exames estão bons. Por alguns segundos fiquei sem entender e sem saber o que falar. Afinal, a ciência ainda não encontrou a cura do HIV. Também não via o meu lugar como o de alguém para questioná-la sobre o que ela entendia como uma cura. Atentei-me apenas em perguntar se ela já havia conversado sobre o assunto com seu médico. Fiquei atônita. Não sei bem se atordoada com o que ela disse ou se com o que eu não pude dizer ou mesmo acolher. (Notas do diário de campo, 2022)

Fui tomada por um incômodo, um misto de sensações. Incomodada com o meu silêncio, com a minha perplexidade, mas também com o receio de falar algo e acabar com qualquer resiliência que aquela mulher demonstrava diante do HIV. Aquelas frases prontas sobre neutralidade na pesquisa, ecoavam em minha cabeça. Nesse dia, no meu primeiro dia, não foi realizada nenhuma entrevista. (Notas do diário de campo, 2022)

Mais uma quinta-feira, mais um dia de pesquisa. Mais uma vez me desloco para o HUAP cheia de empolgação. São nove pacientes agendados, embora apenas três mulheres. Cheguei ao HUAP às 13h30 e uma observação me salta os olhos: Já havia 3 homens para o atendimento e nenhuma mulher! Achei curioso o fato de os homens chegarem antes mesmo do médico. Ao longo do dia chegaram duas mulheres, das três marcadas. E, felizmente, consegui entrevistá-las. Mas, dizem que o que é bom dura pouco e nesse dia soube que o médico infectologista iria entrar em férias. Seria um mês de pesquisa suspensa! (Notas do diário de campo, 2022)

A primeira entrevista realizada foi com Maria. E, foi ao término da entrevista, quando efetivamente desliguei com gravador, que ela me conta que acha que seria interessante a criação de um aplicativo de relacionamentos para pessoas soropositivas. Afirma: “A gente não tá morto!”. (Notas do diário de campo, 2022).

Em um primeiro momento achei até a fala dela cômica, mas me peguei lembrando de sua história e essa frase ganhou um outro sentido. Maria foi infectada pelo seu companheiro da época, após ele ter tido um relacionamento extraconjugal. Maria o perdoou, mas me contou que a relação acabou porque o companheiro não a amava e ele queria algo mais. Ele queria encontrar um amor, que não estava nela.

Maria contou que, à época da descoberta, teve muita dificuldade em ir ao HUAP, chegou a fugir de lá por medo de encontrar algum conhecido e/ou ter seu diagnóstico revelado. Porém, há um ano, estava “aderida ao tratamento”.

Essa mesma mulher, que se diz solteira, e que fala de site de relacionamento, durante a entrevista havia me dito que seria melhor que fosse virgem de novo. Diante disso, entendi que Maria tentava se proteger da estigmatização do HIV e levantar a ideia de um aplicativo, seria uma via possível de construir alguma nova relação, ainda que virtual, com alguém semelhante ou, talvez, de alguma forma, compartilhar a experiência de viver com HIV e os estigmas oriundos deste diagnóstico.

A segunda mulher a ser entrevistada, Lúcia, chegou com tanto atraso que acabou perdendo a consulta. O médico já havia ido embora. No entanto, sem hesitar, aceitou participar da entrevista. O mais importante também surgiu no final, ao apagar das luzes. Lúcia falava do preconceito que tem consigo e como vem, ao longo dos anos, tentando trabalhar isso nela. (Notas do diário de campo, 2022)

Escutar de Lúcia foi difícil! Que sofrimento deve ser não aceitar ser quem se é. Ainda que ela tenha sido infectada pelo seu namorado da época, Lúcia me parecia tão culpada pelo que aconteceu. Culpada por algo que ela não poderia prever. Saí dessa entrevista mexida demais e, no fundo, fazendo uma grande torcida para que ela conseguisse se manter em tratamento e seguir em frente com sua vida. (Notas do diário de campo, 2022)

Junho chega, e com ele as férias do infectologista. Tudo parecia ir na direção oposta ao que eu havia inicialmente pensado. Pode parecer bobo, mas essa suspensão da pesquisa atravessava em cheio as minhas atividades laborais. Não posso deixar de dizer que trabalho 40h semanais como celetista, e a negociação de horas para fazer pesquisa não é uma coisa simples. Ficava sempre aquela sensação de que não conseguiria jamais pagar as horas de trabalho que iria dever.

Julho, finalmente na volta para o campo. Consegui, logo na semana do retorno, entrevistar Aurora. Essa entrevista, foi para mim muito dolorosa. Aurora relatou sobre várias perdas gestacionais que teve ao longo da vida e como a descoberta da sua condição sorológica se deu numa curetagem. A curetagem é um procedimento tido como simples, mas é um procedimento realizado nas entranhas das mulheres para retirada dos “restos”, daquilo que as mulheres chamam filhos.

Como ela chorava! Ela totalmente desamparada. Eu totalmente impotente. As lágrimas de Aurora me doeram! Eu que não desejo filhos, estava de frente para uma mulher que chorava pela perda de seus bebês e via-se impossibilitada de gestar. Ali, me senti culpada pela minha própria escolha. Aurora tinha tanta dor nas suas perdas! Parecia que aquela mulher, de algum jeito, precisava colocar aquelas palavras para fora. (Notas do diário de campo, 2022)

Quando ela me contou que apenas três pessoas de sua família têm conhecimento sobre o seu diagnóstico, entendi que havia ali um silenciamento que socialmente é imposto para as mulheres vivendo com HIV. O desamparo de não poder compartilhar sobre esse assunto com a sua rede também causava muito sofrimento. Ela estava literalmente sozinha! (Notas do diário de campo, 2022)

Apesar de ela falar que suas perdas aconteceram porque Deus sabe das coisas, e mencionar a preocupação de ter um bebê soropositivo para HIV, enquanto uma mulher que estava ali pesquisando COM mulheres, foi difícil não me preocupar com essa mulher por vários dias após a entrevista.

Eu estava tão afetada que acabei entrando em contato para saber se ela precisava de algum apoio. Ela atendeu minha ligação com receptividade, expliquei que estava ligando para saber se ela estava precisando de suporte emocional após a entrevista, já que ficou bastante emotiva naquele dia. Ela se recusou, afirmando que estava tudo bem. Então, naquele momento, percebi que a angústia era minha. Que talvez eu estivesse precisando de um espaço para poder falar sobre minhas afetações. (Notas do diário de campo, 2022)

Milhões de sensações, de afetos me atravessaram e o meu corpo. Não posso esquecer que adoeci diversas vezes enquanto estive na produção dessa pesquisa. Subitamente, aos 30 anos, passo algumas crises respiratórias, diagnosticadas como uma possível asma. Talvez tivesse me faltando ar para poder sustentar todo o sofrimento que me propus escutar.

Confiante de que as coisas iriam melhorar, no dia 14/07, Regina e Carmem surgem como um respiro para quem começa a sentir falta de ar. Mas, era só um respiro, um feixe de ar que me fez me sentir um pouco melhor. Além disto, vi que a agenda da semana seguinte tinha 5 mulheres. Era a minha oportunidade de realizar várias entrevistas.

Todavia, das 5, apenas 3 mulheres compareceram. Abordei a primeira mulher para perguntar se ela desejava participar da pesquisa. Expliquei que era aluna do mestrado em psicologia e que estava entrevistando mulheres atendidas pelo infectologista. Ela disse que não queria participar, mencionando que “já está com problemas e não deseja falar disso”. Apesar de um pouco chateada pelo fora que tomei, tentei em entender que ela deveria ter seus motivos para a recusa. (Notas do diário de campo, 2022)

A segunda mulher estava fora da idade (64 anos) e a terceira, Sonia, chegou atrasada, mas aceitou participar. Mais uma vez me vi presa as formalidades, e não conversei com a segunda mulher. Poderia ter feito. Se pela primeira do dia fui rechaçada, agora era eu a reproduzir um comportamento que em nada combina com uma abertura para a pesquisa. Poderia ter acolhido, escutado e não a incluir na pesquisa. Isso também poderia se tornar dado. (Notas do diário de campo, 2022).

Sonia estava marcada para esse dia. Mas nada de chegar. Insisti. Fui vendo o hospital se transformando, pois ia se tornando noite. No entanto, ela avisou ao secretário através de um telefonema, que estava muito atrasada, mas que passaria lá para buscar um pedido de exame. Esperei por horas para tentar essa entrevista. Talvez essa espera diga mais de mim do que dela. Já estava sem ar e impotente demais para vivenciar mais uma recusa. Ainda bem que Sonia aceitou participar. (Notas do diário de campo, 2022)

Ao final desse dia eu já estava exausta, também com fome e sono. Afinal, eu havia acordado às 4h da manhã para ir para a instituição que trabalho. Saí de Maricá onde moro, fui para o Rio e depois dei uma “paradinha” em Niterói. Nesse fatídico dia eu já estava certa de que a pesquisa de campo não seria concluída tão rapidamente. Talvez tivesse sido facilmente capturada pelas palavras do médico do setor. Como era possível um dia com 5 mulheres agendadas eu conseguir apenas uma entrevista? E o tempo corria...

Agosto chega e numa medida desesperada, resolvi tirar férias do trabalho. Quinze dias para dar um gás. Acreditei que assim poderia acompanhar outros dias de consulta na infectologia pediátrica, com a Dra. Ivete. Meu objetivo era buscar mais participantes, uma vez que o ambulatório de infectologia adulto já demonstrava a dificuldade em chegar até às consultas.

Ao conversar com a Dra, Ivete, ela contou que naquele setor havia mulheres-mães soropositivas que levam os filhos para as consultas de acompanhamento após a exposição ao HIV no momento do parto e aquelas que buscavam o leite doado mensalmente pela

instituição, já que não podem amamentar. Como, algumas vezes, o leite é retirado por outro familiar, optei por verificar na agenda da médica se nas próximas terças-feiras havia alguma mulher para comparecer a essa consulta de acompanhamento. Vale dizer que além dessas, nesse setor, encontram-se ainda mães que levam os filhos para acompanhamento médico por outras infecções.

Passo a ir também as terças-feiras para acompanhar a infectologia pediátrica. E, nada de mulheres no perfil da minha pesquisa. Frustração, descontentamento. Havia tirado férias!

Numa tentativa de não dar tudo como perdido, conversei com outro secretário do setor, o que é plantonista das terças-feiras, e a uma outra profissional de saúde que, às vezes, toma café lá. Ambos contaram que os pacientes assistidos pela infectologia, em geral, faltam muito às consultas e abandonam o tratamento. (Notas do diário de campo, 2022).

Essas observações corroboram aquilo que eu também via na minha prática profissional. Não é incomum que os pacientes abandonem o tratamento e isso ocorre por uma série de motivos, desde questões subjetivas relacionadas ao diagnóstico até dificuldades financeiras. O não adesão ao tratamento, seja ela manifestada pela ausência nas consultas, é multifatorial. Contudo, não posso deixar de falar de como me chamava atenção que nesta unidade as faltas tinham gênero. Mulheres faltavam as consultas.

À medida que os dias passavam, a pesquisa de campo pouco caminhava. Até esse momento- meados de agosto – poucas tinham sido as mulheres. Aparentemente não me deixei abalar. Insistia em ir, insistia em verificar agendas. Mas, lá no fundo, pairava o medo de não conseguir dar conta do trabalho proposto. Percebia que as mulheres começavam e retornar.

No dia 18 de agosto, por exemplo, reencontro Lúcia. Outras também estavam marcadas, e deixo de lado a possibilidade de conversar com ela. Sigo presa a critérios, a metodologias, ao que pode ou não pode. E assim mulheres passam... Neste dia, porém, havia uma mulher que estava dentro dos (mal)ditos critérios. Abordo-a. Ela disse que estava com pressa, pois precisava agendar um exame em outro andar do HUAP, mas retornaria em seguida para participar. (Notas do diário de campo, 2022)

Claro que ela não voltou. Fiquei triste, mas tentei entender que provavelmente ela tinha seus motivos para não querer participar. Entender, no entanto, não dava qualquer contorno para a minha tristeza. (Notas do diário de campo, 2022)

Chegaram Catarina e Luiza, finalmente. Uma da agenda do Dr. Cláudio, outra da agenda da Dra. Ivete. Embora a Luiza seja paciente do ambulatório do Dr. Claudio, levava seu filho mais novo para o acompanhamento protocolado pelo Ministério da Saúde na infectologia pediátrica após exposição ao HIV no parto. Foi realizado contato telefônico com Luiza e marcamos de fazer a entrevista na quinta-feira seguinte, na sala onde eu ficar. (Notas do diário de campo, 2022)

Não me passou despercebido como os/as pacientes se sentiam à vontade para falar com o secretário do setor. Afinal, alguns pacientes tinham mais de 20 anos de história naquele setor. O secretário me ajudava com as agendas, com conversas interessantíssimas, e havia me dito que na semana anterior, nenhuma mulher compareceu para atendimento.

Com o secretário, soube também que algumas igrejas fazem doações de leites para as/os filhas/os das pacientes. E que existem mulheres que vão pegar o leite para seus filhos, mas não comparecem nos dias das consultas. (Notas do diário de campo, 2022) Achei interessante tal colocação e me pergunto pelo trabalho de cuidado sempre com as mulheres. Elas podem se dirigirem ao HUAP para pegar o leite, importante para a vida de seus filhos, para que esses não seja infectado verticalmente, no entanto, elas não podem se cuidar, ou serem cuidadas pela equipe naquele dia em que já estão ali?

Durante uma conversa, no dia 23/08, Dra. Ivete me contou que após a pandemia a frequência das presenças nos atendimentos diminuiu. Os pacientes buscaram alternativas nos postos de saúde para evitar os riscos de ir à consulta. Neste dia, não tinha grandes pretensões. Já estava desesperançosa e a fala dela marcava que as coisas não estavam nada simples para o meu lado. Porém, uma paciente foi até o HUAP buscar um documento e acabou me encontrou no corredor. O secretário contou-a que eu estava ali fazendo uma pesquisa com as mulheres atendidas pelo Dr. Claudio. Ela se aproximou e começou a contar a sua história com uma naturalidade que achei incrível. Ela havia descoberto o HIV durante um exame. Seu filho também é soropositivo, mas seu marido, não. Ela me contou não saber como havia se infectado e que era “melhor assim”. (Notas do diário de campo, 2022).

Fiquei insegura e me bateu uma tremenda dúvida sobre os critérios que escolhi para a pesquisa. Eu tinha na minha frente uma mulher casada, soropositiva HIV e um marido sem o diagnóstico. Por alguns segundos eu tentei entender o que havia acontecido. Não consegui. Não havia ali um HIV transmitido à mulher pelo marido, mas havia também uma história anterior. Um relacionamento anterior, que a minha dureza em seguir regras não me deixou escutar. Afinal, me propus a estar com mulheres que foram infectadas ou descobriram seu diagnóstico quando inseridas em um relacionamento estável, independente de estarem ou não com o parceiro que as infectou. Não a entrevistei. Só depois eu percebi que aquilo ali era eu. Era a minha dificuldade também em saber que eu escutaria, mais uma vez, a dor de alguém e que não sairia ileso disso. (Notas do diário de campo, 2022)

A dúvida e a frustração tomaram conta de mim, mais uma vez. Eu já não sabia qual era o meu lugar ali. Como pesquisar sem me envolver com a história dessas pessoas? Como me manter neutra com essas mulheres? Não era possível! E eu demorei para entender isso. Talvez, porque alguns lugares por onde passei ao longo da minha formação insistiam em colocar a pesquisa como algo que precisa de neutralidade do pesquisador. Ainda, eu também sou uma mulher nascida em uma sociedade patriarcal e sou cobrada para não cometer erros. Eu tinha medo que qualquer erro impossibilitasse a conclusão dessa pesquisa, afinal, eu precisei passar pelo CEP e pela EBSERH para ser autorizada a encontrar com essas mulheres.

Mais um dia, sem entrevistas. Fui tomada por um misto de frustração com desespero (Notas do diário de campo, 2022). Diga-se de passagem, nunca achei que eu fosse uma pessoa tão desesperada quanto essa pesquisa de campo me deixou. Minhas férias estavam próximas do fim – havia tirado férias visando dar uma incrementada no número de mulheres entrevistadas – e por vários momentos eu me questionava: Cadê as mulheres? Será que eu errei quando escolhi realizar minha pesquisa em um hospital universitário? Eu queria muito que a pesquisa acontecesse no HUAP. Não só pelo vínculo afetivo que eu tenho com a UFF, mas para demonstrar que a universidade pública também tem um papel importante na produção de conhecimento e promoção de cuidado.

Como disse, por muitas vezes, o secretário também via meu desespero. Ele foi um grande aliado nesse processo, sempre atento para me oferecer um café. Por vezes, conversamos sobre as ausências das mulheres nas consultas. Acho que ele percebeu que

havia em mim uma preocupação de conseguir realizar a pesquisa e também com meu emprego, já que toda vez que eu me ausentava, eu precisava compensar as horas. Já devia horas para duas vidas!

Em meio as nossas conversas, perguntei se poderia ligar para ele antes de ir ao HUAP para saber se alguma mulher chegara para atendimento. Sem titubear ele aceitou me avisar quando as mulheres chegassem. Assim, ao sinal de que uma mulher chegara para consulta, eu saía do trabalho e me direcionaria ao HUAP. Essas ligações foram salvadoras! Ajudaram a manter a minha sanidade e o meu emprego. (Notas do diário de campo, 2022).

Semanas passaram sem qualquer entrevista, ou pelo fato de as mulheres não irem aos atendimentos ou porque estavam dentro dos critérios de exclusão. Todas às quintas-feiras eu ligava para o setor e íamos nos falando durante a tarde, pois ao menor sinal da chegada de uma mulher, eu corria para o HUAP.

Somente em meados de setembro, após semanas de frustração, eu conheci Miriam, que entre as dores e risos, se mostrou muito receptiva à abordagem e disse que o HUAP já fez tanto por ela, que ela gostaria de ajudar outras pessoas, por isso, aceitou participar da pesquisa. Relatou que foi infectada pelo ex-companheiro e no começo chegou a separar os copos e talheres dentro de casa com receio de passar o vírus para seus familiares. Durante sua fala também contou que nos anos em que frequenta o ambulatório só não aceitou participar dos grupos que eram realizados ali por achar que nesses grupos tinham algumas pessoas estranhas com um "parafuso a menos". (Notas do diário de campo, 2022)

Na semana seguinte, eis que chega Isis, que descobriu o diagnóstico na gravidez, mas seu marido na época não era soropositivo e ela foi acusada de traição. Ísis pontuou que esse foi um momento muito difícil, já que ela não havia sido infiel ao marido, mas, como muitas mulheres, tivera outros relacionamentos antes dele. Poderia ter sido infectada por algum homem com quem se relacionou. (Notas do diário de campo, 2022)

Após término da entrevista, ao entrar na sala de espera, a vejo conversando com secretário e a escuto contando que iniciou o tratamento no HUAP quando estava grávida. Entonava de forma orgulhosa: "Minha filha não tem nada. Não pegou. E meu marido também não!". Ísis que não foi infectada por seu atual marido, mas descobriu o diagnóstico quando em um relacionamento estável, me fez lembrar daquela mulher que

me encontrou no corredor semanas antes e eu não entrevistei por minha própria dureza. (Notas do diário de campo, 2022)

Depois de meses, percebi que essa pesquisa diz sobre as mulheres vivendo com HIV, mas ela também diz sobre mim. E, por mais que eu seja intensamente controladora e metódica, não há controle possível no campo. Foi difícil entender isso. Foi difícil me deslocar para além do Comitê de Ética particular que eu criei na minha própria cabeça. Deixei de escutar mulheres pelo simples fato de estarem fora do critério de inclusão. Mulheres que talvez tivessem tanto a dizer, mas que eu excluí por não saber manejar meu rigor, ou ainda, a minha neurose.

É outubro. Após 5 meses do início do trabalho de campo, apenas 10 entrevistas. Nossa proposta inicial eram 15. Levo para a orientação aquilo que me parecia um enorme problema. Estava quase certa de que não daria conta. Havia me debruçado no trabalho de campo, mas nada de encontrar as mulheres. Esse cenário me colocou em dúvida. Afinal foram várias as vezes que escutei que os homens são negligentes com sua saúde. Eram elas que estavam ali. Não as mulheres. Aí, sutilmente, percebo que é nessa ausência que o patriarcado mostrava suas facetas. Não pela presença dos homens nas consultas, mas pela dificuldade que as mulheres tinham para conseguir acessar o serviço.

As mulheres não chegavam e o ano também caminhava para o seu fim. Decidi escutar algumas das entrevistas realizadas e reler o meu diário de campo. Notei que algumas situações da vida dessas mulheres eram muito potentes e carregadas de dor. Ali, entendi que já tinha suficiente para seguir em frente com a pesquisa e dar por finalizada a etapa de entrevista. Afinal, de onde tirei o número 15? Isso me escapava... A não chegada das mulheres e a leitura cuidadosa do material impactou na decisão de submeter uma emenda ao CEP e dar a pesquisa de campo como encerrada.

Com certeza, o momento mais difícil desse percurso foi estar diante das dores das mulheres. O sofrimento estava presente nos relatos, no choro até no silêncio delas. Foram meses para que as transcrições das entrevistas pudessem ser concluídas e um dos motivos foi, justamente, ter que novamente escutar essas dores, lidar com as minhas dores de mulher, e ainda, sem uma forma de como dar conta disso. (Notas do diário de campo, 2022)

Durante todo o percurso dessa pesquisa eu me questioneei sobre o que eu poderia fazer com todo o sofrimento que me foi compartilhado. Eu não sei se tem uma resposta

certa para isso, mas sempre tive a preocupação de que o conteúdo que está sendo produzido nesse escrito possa de alguma forma ajudar uma mulher vivendo com HIV a seguir em frente.

Que as linhas que compõem essa pesquisa possam, de alguma forma, fazer efeito nos profissionais de saúde para que reflitam sobre o tipo de cuidado que exercem e como suas atitudes podem impactar a vida de uma mulher vivendo com HIV/aids.

Relendo as minhas anotações, as minhas conversas comigo mesmo, vejo que todo o processo de pesquisa despertou em mim as mais intensas emoções. Fui do céu ao inferno em muitos momentos. Precisei fazer escolhas pessoais e profissionais para sustentar todo esse processo de pesquisar. Precisei até mesmo perder o controle diante do inesperado. Não foi um caminho fácil, mas o que aprendi com as 10 mulheres que decidiram dividir comigo a intimidade de seus relacionamentos e suas dores, me marcam para sempre. Eu entendi, que aquelas dores me atravessavam tanto porque existia algo em mim que também me causava dor. Afinal, eu também sou uma mulher suscetível às armadilhas do patriarcado, por mais que seja difícil admitir isso.

O trabalho em campo, aos poucos, foi me mostrando que a trajetória de um pesquisador não está atrelada ao encontro com os dados, mas a vivência, o estar ali, o processo de pesquisar, o encontro com o outro. Isso é pesquisar! A pesquisa começa quando a gente escolher o tema. O tema diz algo sobre a nossa própria história e em algum momento nós viramos os sujeitos da nossa própria pesquisa.

3.3 A pesquisa e seus resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa realizada com as mulheres no HUAP, mulheres vivendo com HIV ou aids, e que foram infectadas e/ou tiveram o diagnóstico quando vivendo um relacionamento amoroso estável e monogâmico.

Antes de entrarmos na análise das entrevistas propriamente, se faz relevante conhecer, atrás de dados sociodemográficos, as participantes que tornaram esse estudo possível, para que consigamos refletir em consonância com o Boletim Epidemiológico

anualmente confeccionado pelo Ministério da Saúde e considerando que a pesquisa foi realizada em Niterói, município da região metropolitana II, hoje ocupa a sétima posição no ranking de município com o maior IDH – Índice de Desenvolvimento Humanos do país, de acordo com os dados fornecidos pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil¹¹.

De acordo com os dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o censo mais recente referente à renda salarial de Niterói indica que a renda média da população que possui trabalho formal é de 3,1 salários-mínimos. Apenas 29,1% da população tem renda per capita de até ½ salário-mínimo.

A pesquisa situada em uma região, que chama a atenção por ter um dos maiores índices de qualidade de vida do Brasil, evidencia fatos e dados pertinentes de serem analisados quando estamos diante de uma infecção sexualmente transmissível com uma história estigmatizante e que vulnerabiliza as mulheres quando o acesso ao cuidado não atravessa a equidade.

Para a análise dos dados, as participantes receberam os nomes das mulheres que participaram da luta armada na época da ditadura militar e foram mortas ou dadas como desaparecidas¹². Essa escolha teve como objetivo reconhecer que de alguma forma, assim como as mulheres da época que lutaram contra o inimigo na ditadura militar, as mulheres participantes desse estudo, ao aceitarem compartilhar suas histórias de vida sua comigo, ousaram lutar contra o silenciamento imposto pela ditadura patriarcal para construir essa pesquisa.

¹¹ O ranking pode ser acessado em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>

¹² A lista nominal utilizada consta no livro “Breve história do feminismo no Brasil” de Maria Amélia Teles.

Abaixo, uma tabela resumindo os dados com as questões abordadas na parte estruturada do roteiro de entrevista.

Dados	Maria	Lúcia	Aurora	Regina	Carmem	Sônia	Catarina	Luiza	Miriam	Isis
Escolaridade	Superior Incompleto	2º. Grau completo	2º. Grau completo	2º. Grau completo	2º. Grau completo	2º Grau incompleto	2º Grau incompleto	Superior incompleto	2º. Grau completo	Superior Incompleto
Cor/Raça	Parda	Parda	Branca	Parda	Negra	Preta	Parda	Parda	Parda	Branca
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Religião	Não tem	Católica	Católica	Cristã	Espírita	Não tem	Espírita	Evangélica	Protestante	Evangélica protestante
Trabalho	Autônoma	CLT	Autônoma	Aposentada	Autônoma	Autônoma	Pensionista	CLT	Autônoma	CLT
Situação Conjugal	Solteira	Casada	Divorciada	Viúva	Namorando	Namorando	Viúva	Casada	Solteira	Divorciada
Filhos	1	1	1	0	2	3	3	2	1	1
Renda	1 salário	3 salários	2 salários	2 salários	1 salário	1 ½ salário	4 salários	1 salário	2 ½ salários	1 ½ salário
Moradia	Própria	Aluguel	Casa emprestada	Alugada	Própria	Própria	Própria	Própria	Aluguel	Própria
Faz/fez uso álcool e/ou drogas	Álcool socialmente e cigarro.	Não	Álcool socialmente. Parou uso de cigarro.	Não	Álcool socialmente.	Parou consumo de álcool.	Cigarro.	Já fez uso social de maconha, álcool e cigarro.	Álcool	Não

3.3.1. Dados sociodemográficos

Com relação aos dados sociodemográficos colhidos, é importante fazer uma análise mais detalhada, que dialoga com a proposta da pesquisa. De acordo com a tabela acima, o grupo de mulheres participantes foi composto por: Mulheres, cisgêneras, entre 32 e 57 anos, com escolaridade variando entre 1º. grau completo e superior incompleto. Elas se autodeclaram, em maioria, pardas (60%). Uma se autodeclarou preta e outra negra¹³.

Quanto à religião, as mulheres se distribuíram entre evangélicas, católicas e espíritas. Duas (20%) disseram não possuir religião. São trabalhadoras formais com vínculo CLT (30%), e informais nomeadas autônomas (50%). Aposentadas (10%) e uma pensionista (10%), com renda mensal entre 1 e 4 salários. 60% delas possuem casa própria, 30% moram de aluguel e apenas uma (10%) mora em uma casa emprestada por familiar. Somam 90% de mulheres-mães, sendo que dessas 3 descobriram o HIV durante o pré-natal ou no momento do parto. As mulheres solteiras somaram 20%, viúvas 20%,

¹³ Decidimos manter essa nomenclatura a partir da autodeclaração, sustentando a premissa desse trabalho de que a fala das mulheres sobre si é o caminho a ser seguido. Além disso, cabe ressaltar que entendemos o pressuposto do IBGE no boletim epidemiológico de que a população negra se subdivide entre pretos e pardos.

20% divorciadas e 40% estão em uma relação: casamento, união estável ou namoro. Nenhuma das entrevistadas relatou uso abusivo de álcool e outras drogas, se limitando a citar apenas uso social e eventual.

Tendo em vista o boletim epidemiológico de 2023 disponível, achei interessante refletir sobre nossas mulheres a fim de verificar em que medida as participantes ratificam ou retificam os dados oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

a) Idade:

As mulheres entrevistadas, conforme o critério de inclusão da idade, tinham entre 25 e 59 anos na data da realização da entrevista. Essa faixa etária foi previamente pensada compreendendo que essa seria uma fase da vida mais comum, considerando o panorama social brasileiro, para mulheres estarem vivenciando relacionamentos mais estáveis. A média aritmética simples da idade das mulheres quando da confirmação do diagnóstico de HIV+ é de 32 anos.

Contudo, vale ressaltar que essa é a média nessa pesquisa e que o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, refere que, em 2022, o quantitativo de casos entre meninas e mulheres de 15 e 24 anos foi de 19,6% dos casos, dentro da estatística de 114.593 notificações contabilizadas para essa faixa etária. Ainda, é importante sinalizar o aumento dos casos em mulheres com mais de 50 anos, que em 2012 era de 11,4% foi para 20,3% em 2022. Cabe salientar que “em 2022, a ocorrência de novas infecções pelo HIV em mulheres em idade reprodutiva, de 15 a 49 anos, representou 78,3% do total do sexo feminino.” (BRASIL, 2023, p.14)

Tabela 1 ¹⁴– Ilustrativo entre a idade da descoberta do diagnóstico e a idade na época da realização da entrevista

Participante	Idade na data da entrevista	Idade na confirmação do diagnóstico de HIV
Maria	45	30
Lúcia	50	36
Aurora	57	40
Regina	55	29
Carmem	55	50
Sonia	37	18
Catarina	56	27
Luiza	37	31
Miriam	32	24
Ísis	47	35

b) Escolaridade:

No perfil sociodemográfico não foi constatada nenhuma mulher analfabeta, apenas duas não possuem o 2º. Grau completo. Esse cenário encontra consonância com o boletim epidemiológico (BRASIL, 2023), que também aponta a prevalência de pessoas com ensino médio completo e superior completos ou incompletos na população diagnóstica com HIV no ano de 2022. Porém, os dados do boletim apontam para uma subnotificação desse fator, já que em 26% das notificações esse dado foi ignorado.

Esses dados vão de encontro com a falácia de que a transmissão do HIV está associada a falta de informação da população. Pouco se discute sobre o tipo de informação disseminada e até mesmo como essas informações são utilizadas em determinados contextos sociais, já que a informação não garante que as mulheres não estejam em vulnerabilidade para a transmissão do vírus. O conteúdo da informação acaba não sendo capaz de fazer as mulheres cis em relações monogâmicas se perceberem enquanto também expostas ao vírus.

c) Raça:

No que concerne aos dados das mulheres, esta pesquisa encontrou a mesma proporção na prevalência do fator raça que o boletim epidemiológico de 2023, que salienta que nos casos da infecção pelos HIV notificados em mulheres durante o ano de

¹⁴ Tabela construída pela pesquisadora.

2022, houve uma predominância de 64,1% em negras (13,8% de pretas e 50,3% de pardas) enquanto em mulheres brancas observou-se a ocorrência de 28,7%. (BRASIL, 2023)

No contexto das políticas públicas voltadas ao HIV, a população negra encontra-se inserida nas populações prioritárias e no determinante raça é onde está concentrada a maior quantidade de casos femininos, o que nos mostra a importância de refletirmos sobre a intersecção gênero e raça como fatores que vulnerabilizam ainda mais mulheres.

Para Sueli Carneiro (2003) ainda que o movimento feminista brasileiro tenha sido de extrema importância na luta de conquistas para a vida das mulheres, este seguiu por muito tempo uma perspectiva que considerava as mulheres de uma forma universal, o que acabou invisibilizando as diversidades que atravessam as vivências de diferentes grupos de mulheres, que estão para além daquilo que é biológico. Isso acabou potencializando o silenciamento daquelas mulheres que estavam submetidas a violências que vão além do sexismo. A partir desse entendimento, o movimento de mulheres negras passou a incitar discussões para realinhar as questões políticas do feminismo no Brasil.

Em consonância com o questionamento levantado por Sueli Carneiro (2003), Joice Berth (2019) discorre que quando o movimento feminista se afasta da ideia de uma categoria universal de mulher e passa a considerar os mais diversos grupos femininos, como, as mulheres negras, latino-americanas, não brancas, entre outras, começa a ser possível compreender, a partir da interseccionalidade, as desigualdades de gênero levando em conta o lugar ocupado por elas na sociedade.

O feminismo possibilitou que as mulheres assumissem um lugar enquanto sujeitos políticos, sendo capazes de constituírem grupos para impulsionar a luta daquilo que lhes atravessa. E, isso só foi possível porque foi através da luta do movimento feminista que as desigualdades de gênero adquiriram um patamar político (CARNEIRO, 2003). Dessa forma:

Grupos de mulheres indígenas e grupos de mulheres negras, por exemplo, possuem demandas específicas que, essencialmente, não podem ser tratadas, exclusivamente, sob a rubrica da questão de gênero se esta não levar em conta as especificidades que definem o ser mulher neste e naquele caso. Essas óticas particulares vêm exigindo, paulatinamente, práticas igualmente diversas que ampliem a concepção e o protagonismo feminista na sociedade brasileira, salvaguardando as especificidades. (CARNEIRO, 2003, p. 119)

De acordo com Collins e Bilge (2021) a interseccionalidade pode ser definida como “uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas” (p.16). É a partir da interseccionalidade que se pode compreender as convergências entre as relações de poder com outras categorias sociais, tais como, raça, classe, orientação sexual, gênero, etnia, entre outras. Cabe ressaltar, que essas categorias funcionam de forma sobrepostas, delineando as relações de poder a qual determinados são submetidos na conjuntura social em que estão inseridos.

Além de ser uma ferramenta para análise das questões sociais, a interseccionalidade também vem sendo fortemente utilizada nos meios acadêmicos como uma ferramenta heurística na busca para a solução de problemas sociais (COLLINS; BILGE, 2021). A interseccionalidade atravessa essa pesquisa a partir das categorias gênero, raça e classe, as quais ao longo do percurso de trabalho com a população vivendo com HIV/ aids demonstram relevância para pensar as políticas públicas, as desigualdades e iniquidades no contexto do cuidado e assistência que envolve essa infecção, principalmente, no caso das mulheres.

Tal como discorre Kimberle-Crenshaw (2002), a promoção da visão de que determinados padrões sexuais são instituídos por um fator racial, faz com que as mulheres negras sejam cada vez mais distanciadas dos equipamentos que protegem os seus direitos. A exemplo disso, a autora relembra os casos de estupro que ocorrem com as mulheres da etnia Tutsi. A ideia de que as mulheres Tutsi eram promiscuas, potencializou a violação dos seus direitos através das violências as quais foram submetidas pela etnia que dominava o território na época do genocídio em Ruanda. Além da violência sexual, as mulheres Tutsi sofreram violência racial e étnica, demonstrando as intersecções que recaem sobre a vida das mulheres, ainda mais das negras.

Collins e Bilge (2021) explicitam que a aparência imprime um valor distinto quando se trata de homens e mulheres, principalmente, as mulheres negras, já que essas, costumeiramente, têm seus corpos sexualizados de formas estereotipadas. Um exemplo disso, é que no Brasil o corpo objetificado da mulher negra foi aprisionado em um lugar de símbolo sexual, sendo distanciado da garantia dos seus direitos enquanto sujeitas. O que corrobora com o que diz Elza Soares: “A carne mais barata do mercado é a carne negra.” Ou, será que a carne mais barata do mercado é a carne da mulher negra?

Ainda, seguindo o entendimento das vivências das mulheres negras por uma perspectiva interseccional, Collins e Bilge (2021) ressalta que:

A estrutura interseccional de construção mútua de categorias de identidade permitiu que as afro-brasileiras desenvolvessem uma política identitária. Nesse caso, elas cultivaram uma identidade feminista negra de feições políticas no cruzamento entre racismo, sexismo, exploração de classe, história nacional e sexualidade (HILS; BILGE, 2021, p. 42).

Um exemplo da intersecção entre gênero e raça no cenário histórico epidemiológico brasileiro do HIV/aids, se mostra na prevalência dos casos de aids em mulheres negras, a partir do ano de 2012 e que se sustenta até os dias atuais. (BRASIL, 2022)

d) Gênero:

As mulheres que compõem essa pesquisa são mulheres autodeclaradas cisgêneras e com orientação heterossexual. A heterossexualidade, apesar de não ter sido um aspecto incluído na entrevista estruturada, foi demonstrada a partir do discurso das mulheres ao contarem sobre o relacionamento amoroso que vivenciaram quando foram infectadas pelo HIV. As mulheres trans não participaram desse estudo pelo fato de se compreender que as vivências destas se desdobram em outras questões que exigem estudos mais profundos acerca de seus cuidados no contexto da prevenção ao HIV.

Há de ser pontuar que a população de pessoas trans está inserida no grupo das populações chave para a resposta ao HIV, enquanto as mulheres cis, que não sejam profissionais do sexo, usuárias de álcool e drogas ou privadas de liberdade, não se incluem nesse grupo. Como já citado, as populações chaves são aquelas consideradas mais vulneráveis ao HIV em razão de fatores estruturais da sociedade e comportamentais (BRASIL, 2018). Diante do cenário de vulnerabilidade, estas são elegíveis ao acesso de determinadas medidas de prevenção que não são recomendadas para a população em geral.

Conforme sinaliza o documento da Agenda Estratégica de População-Chave do Ministério da Saúde (2018), a estratégia da Prevenção Combinada é recomendada para aquelas mulheres que possuem uma vida sexual ativa. Entretanto, durante a avaliação da saúde sexual das mulheres é verificado se ela está inserida em alguns dos grupos que

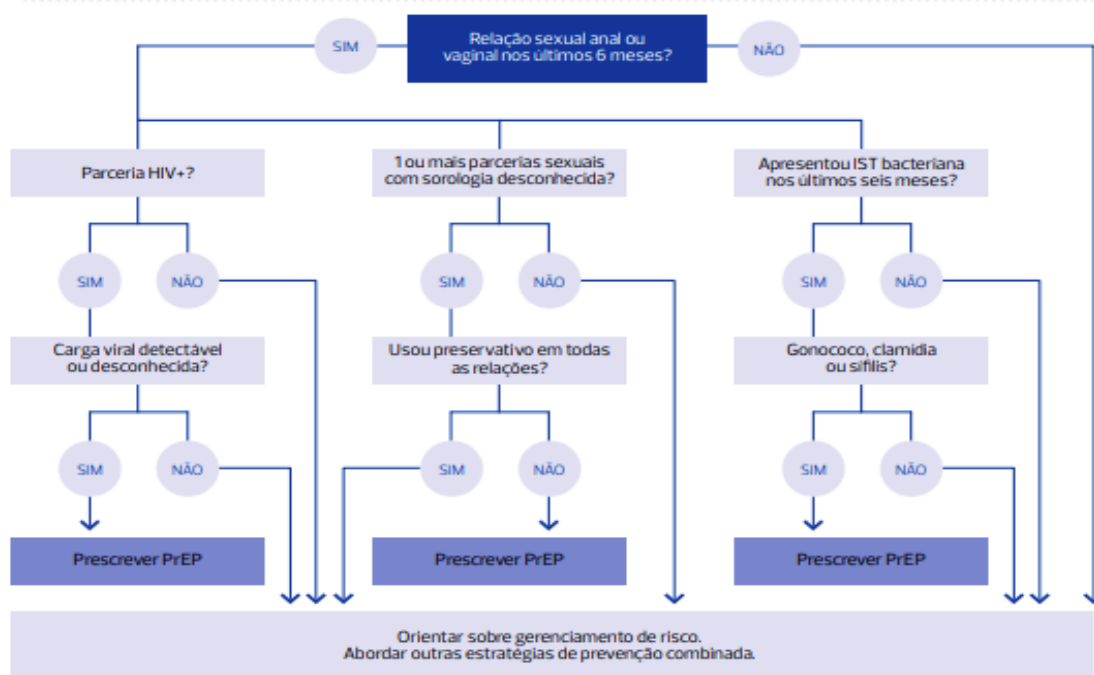
constituem a população-chave, além de apurar as suas práticas sexuais, parcerias e situações de exposição à infecção pelo HIV (BRASIL, 2018).

Além disso, o próprio curso da epidemia colocou a mulher cis com parceiro fixo como “imune” à infecção, sem questionar o fato deste parceiro se relacionar sexualmente com outras pessoas de forma extraconjugal. Dessa forma, não há uma perspectiva, do próprio sistema de saúde, que as mulheres em relações monogâmicas estejam suscetíveis ao vírus, mesmo partindo da premissa de que qualquer pessoa que tem uma relação sexual sem preservativo pode se infectar.

Um exemplo de tipo de prevenção que nem sempre pode estar acessível às mulheres cis é a PREP. Além do seu uso não ser amplamente divulgado, esse método está mais voltada para “pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e que apresentem contextos de risco aumentado de aquisição da infecção pelo HIV.” (BRASIL, 2022, p.24)

O fluxograma para indicação do uso de PREP em adultos, dispensado aos serviços de saúde, demonstra como a mulher com parceiro fixo pode não conseguir o acesso a esse tipo de prevenção tão facilmente, sendo mais provável que recebas orientações para utilizar outras formas de prevenir à infecção, como a camisinha. Isso, considerando o bom funcionamento da unidade de saúde onde a mulher será atendida, já que não é incomum que os próprios profissionais de saúde tenham posturas moralistas relacionadas as questões sexuais e reprodutivas das mulheres.

Figura 1 – Fluxograma para avaliação de indicação de PrEP em adultos sexualmente ativos



Fonte: DCCI/SVS/MS.

A camisinha geralmente é método mais recomendado pelos profissionais de saúde e disponibilizada gratuitamente em postos de saúde, mas o uso em relacionamentos amorosos estáveis e monogâmicos não é tão comum, o que gera uma dificuldade para a mulher pedir ao parceiro a utilização desse método. Nesse contexto, o corpo da mulher fica submetido as decisões do seu parceiro. Além disso, socialmente, há uma ideia equivocada em associar que quem usa camisinha tem múltiplas parcerias. O que acaba não sendo o caso das mulheres casadas ou relações estáveis.

e) Religião

Não foi encontrada preponderância entre as religiões, encontramos mulheres de todas as crenças, embora, nas entrevistas, pode-se escutar o impacto do discurso religioso enquanto um instrumento para o enfrentamento do diagnóstico de HIV e também como um fator delimitador de práticas sexuais extraconjugais, tal como uma das mulheres sinalizou que não imagina seu atual companheiro traindo-a pois ele é um “servo de Deus”.

Na literatura, a espiritualidade - e não exatamente a religião - aparece como um aspecto positivo do cuidado. Costa et al (2018) salienta que é possível que as pessoas se aproximem da religião como forma de buscar um suporte diante do sofrimento

vivenciado, pois encontram nas divindades confidentes com quem podem compartilhar as dores que não conseguem dividir com as pessoas de seu círculo social. No caso do HIV/aids, por ser ainda ser um diagnóstico muito estigmatizado, muitas pessoas optam por mantê-lo em sigilo.

Ainda, em uma pesquisa realizada por Costa et al (2018) para analisar as crenças, saberes e formas de prevenção ao HIV/aids entre mulheres idosas. Em 6,4% das unidades onde as entrevistas foram realizadas, a aids apareceu no discurso como algo que em algum ponto se relacionou a crença religiosa. Os dados mostraram que a aids é encarada como uma doença problemática e que a salvação de alguém infectado pelo HIV só pode vir através de Deus.

Ademais, é possível que para algumas religiões as questões que atravessam a sexualidade sejam postas como negativas, e até mesmo, associadas ao pecado. O que pode acabar gerando um silenciamento das questões relacionadas à sexualidade, tais como, aquelas de saúde sexual e reprodutiva, principalmente, das mulheres, historicamente, colocadas por algumas religiões como virgens ou procriadoras através do casamento.

f) Trabalho, renda e moradia:

Trabalhadoras informais, aposentadas, pensionistas e CLT, ou seja, com renda própria. Nenhuma se nomeou “do lar”. Esse cenário de independência financeira das mulheres foi inesperado. Esperava-se encontrar neste campo mulheres com algum grau de dependência econômica, na perspectiva de que dependentes, elas estariam mais submetidas as decisões de seus parceiros, já que a falta de autonomia financeira corrobora para manter as mulheres em relações às quais não veem outra possibilidade.

Além disso, todas as mulheres possuem uma situação de moradia segura, tendo imóveis próprios ou conseguindo ter condições financeiras para custear um imóvel por aluguel. Esse cenário se contrapõe ao que por vários anos observei, durante o trabalho com a população soropositiva para HIV no município do Rio de Janeiro, onde a grande maioria das pessoas encontravam-se em situação de extrema vulnerabilidade social e insegura alimentar.

De acordo com o Relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e do Instituto de pesquisa Gallup International divulgado em 2021, o estigma e a discriminação

associados ao HIV se perpetuam também no cenário das atividades de trabalho, mesmo após 40 anos do início da epidemia. Um dos quesitos analisados na pesquisa que originou o relatório demonstrou que na população de 55.000 pessoas que participaram do estudo, em cada dez, quase quatro pessoas responderam positivamente ou marcaram como “depende” a afirmação que as pessoas que vivem com HIV não devem ser autorizadas a trabalhar diretamente com outras pessoas que não têm HIV. (OIT, 2021, tradução nossa)

O relatório mostrou também que o conhecimento de informações sobre a transmissão do HIV foi algo que favoreceu a aceitação de pessoas vivendo com HIV nos ambientes de trabalho. Dessa forma, o estudo apresenta algumas indicações de ações possíveis para combater a estigmatização do HIV nos ambientes laborais e melhora a vida das pessoas que vivem com HIV em seus locais de trabalho, tais como, a promoção de estratégias governamentais voltadas para uma maior disseminação de informações sobre transmissão do HIV, maior acesso das pessoas à educação como forma de diminuir as discriminações por informações equivocadas, promover esclarecimentos sobre os tratamentos e a qualidade de vida das PVHA, além de medidas jurídicas para combater a discriminação associada ao HIV. (OIT, 2021, tradução nossa)

g) Situação conjugal e filhos:

Com relação a situação conjugal, os dados evidenciaram diversas formas de relações vivenciadas pelas participantes. Entretanto, a maioria das mulheres (40%) encontrava-se tendo algum tipo de relacionamento amoroso à época da realização da pesquisa. É importante marcar que, as mulheres selecionadas contraíram ou descobriram o HIV quando estavam em relacionamentos estáveis, ou seja, em relações de namoro, companheirismo e casamento, que eram supostamente monogâmicos.

Várias mulheres entrevistadas citaram serem surpreendidas pela soropositividade ao HIV em razão delas estarem, frequentemente, ao longo de suas vidas, em relacionamentos fechados, já que comumente a transmissão do HIV se associa com múltiplas parcerias e promiscuidade. Além disso, a questão da promiscuidade acabou por evidenciar os estigmas vivenciados por essas mulheres e como o medo de terem seu diagnóstico exposto gera sofrimento. Muitas relataram receio dos julgamentos sociais, principalmente, relacionados ao seu caráter. Entretanto, uma parte significativa dessas

mulheres conseguiu se relacionar novamente após o diagnóstico, ainda que o mantivessem sob sigilo.

Vale ressaltar, que dada a idade das mulheres, quase a totalidade são mulheres com filho. Duas colocaram a descoberta do diagnóstico durante a gestação e uma no momento da realização de uma curetagem por perda gestacional espontânea.

Ainda que existam muitos avanços relacionados à uma gestação saudável para a mãe e o bebê, para as mulheres vivendo com HIV/aids a gravidez é um momento que pode acarretar sentimentos de medo e insegurança. Para Galvão, Cunha e Machado (2010), mulheres diagnósticas com HIV podem reviver seu estado sorológico durante a gravidez e apresentarem temores relacionadas à saúde do bebê e complicações no decorrer da gestação. Dessa forma, é importante que mulheres sejam acolhidas de forma dignidade e humanizada nos serviços de saúde durante toda a trajetória do processo gestacional, compreendendo as suas especificidades.

Na gestação dessas mulheres também se faz necessário que os profissionais de saúde estejam aptos a fornecer orientações clínicas tanto relacionadas à saúde da mãe, como da criança. Isto porque, é frequente que após o parto as mulheres, principalmente aquelas que tiveram o diagnóstico na maternidade, não cheguem aos serviços especializados para acompanhamento, reduzindo assim a adesão ao tratamento e aumento o risco de agravos em sua saúde. Por isso, as prerrogativas do Ministério da Saúde estimulam que as puérperas e seus filhos saiam da maternidade já com agendamento para realização do acompanhamento nos serviços de saúde especializados. (BRASIL,2022)

O fato de muitas mulheres gestantes soropositivas para HIV sentirem preocupações relacionadas à saúde de seus bebês também pode fazer com que durante o período gestacional elas façam o uso do tratamento medicamentoso, como forma de evitar a transmissão vertical do vírus aos filhos. Contudo, não é incomum que as mulheres após o parto abandonem seus tratamentos, ainda que mantenham o acompanhamento dos seus filhos. Ou ainda, que o desejo de poder criar os filhos seja visto como um motivador para manter a adesão ao tratamento.

h) Uso prejudicial de álcool e outras drogas:

A totalidade das mulheres participantes da pesquisa negou uso abusivo de álcool ou drogas. Citaram apenas fazerem o que se chama “uso social” de álcool. A inserção

deste item na pesquisa não foi à toa. As pessoas que usam álcool e outras drogas estão inseridas dentro do grupo de populações-chaves do HIV.

Apesar de nenhuma mulher entrevistada ter sido infectada diretamente, pelo uso de instrumentos perfurocortantes utilizados para o uso de drogas injetáveis ou compartilhamento de canudos para aspiração de cocaína, houve um relato de uma mulher que se relacionava com usuário de droga, e foi infectada pelo HIV.

Nos primórdios da epidemia do HIV, os usuários de drogas injetáveis estavam inseridos no chamado “grupo de risco”, justamente pelo crescente número de casos nesse grupo à época. Para Oliveira e Paiva (2007) as mulheres, sejam elas usuárias de drogas ou não, que não fazem uso métodos preventivos durante o sexo nos relacionamentos com homens usuários de drogas, tornam-se vulneráveis à infecção pelo HIV/aids e outros agravos, tanto no âmbito social quanto da saúde, pelo fato de que esses homens tendem a não usar proteção nas demais relações sexuais que praticam.

Além disso, as autoras apontam uma outra relação a droga e a vulnerabilidade das mulheres ao HIV, quando o sexo é utilizado como moeda de troca para conseguir a droga. Nesse cenário, nem sempre existe a utilização de métodos para a prática do sexo seguro, o que pode expor as mulheres ao vírus. A não adoção dessas medidas pode ocorrer pela dificuldade das mulheres usuárias de drogas em ter acesso à camisinha, pelas alterações orgânicas causadas em razão do uso das drogas ou mesmo pela não percepção dessas mulheres de que existem métodos para uma prática de sexo seguro nesse contexto. Oliveira e Paiva (2007) ressaltam que “esta situação evidencia a influência de construções sociais e culturais em relação à sexualidade e à repressão sexual que permeia a educação das mulheres em nossa sociedade (p. 629)”.

Os dados da pesquisa nacional sobre o uso do crack realizada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), demonstram que 70% das mulheres participantes relataram a ocorrência de sexo sem preservativo com seus parceiros. Também foi possível observar que a taxa de infecção pelo HIV em mulheres foi de 8,17 %, 4,01% maior do que os casos em homens. (BASTOS; BERTONI, 2014)

3.3.2 Analisando as entrevistas

Para Minayo (2002) a pesquisa qualitativa é permeada pelas relações sociais e se pauta nas crenças, valores, significados e motivações que buscam responder questões singulares e que não são passíveis de serem quantificadas. Essa concepção de pesquisa oriunda das ciências sociais se contrapõe ao positivismo do método quantitativo, que busca padrões e equações para se aproximar a análise social da objetividade. Dessa forma, em uma pesquisa quantitativa, a busca pela neutralidade dos instrumentos, afasta a subjetividade dos pesquisadores.

Tendo em vista a preposição de que não há neutralidade na realização de uma pesquisa, mesmo em um contexto científico, o dissenso funciona como uma maneira de tensionar o arcaico pensamento colonizador ocidental, possibilitando considerar a conjunção entre política e ciência. O dissenso vai de encontro a subordinação do pensamento moderno ao colonialismo, gerando, inclusive, o enfrentamento das hierarquias intelectuais no meio acadêmico. (TAVORA, 2021)

A metodologia escolhida para o tratamento dos dados da pesquisa foi a análise de conteúdo. Mas ao fazer a pesquisa, compreendi, que esse percurso tem suas reviravoltas. E, não poderia deixar de fora elementos importantes que surgiram pelo caminho e que eu gostaria de introduzir, a exemplo mesmo de meu diário de campo.

A análise de conteúdo é uma metodologia com bastante relevância ao campo das pesquisas sociais. Para Moraes (1999), na análise de conteúdo não há neutralidade por parte do pesquisador. As diversas possibilidades da forma como uma mensagem pode ser interpretada está relacionada à forma como a comunicação aconteceu. Dessa forma, ainda que originalmente a análise de conteúdo tivesse seu foco no significado da mensagem para os receptores, com sua evolução, manifestou-se o interesse pelo processo de pesquisa, considerando aí aquilo que está para além da mensagem explícita, e atentando-se para o seu contexto.

Os valores e a linguagem natural do entrevistado e do pesquisador, bem como a linguagem cultural e os seus significados, exercem uma influência sobre os dados da qual o pesquisador não pode fugir. De certo modo a análise de conteúdo, é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados (MORAES, 1999, p. 3).

Como já dito anteriormente, o roteiro da entrevista semiestruturada utilizada como um dos instrumentos metodológicos dessa pesquisa, foi composto por 7 perguntas que, categorizadas, salientam: a) reação frente ao diagnóstico; b) percepção sobre o uso da

camisinha entre casais; c) as implicações do diagnóstico de HIV nas relações amorosas e sexuais; e, d) vivências de preconceito.

As categorias que fazem parte da análise de conteúdo precisam se mostrar pertinentes ao estudo proposto, de modo que essa categorização leve em consideração o material analisado, os objetivos da pesquisa e as questões que o pesquisador se propõe a responder. Levando ainda em consideração para a construção das categorias a utilidade destes para a questão problema do trabalho, os objetivos e o referencial teórico utilizado. (MORAES, 1999).

Em consonância com o instrumento metodológico escolhido, optei por construir um texto corrido, com elementos necessários à reflexão analítica, mas nem por isso enrijecido em seu formato. Talvez, neste momento, tenha efetivamente me apropriado de minha pesquisa, do meu lugar de pesquisadora – curiosa e capaz de sustentar um percurso tão imprevisível.

Intentava-se, logo no início das entrevistas, saber como se deu a descoberta do diagnóstico de HIV+. Sabíamos, dado os critérios de inclusão estabelecidos, que as mulheres tiveram seus diagnósticos no contexto de relacionamentos estáveis/monogâmicos. Ou seja, foram infectadas por seus parceiros ou maridos e/ou descobriram o diagnóstico quando viviam o que chamam de “relacionamento fechado”. Porém, nosso objetivo era escutá-las falar sobre a vivência quando do recebimento deste diagnóstico.

Dessa forma, a primeira categoria de análise abarca a reação das mulheres frente ao diagnóstico. As expressões iniciais não passaram despercebidas e marcavam a surpresa, ou ainda, o espanto, ao serem diagnosticadas com HIV: Choque, tristeza, medo, desespero e revolta.

Eu fiquei em choque. Eu nunca ia imaginar que isso poderia acontecer comigo [...] (Aurora)

Eu fiquei revoltada! Eu fiquei um pouquinho revoltada e fiquei um pouquinho chateada (Regina)

Ah foi desesperador, né? (Carmem)

A gente faz esperando que não seja positivo, né. Fiquei muito mal. A cabeça assim... Eu falo mesmo, a minha intenção era de me jogar na frente do ônibus aqui na frente. (Luíza).

Toda a dor que as mulheres relatam ao saberem que estavam infectadas pelo HIV parecia ainda latente, esperando uma oportunidade de vir à tona, mesmo que algumas tivessem tido a notícia há anos. Talvez, por isso, várias participantes acabaram chorando ao falar sobre essa descoberta, que estava para além de um diagnóstico. Mas, precisavam a partir desse diagnóstico, descobrir como seguiram suas vidas, quem seguiriam dali para frente e como isso as mudaria. Ainda, parecia que a confirmação desse diagnóstico causou também uma ruptura na fantasia que tinham sobre suas relações amorosas.

Ao narrarem suas histórias, foi possível verificar que as mulheres apontaram, não sem dores, que a suspeita de que estavam infectadas antecedeu a suposição de que, efetivamente pudessem ter sido traídas por seus companheiros. Elas precisaram de algo concreto em seus corpos ou no de seus companheiros para suspeitar, ou mesmo saber, que tinha “alguma coisa errada”.

Eu mesma comecei a perceber por conta própria, porque a gente conhece nosso organismo(...). Aí depois entrei na paranoia da minha pele, porque minha pele, eu sempre tive o rosto tão lisinho, tá aparecendo umas placas vermelhas no meu rosto. Ah não, isso não é normal! E passava creme e parecia que piorava. Aí eu falei pra minha irmã depois. Ah não, eu vou ter que ir ao médico, está acontecendo alguma coisa. Minhas unhas estão muito fracas, meu cabelo estou achando que está tendo muita queda. Sou muito nova. (Catarina)

(...) E logo depois que eu casei, 5 anos depois que eu casei, fui morar com a sogra, minha sogra, que ele era filho único, e ele começou a ter uns, umas coisas estranhas. Eu comecei a ver ele tendo uns caroços, comecei a ver ele tendo umas caspas, umas coisas estranhas e eu comecei a ficar com curiosidade sobre aquilo. Porque eu já trabalhava em área médica, eu trabalhava numa clínica, eu era recepcionista numa clínica há 11 anos e eu já tinha ideia de certos tipos de doença. (Regina)

Eu estava grávida e o neném morreu na minha barriga. Aí eu tive que fazer uma curetagem. Rodei um monte de hospital, mas ninguém queria me aceitar. Aí, eu fui e me internei aqui para fazer curetagem. Aí nessa curetagem, eles suturaram o meu útero, só que foi sangue pra tudo quanto é lado e tiveram que fazer, né, o pessoal teve que fazer exames, inclusive, eu também. Aí foi onde eu descobri. Foi onde que o médico chegou pra mim e falou assim: “Você tem HIV!”. (Aurora)

Após o diagnóstico, elas apontaram os companheiros como mulherengos, infiéis, que faziam uso de prostituição ou praticavam sexo com outros homens. Elas não sabiam das suas “vidas duplas”. Nenhuma delas sinalizou, em momento algum, que pudessem se considerar vulneráveis à infecção pelo HIV. Pelo contrário, em sua forma de narrar, deixavam claro que acreditavam que estar em um “relacionamento fixo” afastava, a possibilidade de serem infectadas pelo vírus. Justamente, em razão da configuração que

esse relacionamento transmite às mulheres: segurança e confiança para suspender o uso da camisinha.

Porque foi o único relacionamento que eu tive que eu abri mão de usar camisinha e ele tinha uma vida bem assim, né, bem extensiva sexualmente, que eu não conhecia. (Lúcia).

Eu vivia com ele há anos, entendeu? Mas, eu peguei dele. Porque eu não tenho outro homem, eu nunca tive outro homem. (Aurora).

A despeito das mudanças sociais ocorridas nos últimos tempos, que possibilitou as mulheres viverem outras configurações de relacionamentos afetivos e sexuais, pode verificar como as relações, naquilo que tange ao exercício da sexualidade das mulheres, ainda se pautam por aquilo que chamarei de “moral sexual patriarcal”.

Além disso, a infidelidade por parte do parceiro também apareceu como um fator causador de impacto emocional, descortinando uma traição amorosa, expondo uma falha naquela relação de confiança e desfazendo, muitas vezes, a ilusão que sustentava aquele vínculo afetivo.

A sorologia reagente para o HIV trouxe para a vida das mulheres não apenas o vírus, mas confirmação de que os relacionamentos amorosos não previnem a transmissão e evidenciando que a monogamia estava posta apenas do lado delas. Demonstrando, mais uma vez, como o patriarcado incide na vida das mulheres, sustentando a ideia de que a mulher deve dedicar ao homem o seu amor e o seu corpo, enquanto os homens, podem usufruir da liberdade sexual. Afinal, quanto mais parceiras, mais virial. Ao contrário disso, temos as mulheres, que se tiverem vários parceiros são nomeadas como putas.

Tal como já foi trabalhado no segundo capítulo, a família monogâmica está posta, desde sua origem, como um instrumento de controle e submissão que favorece ao homem ter o domínio das mulheres e de vários seguimentos sociais. Isto possibilita a perpetuação do poder masculino e o apagamento das mulheres.

É triste. Triste. Falta de respeito em um relacionamento. Foi uma coisa que ele colocou em mim. Essa certeza eu tenho por que eu nunca trai ele. Eu não tenho essa... Eu não tenho. Isso não é de mim. Er... tá com a pessoa e trair. É isso. Vergonha...(Aurora)

Considerando essa falsa proteção à infecção garantida pelos relacionamentos monogâmicos, precisava compreender como essas mulheres obteriam informação sobre a prevenção ao HIV, enquanto mulheres que estavam um relacionamento estável e

monogâmico. Elas não respondem à pergunta com exatidão, porém todas falaram do uso da camisinha e da dificuldade que é utilizá-la quando nas relações fechadas. Esse fato, foi o que acabou por constituir a segunda categoria de análise: Percepção sobre o uso da camisinha entre casais.

Várias mulheres sinalizaram que os companheiros não aceitam o uso da camisinha tomando como argumento o fato de que afeta o prazer e até mesmo como desnecessário em um relacionamento fechado. Apesar das participantes afirmarem conhecer a importância do uso da camisinha, a confiança no parceiro foi um ponto de convergência na resposta de várias mulheres para suspender o uso após determinado período de tempo, além de não reconhecer a necessidade desse uso no contexto daquele relacionamento estável onde estavam inseridas. Nenhuma das mulheres fez menção a realização de exame sorológico para decidir sobre a interrupção do uso da camisinha. Apenas a confiança na relação e no parceiro bastou.

*(...) Meu marido, que agora estamos separados, não gostava, e ele nunca pegou. Ainda bem! Mas ele não gosta, eu acho bom, eu acho legal, **eu acho que tem que usar.**” (Isis)*

*(...) ele tinha aversão a camisinha. Tanto que eu tive 11 anos de relacionamento com ele e um ano sem ele saber, sem nós sabermos do HIV e depois disso 10 anos sabendo do HIV e **ele nunca usou camisinha. Nunca quis usar. Se recusava a usar.** Ele nunca contraiu. (Lúcia)*

*(...) **você não quer aceitar, por você ser casada...** “Poxa, meu marido não vai me trair.” Entendeu? Mas, mal sabe você, que seu marido tem outra família do outro lado. Mas é complicado também passar isso para as pessoas.” (Aurora)*

*(...) Se você escolheu a pessoa, você deveria ter bom senso e pensar naquela pessoa. Mas, o mundo hoje do jeito que está, Sodoma e Gomorra, eu acho que seria necessário mesmo **que se o marido fixe dentro de casa,** é necessariamente eu usaria camisinha. Eu hoje não iria para a cama com ninguém sem camisinha. Nem pensar! (Regina)*

*Eu acho que tem **muita confiança.** Eu não uso hoje, mas, assim, **eu confio muito no meu esposo.** Então, assim... Eu acho que até mesmo por a gente estar na igreja e ele ser muito servo mesmo, ele tem uma adoração a Deus, ele tinha um temor na palavra... Então, assim, até mais do que eu. Então, assim, eu não vejo ele fazendo nada de errado. (Luiza)*

Essa dificuldade de negociação sobre o uso da camisinha com o parceiro, já discutido por alguns autores ao longo desse trabalho e o fato de as mulheres sinalizarem isso, reafirma a premissa de que elas têm baixo poder de negociação para utilizar o preservativo como um instrumento de prevenção e autocuidado. O próprio Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/aids e outras DSTs (2010) que já foi

citado anteriormente, reconhece o baixo poder de negociação sobre o uso da camisinha como um fator de vulnerabilidade da mulher à infecção ao HIV. Esse tipo negociação se relaciona intimamente com o patriarcado à medida que os homens tomam o corpo da mulher como sua propriedade e as impede de ter uma escolha individual sobre o cuidado com o corpo que lhes pertence. O homem passa a escolher o que é útil ou não ao corpo da mulher.

*Então, eu sabia, eu tinha conhecimento, só que o que acontece é que **depois de um tempo de intimidade** você não vai falar: Fulano, vamos fazer exame? (...) Então, **você depois de um tempo de confiança, de intimidade**, você ah vamos deixar de usar, não sei o que... normalmente, as pessoas se preocupam muito com gravidez, entendeu? A gravidez é o de menos né. Er... então, eu tinha conhecimento das coisas, mas tem essa questão que você, **depois de um tempo você: ah eu vou confiar na pessoa**. (Maria)*

*(...) Eu diria para você que **teria que fazer um exame pré-nupcial. Tudo antes de casar**. Aí, ela tinha escolha. Você poderia ficar, desde que usasse preservativo. “Mas, você ama ele? Você quer? Você pode? Vai!” Mas, você **deveria ter a lei obrigando a fazer um exame pré-nupcial**. (Regina)*

*(...) eu tive 2 outros relacionamentos que **eles não quiseram usar preservativo** e eu falei do problema que eu tive, entendeu? Em momento nenhum eles quiseram usar. (Carmem)*

*Então, uma das coisas até que **o pai do meu filho não queria era usar camisinha** e eu exigia usar e **ele não queria**, entendeu? Ele falava: “Não, eu já sei que você tem, se eu tiver que pegar eu vou pegar. (Sônia)*

*(...) Porque por mais possível um relacionamento certo, monogâmico, você está no relacionamento, você está só com a pessoa, então você vai esperar que a pessoa esteja só com você. Então assim dificilmente a pessoa... Eu vou chegar “vamos usar uma camisinha, vamos se prevenir”. Até mesmo **porque existe um tabu enorme para um homem se prevenir, colocar preservativo, principalmente se ele está num relacionamento sério com a mulher**. Se ele está casado, ele pode até usar fora do casamento, mas dentro do casamento ele não vai querer. Aí para a mulher chegar e explicar vamos a camisinha, aí parece que assim muda... Inverte-se os papéis. Invés dela tentar se prevenir, ele já acha que ela que está fazendo alguma coisa. **Na cabeça machista, se eu estou casada com ele e eu quero usar camisinha é porque eu estou com medo de passar alguma coisa pra ele e não deu pegar dele, entendeu? Porque eles sempre se acham muito espertos, né**. (Luiza)*

*(...) tem homem hoje em dia, que você **conhece o cara já diz na sua cara que ele não usa preservativo**. (Miriam)*

Além da dificuldade de negociar o uso da camisinha ter sido algo que apareceu com frequência no decorrer das entrevistas, as mulheres que já eram sabidamente soropositivas para o HIV e iniciaram um novo relacionamento posteriormente também apontaram essa questão ao mencionar que os atuais maridos recusavam o uso. Isso pode ser explicado pelo fato de que uma pessoa com carga viral indetectável não transmite o vírus.

*É.. Causa briga. Causa briga, causa discórdia. Entrego na mão de Deus. Como eu sempre tenho imunidade zerada, é risco, mas é um **risco assumido por ele**, entende? **Eu não tenho como intervir nisso.** Eu tento conversar, tento coisa, mas **desisti.** (Lúcia)*

Apesar da confusão nos termos “imunidade” e “carga virial”, Lúcia estava discorrendo sobre a dificuldade que tem em negociar o uso da camisinha com o atual marido, a ponto de desistir dessa negociação. O que pode, a depender se esse homem tiver relações extraconjugais, gerar um prejuízo ao cuidado dela, pois existe a possibilidade de reinfeção ao HIV e até mesmo novas infecções. Lúcia nos mostra, mais uma vez, que não é incomum que as mulheres abduquem forçadamente do seu cuidado em prol das vontades de seus companheiros.

A terceira categoria desse estudo diz respeito às implicações do diagnóstico de HIV nos relacionamentos amorosos e sexuais das mulheres soropositivas. Ainda que por lei seja garantido o direito ao sigilo diagnóstico quando não há risco à terceiros, quase todas as mulheres que optaram por construir novas relações, após o diagnóstico, informaram que ter por hábito conversar com o parceiro sobre sua condição sorológica, mesmo que isso seja algo difícil e que tenha como consequência o término da relação. Contudo, elas apontam que precisam sentir alguma segurança de que a relação tem futuro para que revelem o seu diagnóstico.

*O único momento que implica mesmo para mim, que **eu fico realmente muito mal, muito mal**, acho que eu desconto tudo o que eu não fico mal, nessa única parte **de ter que contar para alguém.** (Miriam)*

*Então, depois que eu soube eu nunca tive outro parceiro, né. Depois que eu soube do resultado eu não tive ninguém, mas eu acho que se um dia eu tiver **vai ser muito difícil falar para pessoa assim: Olha eu tenho HIV.** (Isis)*

*É realmente é uma informação impactante. **Nem todo mundo tá preparado para ouvir que a sua namorada, que sua esposa está com o vírus,** né. (Carmem)*

*(...) Ele se envolveu comigo porque quis e tudo mais, só que ele também não tem e quando a gente separou uma das coisas que ele fez foi me... Desculpa! Foi me julgar com essas coisas. **Eu me senti muito humilhada** ali, sabe? Porque na frente de todo mundo ele começou me chamar de... Falando que eu tinha aids, falando um monte de coisa na rua. (Sonia)*

***Eu não quero ter o peso** depois de descobrir que eu transmiti. (Maria)*

As participantes também sinalizaram que percebem o uso da camisinha como uma forma de evitar a transmissão aos novos parceiros e exercer o autocuidado. Além disso, algumas mulheres associaram a dificuldade de iniciar novos relacionamento com o medo de não serem aceitas e ao receio de terem que contar sobre o diagnóstico ao parceiro. Esse

receio citado pelas mulheres é legítimo quando se considera que o Brasil é um país com altíssimo índice de violência contra mulher, e não cabe aqui, apenas a física, mas a violência nas diversas formas que ela pode assumir.

*Então, eu depois que eu me separei do pai dos meus filhos, esse foi o último. **Eu não quis mais me relacionar**, entendeu? **Eu fiquei com medo**. Eu não queria mais, porque pelo que eu já passei, eu passei com ele, eu fiquei com medo de passar... De eu chegar com meu parceiro agora, eu tenho que falar que eu tenho e a gente não ficar junto e querer **me envergonhar**, entendeu? (Sônia)*

*(...) as coisas não são bem faladas, né. **As pessoas são ainda muito mal orientadas quanto ao HIV**. Ninguém sabe direito como é. As pessoas ouvem muito, mas, assim, algumas pessoas não têm essa noção, são ignorantes ainda no assunto. Então talvez **você choque e a pessoa até fuja**: “ah então tchau!”. (Ísis)*

Nenhuma mulher sinalizou a ocorrência de violência física quando na ocasião em que precisaram contar aos novos companheiros sobre o diagnóstico. Contudo, algumas relataram que quando tomaram conhecimento, alguns homens se afastaram e a relação acabou. Apontam que esse afastamento aconteceu em função da estigmatização e do preconceito que ainda permeiam o diagnóstico. Será que esse afastamento também não diz de uma certa violência patriarcal? Se pensarmos no porquê esses homens não aceitaram se relacionar com mulheres HIV+, algumas possibilidades prontamente se desvendam, tais como, medo da transmissão e falta de informação, ainda que muito se tenha avançado em termos científicos para prevenção da transmissão. Seria só isso ou por que essas mulheres carregam a marca de uma infecção socialmente relacionada ao sexo?

Assim, são as vivências relacionadas ao preconceito que constituem a quarta categorização dos dados dessa pesquisa. Como mencionado em capítulos anteriores nesse trabalho, mesmo após quatro décadas da descoberta do HIV, esse diagnóstico ainda carrega a marca da promiscuidade sexual e quando consideramos as incidências dessa infecção na vida das mulheres em uma sociedade patriarcal, nos deparamos com o receio do julgamento social e de iniciar novos relacionamentos.

*Para quem não convive acha que é uma **bomba relógio**. Acha que a qualquer momento a pessoa, de repente, está em um relacionamento, daqui a pouco o companheiro vai acabar sendo contaminando também ou que a **qualquer momento a pessoa pode adoecer e morrer**. (Luíza)*

*Bem, hoje eu já aceito melhor. Porém, quando você tem que estar passando pra uma outra pessoa que você está se relacionando que você tem **esse problema é meio desconfortável**, né. (Carmem)*

Isso... É bom perguntar isso porque as pessoas, er... falam assim, às vezes, perto de mim, não que as pessoas saibam de mim, mas, “ah não sei quem tá

*magro igual um aidético, tá magro igual aidético”. Daí eu fico rindo às vezes porque **as pessoas não sabem que eu tenho HIV e que eu não sou magra**. Então, assim, a falta de informação me preocupa um pouco. Eu tenho medo de às vezes falar para algumas pessoas e elas não me, não me, receberem bem com aquilo. Porque **ainda existe falta de informação sobre o assunto então isso me preocupa**. (Isis)*

O afastamento desses homens suscitou para essas mulheres questionamentos que colocavam em xeque seu futuro nas relações amorosas diante do preconceito e até mesmo da culpa que sentia por terem a percepção de que não se cuidaram corretamente. Não é uma surpresa que isso seja uma preocupação para essas mulheres, quando elas vivem em uma sociedade que violenta aquelas que não se curvam ao julgamento da moral e dos bons costumes. A todo momento as mulheres são julgadas por suas roupas, seu modo de falar e até como se sentam. Como elas não seriam julgadas pelo diagnóstico de uma infecção que desde a origem está associada à promiscuidade?

As pessoas ainda tendem a achar que o HIV vem associado a muitos parceiros. Ainda tem isso, né. (...) Ele era promíscuo, mas eu peguei dele. E aí, entende? Então assim, é loucura associar à promiscuidade. (Maria)

*É aquilo mesmo, né, **acha que a doença é por conta do comportamento da mulher mesmo**. De achar que teve relações com mais de um homem ou que fica, né, tendo relação com um ou com outro. Muitas vezes não é isso né. Pelo menos no meu caso não foi. Mas, no caso de outras mulheres, entendeu? A sociedade é muito, realmente, muito preconceituosa mesmo. (Carmem)*

*(...) Ah... deve ter andado com muitas pessoas e contraiu o HIV. E não é isso! **Você pode contrair o HIV em uma relação segura, né?** (Lúcia)*

*Nem todo mundo está aberto a relacionar com alguém que tem o HIV. Até mesmo por não conhecer, por não entender, pela falta de conhecimento mesmo. Como antigamente foi taxado como só homossexual e prostituta, então, acho que **tudo o que gera sexo, gera polêmica**. (Luíza)*

Todo esse preconceito que assombra a vida das mulheres HIV+ elucida também as representações do machismo em suas vivências. Ainda que algumas estejam tão submersas no mar do patriarcado, outras nadam contra a corrente reconhecendo que há uma estrutura social que incide sobre suas vidas. Uma delas reconhece o machismo quando explicita que homens tendem a se afastar dela quando ela revela a sua condição sorológica.

*E acho que o próprio machismo, né. **Porque o homem é muito machista, entendeu?** Porque se eu falo para você, se fosse ao contrário, eu jamais eu agiria assim. Mas, o homem é muito machista, então é muito difícil.’ (Carmem).*

Mais uma vez, não é de se espantar que as mulheres HIV+ tenham medos relacionadas à revelação do diagnóstico uma vez que vivemos em uma sociedade

misógina, machista e patriarcal que a todo momento mata as mulheres. E ainda mais, que inocenta aqueles que nos agridem. A lógica patriarcal, para se perpetuar, precisa que essas mulheres continuem em um lugar de exclusão.

Há quem diga que a informação é um remédio eficaz para combater o preconceito e o estigma, mas pouco se avançou nessa direção. Não pela falta da informação, mas talvez pelo acesso a ela. Nos últimos anos, vivenciamos uma onda conservadora que energeticamente lutou contra a disseminação de informações de qualidade e, principalmente, tentou impedir as discussões sobre educação sexual. Esse tipo de intervenção negativa tem como consequência a inviabilização de uma discussão sobre a temática da prevenção e desestigmatização nos mais diversos dispositivos que compõe a sociedade. A falta dessas discussões acaba levando a população a acreditar em *fake News* e potencializa o preconceito já existente.

(...) eu tava vendo, assistindo, uma televisão com um grupo, aí a pessoa que apareceu emagreceu muito e aí alguém falou: “Th ó lá tá com a maldita!”. Aí tipo, ninguém sabia, aí só que doeu, sabe? Ouvir assim. (Miriam)

Assim, como é que vai ser? As pessoas vão olhar e vão me julgar. Eu acho que o medo mesmo era sempre, no início, foi esse.” (Luiza)

Durante seu mandato, o ex-presidente Jair Bolsonaro expôs seu posicionamento preconceituoso com relação ao HIV. Além de dizer que as pessoas com HIV são um gasto para o país, criou uma *fake news* relacionando a vacina para a COVID-19 com a infecção do HIV ou mesmo a aids. Tais situações demonstram que o enfrentamento da desinformação e do estigma diante do HIV ainda são necessários para que as PVHA consigam ser protegidas de ações criminosas e tenham seus direitos respeitados.

É quase um pânico de vir pra rua. Principalmente para cá. Esbarrar com alguém. Eu já esbarrei com pessoas, pessoas, aqui e fugi. (...)Porque as pessoas têm esse preconceito, acham que tem relação com vários parceiros, entendeu? E eu tenho a minha vida muito reservada, muito na minha, entendeu? Eu não fico de papinho na rua, não me envolvo, então assim eu não queria que as pessoas soubessem, menos ainda que eu tivesse o estigma “Ah aquela ali da aids”, entendeu? (Maria).

Entrevistadora: O que você imagina que as pessoas pensam sobre o HIV?

Entrevistada: Preconceito. [...] minha família mesmo por parte de pai ela tem muito preconceito. Er.. preconceito com câncer. Tipo: “ah pessoa está tratando o câncer vamos separar. Vem aqui na nossa casa, vamos separar tudo, não sei o que”. Então, eu imagino que com HIV seria: “Nossa!”. Acho que eles não iam nem mais querer que eu fosse lá. (Miriam)

Eu trabalhava com comida, muita gente ficou com medo de comer minha comida, deu me cortar e cair sangue, sabe assim. Aí, olha, uma coisa, uma coisa horrível! Na escola do meu filho, a escola ficou sabendo, eu fui

chamada na escola. Queriam separar o meu filho, sabe? Foi umas coisas horríveis assim de conviver. (Sônia).

3.3.3 Sutis violências patriarcais

Todas as vias que compõem esse estudo se encontram nas incidências do patriarcado na vida das mulheres que compartilharam suas intimidades ao aceitarem participar das entrevistas.

Para além daquilo que se buscava investigar, a partir do discurso das participantes, algumas questões emergiram no meio do caminho e se fizeram pertinentes para apresentar, visto que as consideramos como “sutis violências patriarcais”. Estas, são ideias que tão difundidas e socialmente aceitas que, nós mulheres, nem sequer percebemos como somos afetadas por elas.

Um dos exemplos apareceu na realização da segunda entrevista. Ao contar sobre como se deu a descoberta do seu diagnóstico, Lúcia relatou que à época um telegrama foi enviado para sua casa, endereçado a ela, e seu então companheiro decidiu esconder tal telegrama com a justificativa de que o conteúdo da correspondência poderia estragar as festas de fim de ano que se aproximavam.

Abordei-a perguntando como se sentiu diante dessa situação – já que eu me senti revoltada por ela não ter tido acesso imediato à informação sobre sua saúde. Para minha surpresa, ela disse que viu a atitude do parceiro como algo positivo, já que ele evitou que ela ficasse sofrendo durante o recesso de final de ano. Ela buscou o HUAP apenas no final de janeiro, somente após ter acesso ao telegrama, recebido mais de um mês antes. Só aí pôde buscar tratamento.

Vale ressaltar, que o companheiro lhe disse, posteriormente, que imaginava o conteúdo do telegrama. Contudo, durante toda a entrevista, Lúcia insistiu que foi bom o que seu companheiro fez. Esconder o telegrama foi visto como um cuidado da parte dele, porque assim ela não ficou preocupada durante aquele período e não teve as festas de final de ano estragadas.

Essa situação ilustra como o poder masculino, que por vezes tutela as mulheres e seus corpos, opera. O controle patriarcal as cala, mas não só. Fazem-nas confundir tutela com cuidado. No caso do HIV sempre se soube que o Ministério da Saúde sugere o início

imediate do tratamento, logo após a confirmação do diagnóstico para evitar o avanço da infecção e possíveis agravos na saúde.

Ele queria me preparar porque desconfiou o que poderia ser. (Lúcia).

Lúcia não conseguiu perceber o quanto esteve/está submetida ao poder patriarcal. Mas, nos parece evidente que ela, tal como muitas outras mulheres, não consegue compreender como controle/amor/cuidado, formam uma tríade da qual o patriarcado se faz valer.

Catarina também contou que seu falecido marido escondeu um exame dela e ela acabou descobrindo o diagnóstico por informação de terceiros. Nesse caso, ela conseguiu reconhecer a armadilha a qual foi atirada:

*Na minha intenção, ele queria morrer e que eu morresse também. Porque ele nem se cuidava e **nem deixava eu me cuidar.** (Catarina).*

O reconhecimento do impedimento do cuidado não foi à toa. Essa mulher preocupava-se com seus filhos. Tinha medo de morrer e seus filhos ficarem sozinhos no mundo. Isto revela um lugar já bastante conhecido pelas mulheres na sociedade patriarcal: cuidadoras dos filhos e do lar. Quando perguntada sobre sua preocupação com os seus filhos, responde:

*Com meus filhos e comigo mesma porque ninguém ia cuidar da minha vida, ninguém ia lavar a minha roupa, **ninguém ia fazer nada por mim e eu tinha que enfrentar minha vida e a vida dos meus filhos, como eu sou até hoje.** (Catarina)*

A premissa de que uma mulher pode sustentar afetivamente o lar também se aplicado aos relacionamentos amorosos, quando surge a justificativa de que elas devem aceitar “o erro” de um parceiro e lutar para manutenção de sua família. Ao mesmo tempo, os homens mostram-se incapazes de perdoar quando é a mulher a errar.

As implicações envolvendo a descoberta da traição no contexto de um relacionamento amoroso estável (monogâmico) pode trazer impactos emocionais à parte que foi traída. Como já exposto, várias participantes foram traídas por seus companheiros, expondo que a monogamia estava posta apenas para elas.

Entrevistadora: Mas você se sente culpada nesse sentido?

Entrevistada: Por não ter me prevenido! Porque assim depois que a gente sai do relacionamento a gente entende. A gente vai buscando assim todas as situações e você vê que aquelas situações, já estava na cara que realmente não

*era de confiança. Saía e não avisava, era grosso... **Tinha indícios do comportamento que eu não deveria, eu não deveria ter confiado tanto.** (Luíza)*

Enquanto isso, outra mulher também cita:

*Ah... na época foi ruim. Era uma traição ainda com esse peso. Mas, assim, **não tinha o que se fazer** e ao meu entender se a gente tivesse junto e fosse companheiro e desse apoio um ao outro a gente conseguia passar. Entendeu? E foi isso. **Foi dessa forma que eu encarei.**” (Maria)*

No relato acima, mesmo com o parceiro infiel, o que restou para essa mulher foi a ideia de que se houvesse companheirismo a situação – tanto da traição quanto da infecção - poderia ser superada. Até aí, vemos um discurso bastante comumente disseminado até mesmo através de um caráter religioso e moralista de que o amor tudo suporta.

Contudo, poucos minutos depois, quando falávamos sobre as distinções da vivência do HIV entre homens e mulheres, ela fala de algo que muito me surpreendeu, pois, as minhas idas ao hospital mostravam justamente o contrário.

*Você vê que as mulheres, as mulheres, **passam mais por cima da questão, lutam mais junto do parceiro.** Muitas mulheres vêm aqui buscar medicação pros maridos, né. E os **maridos abandonam o tratamento**, homens não buscam muito o tratamento. Então, eu acho que existe sim essa dificuldade. Os homens são mais preconceituosos. (Maria).*

Há alguns estudos que apontam que as mulheres são as mais assíduas nos serviços básicos de saúde. Procuram atendimentos e são as acompanhantes, “por natureza”. Porém quando passamos a outros níveis de atenção à saúde, tende a haver algumas alterações nisto que estava posto como “natural”.

Não é de hoje que as mulheres ocupam o lugar de cuidadoras da família, dessa forma muitas têm dificuldade de se cuidar e sustentar os seus tratamentos, visto que elas despendem energia e tempo para exercer o cuidado com terceiros. No HUAP, era isso que acontecia. Eram as mulheres que se atrasavam e/ou faltavam as consultas e, de forma geral, as justificativas para suas ausências eram sempre de cunho doméstico: tinham que cuidar do almoço, resolver coisas de casa, dos filhos. Seus companheiros eram os mais assíduos.

*Eu tento manter minha cabeça certinha para não ter uma depressão. A **minha família depende muito de mim** (Miriam).*

Interessante foi notar que com o decorrer das entrevistas com as mulheres, elas falavam não só das implicações do HIV em sua saúde, mas também em como se sentiram quando tiveram que lidar com a infidelidade de um companheiro em que confiavam.

A confiança é confundida com a ideia de fidelidade, pois é a ideia de confiança que as levavam à suspensão do uso da camisinha nas relações sexuais. A traição quebrou a confiança, e acabou expondo as mulheres à infecção.

Entrevistadora: É um fator que impacta no fato de trazer o vírus pra dentro de casa?

*Entrevistada: Sim. Muito, muito! Não só o próprio HIV, mas outras doenças mesmo, né. Eles não querem saber. Como aquele editado bem fuleiro: Eles não pensam cabeça de cima, pensam com a cabeça de baixo. Eles querem é que aconteça. Fazer aquela curtição e **a esposa que se lasque**. Vamos dizer assim. **Não pensa muito na esposa**, né, que está em casa ali limpinha, só tem relação com ele, aguardando ele. Não querem saber muito sobre isso. (Carmem)*

Entrevistadora: Quando você soube né que ele era infiel, como é que você se sentiu?

*Entrevistada: **Eu me sentia meio que usada**. (...) Aí com ele eu vivi uma experiência de se apaixonar e gostar da pessoa e sentir que a pessoa também gosta de você. Então eu estava começando uma relação tipo de adolescente fora de época. Então, quando descobri isso eu fiquei muito, muito pra baixo, fiquei mesmo por um tempo, mas depois eu saí bem, porque eu vi que era melhor para mim. (Lúcia).*

As atividades de trabalho também foram citadas como algo que incide no cuidado. Além do trabalho doméstico, aquelas que possuem vínculo empregatício nem sempre conseguem se adaptar aos horários de consulta, que ocorrem no HUAP toda quinta-feira a partir das 13h. Isso demonstra que, apesar da agenda diária de consultas do infectologista ser diversa entre homens e mulheres, existem fatores que influenciam na vida dessas mulheres e as impede de chegar à consulta. Tal como nos conta Lúcia, que chegou após o final dos horários e o expediente do médico já havia até terminado.

***Interfere muito! É bem corrido. É pouco tempo...** É trabalho, aí, por exemplo, hoje eu tive que sair, uma correria no trabalho e eu não consegui sair a tempo. (...) Eu tive que sair 3 e pouco, eu adiantei minhas coisas, mas aí eu não cheguei a tempo, entendeu?" (Lúcia)*

Essa conjuntura acaba expondo a importância de considerar a equidade de gênero nas práticas de cuidado, para que as disparidades nas necessidades de homens e mulheres ao acesso aos serviços de saúde sejam analisadas e modificadas de modo a proporcionar um cuidado pautado na integralidade, em todos os níveis de atenção à saúde, tal como preconiza a lei orgânica do SUS nº 8080 de 1988.

Além disso, também é preciso conscientizar os profissionais da saúde de que as mulheres além de terem fatores que incidem em sua saúde distintos dos homens, no caso do HIV, todas as mulheres que têm uma vida sexual ativa podem ser expostas ao vírus. Inclusive, aquelas que são casadas e/ou vivem relacionamentos estáveis.

Como demonstrou o relato de Luiza, que solicitou a realização de exames durante uma consulta de rotina, porém, só conseguiu fazer a sorologia anti-HIV após muito insistir com a equipe médica que a assistia na época, justamente pelo fato de não ser considerada uma pessoa potencialmente exposta ao risco, por não ter histórico de muitos parceiros e estar recém separada. Isso indica como o machismo se presentifica nos serviços de saúde chegando a não legitimar demandas feitas pelas mulheres.

*Hoje em dia assim, o mundo está abrindo muitas portas para a mulher. A mulher está crescendo muito na sociedade, mas, ainda **sim, existe o machismo. Ainda sim existe o “tolir” a mulher de muita coisa.*** (Luiza)

Apesar do patriarcado também estar inserido nos serviços de saúde afastando as mulheres do cuidado que elas necessitam, o acolhimento adequado dados às mulheres por parte das equipes de saúde mostrou-se como um aspecto importante para que elas pudessem, de alguma forma, conviver melhor com o vírus. Algumas participantes citaram a importância do vínculo com uma assistência assistencial do HUAP como um importante suporte durante o tratamento.

No HUAP, foi incrível observar a proximidade e a sutileza dessa relação. Medicina, enfermagem, psicologia e administrativo se fizeram presentes nos relatos das pacientes e em suas vidas. O cuidado humanizado dispensado às mulheres possibilitou uma relação terapêutica livre. Por várias vezes, as pacientes chegavam ao setor e rapidamente se direcionavam ao secretário para falar não só do tratamento, mas de suas vidas, trabalho e família.

*Você chegar num lugar que vai te ter um suporte tanto psicológico, como de um de um infectologista, acho que suporte é importante, você ter um suporte para você não ficar perdida ouvindo um monte de bobagem. **Porque tem gente pra falar um monte de bobagem que não conhece o assunto.*** (Isis).

Embora todas as mulheres tenham externado o sofrimento que vivenciaram – e ainda vivenciam – em razão do diagnóstico do HIV, o desejo de seguir em frente também emanava nelas. Mesmo com as dificuldades em manter adesão ou de aceitar sua condição sorológica, essas mulheres optaram por viver, do jeito que foi e é possível para cada uma.

Eu gosto de viver só. Gosto de viver no meu cantinho, na minha casa. Aí não tenho paciência de ficar lavando, cozinhando. Eu aprendi a ter minha vida, entendeu? Aprendi a ter a minha vida (Regina)

As mulheres que aceitaram compartilhar um pouco de suas histórias para ajudar a compor essa pesquisa, demonstram como o patriarcado pode ser sutil, ao mesmo tempo em que é violento. Durante todo o percurso de suas vidas, as mulheres são ensinadas a obedecer sem questionar. São consideradas emocionais demais. Contudo, durante o encontro com essas mulheres, elas mostraram a força que precisaram ter para seguir em frente.

As armadilhas do patriarcado estão por todos os lugares, isso não seria diferente nos relacionamentos amorosos. É preciso estar atenta para perceber os perigos que circundam a vida das mulheres, mas como é possível tem atenção quando as mulheres são submetidas a múltiplas jornadas de trabalho? Ou quando precisam assumir o cuidado dos filhos sozinhas? Afinal, como mulheres exaustas mudam o mundo?

As participantes, ao aceitarem o convite da entrevista, de alguma forma, assumiram um lugar. E, partindo do pressuposto que todo lugar é político, elas mostram a importância da participação feminina não apenas no seu cuidado em saúde, mas em diversos âmbitos da sociedade. É preciso que o poder chegue nas mãos das mulheres e que nós possamos discutir abertamente sobre aquilo que atravessa nossos corpos e nossas vidas, sem que sejamos julgadas, violentadas ou mortas.

Algumas mulheres vivendo com HIV/aids decidiram contribuir com esse estudo afirmando o desejo em ajudar outras mulheres. Atualmente, ainda com toda a carga de estigma que o HIV carrega, mulheres HIV+ tem buscado formas de divulgar informações sobre a infecção na internet com o objetivo de espalhar conhecimento e discutir os preconceitos ainda existentes, mas isso também tem seu preço. É comum observar comentários absurdos na internet que relacionam o HIV à promiscuidade e até mesmo internautas dizendo que as informações passadas romantizar o HIV/aids, como se isso fosse possível.

Capítulo 4: CUIDANDO DE MULHERES

“A política não se situa no polo oposto ao de nossa vida. Desejemos ou não, ela permeia nossa existência, insinuando-se nos espaços mais íntimos.” Angela Davis, 2016.

Pensar o cuidado com as mulheres vivendo com HIV contornou toda a trajetória dessa pesquisa, antes mesmo dela ser escrita. Não é uma novidade que o Sistema Único de Saúde sofreu muitos desmontes nos últimos e, infelizmente, isso não foi só no âmbito financeiro. A moral e os bons costumes dos homens de “bem” aterrorizaram a vida das mulheres disseminando ódio na direção daquelas que insistiam em não se submeter ao seu poder.

Com a crescente onda do conservadorismo, algumas questões relacionadas às políticas públicas de saúde foram sendo jogadas para baixo do tapete da casa da família tradicional brasileira. Não à toa, foi difícil discutir sobre saúde da mulher e direitos reprodutivos nesses últimos anos. Cenário que, aos poucos, recentemente ganhou novos contornos.

A mudança no cenário político que propiciou a retomada de uma discussão séria acerca da saúde das mulheres no Brasil foi um respiro para essa pesquisa. Contudo, ainda temos muito o que avançar. O patriarcado não retrocedeu!

De acordo com o Relatório Global da UNAIDS lançado em 2023 as ações envolvendo o HIV tem tido mais êxito nos países que baseiam suas políticas na defesa dos direitos humanos e mantêm a participação social na construção de estratégias de cuidado relacionados ao HIV. Além disso, o combate às desigualdades de gênero, ao estigma, as violações de direitos e as violências também se mostram como essencial para uma resposta bem-sucedida ao HIV. (UNAIDS, 2023)

O caminho que põe fim à AIDS é claro. As respostas ao HIV têm sucesso quando são ancoradas em forte liderança política, contam com recursos adequados, seguem as evidências, usam abordagens inclusivas e baseadas em direitos e buscam a equidade. Os países que colocam as pessoas em primeiro lugar em suas políticas e programas já estão liderando o mundo na jornada para acabar com a AIDS até 2030 (UNAIDS, 2023, p. 14).

Ainda que as políticas públicas exerçam um papel fundamental nas ações de combate à infecção pelo HIV, é imprescindível trazer para discussão as práticas de cuidados desempenhadas após a transmissão do vírus, entendendo que essas também são

formas de respostas efetivas à comunidade de pessoas que vive com HIV/aids. Afinal, são os cuidados após o diagnóstico que possibilitam que as pessoas conquistem algum nível de qualidade de vida.

Durante o trabalho de campo realizado nessa pesquisa, é importante ressaltar que o vínculo entre as pacientes e a equipe do Serviço de Atendimento Especializado da Coordenação de aids do Hospital Universitário Antônio Pedro (CAIDS/HAUP) esteve presente enquanto um fator bastante positivo nos cuidados após o diagnóstico.

Em algumas entrevistas, a pequena equipe, atualmente, composta basicamente por dois médicos infectologistas, sendo uma, infectologista pediátrica, e dois administrativos, tomou um importante lugar de cuidado, acolhimento e resistência. Cuidado que ia desde a consulta médica propriamente dita, até o cafezinho servido aos pacientes que ali chegavam. Esses profissionais não resistiram apenas aos desinvestimentos sofridos as políticas públicas voltadas ao HIV/aids nos últimos anos e ao período pandêmico, mas escolheram por longos anos do curso da epidemia da aids se manterem persistentes e resilientes até quando for possível. E, esse possível, às vezes, esbarra na vida, como no caso do único médico infectologista do setor que atende os adultos e que está às vistas de se aposentar.

De acordo com o Manual de Adesão ao Tratamento Para Pessoas Vivendo com HIV e aids (2008) o vínculo construído entre a equipe dos serviços de saúde e o paciente é um importante fator que incide na adesão ao tratamento. Por isso, é importante que haja compreensão sobre as implicações do acolhimento adequado na relação do paciente com os profissionais responsáveis pelo seu cuidado e com o local onde irá realizar o tratamento.

O manual indica que as ações referentes à adesão ao tratamento precisam considerar os seguintes aspectos: Universalidade do cuidado através do acesso aos serviços, incluindo os insumos e ações em saúde; cuidado pautado na integralidade; equidade para considerar as especificidades de cada indivíduo; trabalho em rede contemplando todos os níveis de atenção e participação social nas construções das ações relacionadas ao tratamento. (BRASIL, 2008)

Diante disso, é imprescindível pensar a adesão no contexto do HIV de uma forma ampla, enquanto um conceito multifatorial que é atravessado não apenas pela tomada de

medicações, mas, por diversos aspectos da vida de uma pessoa, tais como, condições sociais, psicológicas, culturais, físicas, entre outras. Nessa conjuntura, as decisões que envolvem o tratamento devem ser discutidas entre o usuário e a equipe de saúde, de modo que os atores envolvidos nesse processo compreendam suas responsabilidades, sem deixar de considerar a autonomia da PVHA para o exercício do autocuidado. Sendo assim, o fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe. (BRASIL, 2008)

Como nos sinaliza Annemarie Mol em sua obra ‘The Logic of Care’ (2008), a utilização do termo “paciente” pode culminar na objetificação dos corpos pelas equipes de saúde, e esses são postos em um lugar de passividade. Não são ouvidos e não são considerados enquanto sujeitos com escolhas próprias. A discussão de Mol, me fez lembrar de uma vez ter lido o comentário de uma profissional de saúde em uma rede social que dizia: “O melhor lugar do hospital é o CTI, porque lá os pacientes não falam”. Após alguns anos de atuação profissional em unidades de saúde, foi possível perceber como algumas categorias profissionais têm dificuldades em compreender o usuário do serviço de saúde enquanto um sujeito de direitos, que pode e deve, opinar sobre as questões que envolvem o seu cuidado.

Ser paciente – passivo – é justamente o que essa pesquisa não deseja para as mulheres, principalmente, as que vivem com HIV, que por muitas vezes são tomadas pelos profissionais de saúde como incapazes de decidir sobre o seu próprio cuidado. Isso ocorre, especialmente, quando as equipes se focam apenas na adesão ao tratamento por uma perspectiva biomédica, sem considerar os demais fatores que atravessam a vida e as decisões das mulheres. Para Mol (2008, tradução nossa), questionar as lógicas que permeiam o cuidado auxilia na discussão da razão que justifica determinadas práticas de saúde localizadas. Tal como, foi o percurso de campo dessa pesquisa.

Uma das formas que a autora aponta para abordar a temática envolvendo o cuidado é através da lógica da escolha, que se ramifica em duas: Uma que responde ao mercado e outra que considera o paciente enquanto um cidadão de direitos. Na lógica da escolha moldada pelo mercado, os clientes podem comprar pelo seu cuidado. O cuidado em saúde responde às demandas daqueles que pagam por ele. A relação entre o paciente e o profissional de saúde é mercantilizada e não afetiva. (ANNEMARIE MOL, 2008, tradução nossa)

Já na lógica da escolha que considera o paciente um cidadão que porta direitos, há um tipo de contrato que contorna a relação dele com a equipe de saúde. Nessa conjuntura, todos os atores possuem um papel cívico, e não apenas os médicos são respeitados, mas todos os profissionais que compõem a equipe de saúde e também os pacientes. Apesar desse tipo de lógica parecer muito benéfica para a autonomia do paciente, frequentemente, nos serviços de saúde os profissionais cumprem os seus papéis a partir de um lugar de saber, e esse saber pode sobressair à vontade do paciente. (ANNEMARIE MOL, 2008, tradução nossa)

Enquanto isso, a lógica do cuidado se coloca distante de um lugar de produto, aproximando-se mais de um processo constante, que compreende as diferenças entre as pessoas e viabiliza a interação dos pacientes nas decisões, já que são realmente quem sabe sobre si e suas vivências. A lógica do cuidado busca o afastamento da opressão na relação entre profissionais e pacientes, se pautando mais no equilíbrio das tomadas de decisões que incidem nas práticas de cuidado. (ANNEMARIE MOL, 2008, tradução nossa)

A relevância de considerar as diferenças demarcadas na lógica do cuidado pode ser exemplificada através do acontecimento das epidemias. As campanhas em saúde pública, em um cenário epidêmico, precisam ser direcionadas levando em conta que determinados grupos populacionais possuem especificidades em seu cuidado, assim sendo, ações muito generalistas não abarcaram a contenção de doenças em um nível coletivo. (ANNEMARIE MOL, 2008, tradução nossa)

Tendo em consideração a garantia do protagonismo do usuário nas decisões que envolvem seu processo de cuidado, em 2019, no Rio de Janeiro, foi emitida uma nota técnica pela Secretaria Municipal de Saúde, onde as PVHA podem escolher em qual unidade da atenção primária irão realizar o seu tratamento, em todos os seguimentos: realização de exames, dispensação de medicamentos, consultas, inclusive, acompanhamento domiciliar, se necessário. Essa decisão leva em conta a importância que o sigilo diagnóstico tem para esses usuários, considerando que o medo pela quebra de sigilo pode resultar em um afastamento do tratamento. (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2019)

Apesar da orientação técnica, muitas PVHA e os próprios profissionais de saúde não tem conhecimento dessa desterritorialização. Esse desconhecimento acaba fazendo com que o usuário tenha que realizar seu tratamento em uma unidade de saúde do seu

território, onde, não raramente trabalham pessoas conhecidas de seu círculo social. Essa situação pode incidir na adesão ao tratamento de modo que as PVHA não se sintam confortáveis para frequentar esses dispositivos.

No caso das mulheres, tendo em vista os diversos pontos que foram discutidos até aqui, é compreensível que elas se sintam ainda mais constrangidas quando não podem definir em qual local serão tratadas. Além de receio pelo julgamento social, mulheres são penalizadas violentamente pelo seu diagnóstico ainda tão envolto pela fantasia da promiscuidade. A “moral sexual patriarcal” não dá trégua nem quando as mulheres precisam cuidar da sua saúde. Mulheres são violentadas por causa de sua condição sorológica. E isso, é uma realidade!

De acordo com o Ministério da Saúde (2003) as mulheres podem sofrer violência devido a sua condição sorológica quando buscam tratamento ou mesmo quando revelam seu diagnóstico a um parceiro. Além disso, também podem ser violentadas quando buscam exigir que os parceiros realizem exames de HIV, quando tentam o uso de camisinha em relações de parcerias fixas e até mesmo quando decidem pela gravidez e precisam buscar os serviços de saúde para prevenção do HIV via transmissão vertical.

Cabe ressaltar, que quando o patriarcado age para impedir as mulheres de decidir sobre suas próprias vidas, também às vulnerabiliza socialmente, fisicamente e emocionalmente. Não é incomum que os homens utilizem o diagnóstico de HIV de suas companheiras como um instrumento de controle e subalternidade. Muitas vezes, esses homens conseguem interligar o amor e o HIV, fazendo com as mulheres acreditem que o fato deles aceitarem se relacionar com elas, significa que eles lhe têm amor e que elas precisam “agradecer” por eles não irem embora. Dito isso, em uma perspectiva patriarcal, a opressão pode ser confundida com amor e proteção.

De acordo com bell hooks (2018), a ideia de amor romântico oferece, em uma conjuntura patriarcal, a premissa de uma paixão avassaladora que possibilita que uma pessoa morra ou mate em prol do amor que sente, deixando ausente qualquer senso de racionalidade. Essa noção de amor acaba favorecendo ao interesse patriarcal, uma vez que, funciona como um instrumento que serve aos homens e é capaz vulnerabilizar as mulheres, deixando-as à mercê dos mandos masculinos. Há nesse cenário uma relação baseada na dominação e submissão, onde existe quem ama e quem é amado. Dessa forma, em uma constituição de relacionamento heterossexual, às mulheres oferecem aos homens

todo o seu amor como uma forma de retribuição à proteção que eles oferecem. Entretanto, nessa circunstância, constantemente as mulheres acabam sendo colocadas em um lugar de servidão, sob o controle violento dos homens.

No patriarcado, a força das mulheres é suprimida a todo momento, de modo que os homens consigam se manter invictos no poder e na dominação de diversas esferas da sociedade. Portanto, o fortalecimento entre as mulheres é fundamental para que elas consigam enfrentar as adversidades que surgem em seus caminhos, assumindo cada vez mais um lugar de protagonistas políticas e estremecendo as bases patriarcais da sociedade.

4.1. Políticas Públicas e Equidade: O cuidado integral e HIV

Não é possível falar sobre o cuidado integral às mulheres vivendo com HIV sem discutir sobre a equidade nos serviços de saúde vinculados ao SUS. No Brasil, o SUS é o principal meio de acesso para o tratamento ao HIV, incluindo a dispensação de medicamentos gratuitamente.

A história do SUS e o curso que a epidemia do HIV/aids tomou se entrelaçam. De acordo com o pressuposto do SUS, a saúde é um direito universal e o estado tem o dever de provê-la. Nenhuma pessoa deve ser excluída desse acesso, independente, de sua condição social, contribuição tributária ou cultura. (PAIM, 2015)

Os direitos assegurados pela constituição de 1988 e a criação do SUS foram essenciais para que o Brasil tivesse um programa de enfrentamento à epidemia do HIV de qualidade, gratuito e universal. Porém, alguns pontos importantes ainda precisam avançar, tais como, as situações envolvendo o estigma e as desigualdades sociais, que podem acabar inviabilizando o acesso da população aos serviços de saúde. (Malta; Bastos, 2012)

Além de ações voltadas à prevenção e ao tratamento, também é preciso discutir sobre as formas de prover qualidade de vida, sem desprezar a autonomia dos usuários. As pessoas vivendo com HIV/aids devem ser acolhidas também em suas dificuldades, afinal, do que adianta fornecer medicamentos sem pensar em como uma pessoa conseguirá fazer esse uso ou mesmo como ela conseguirá ir às consultas? Como vimos nos casos das mulheres usuárias do HUAP, que enfrentavam diversos obstáculos para

comparecer as consultas. Pensar em um cuidado equânime para as mulheres HIV+ é considerar que a presença de uma mulher em um ambulatório de infectologia tem um peso social imposto pelo patriarcado e que essas mulheres podem sofrer inúmeras violências devido ao seu diagnóstico.

Numa perspectiva equânime, é preciso tratar as pessoas de formas diferentes, considerando que suas diferenças interferem em seu cuidado e no acesso à saúde. Não basta que o acesso seja universal, ele precisa ser igualitário, alcançando toda população de forma democrática e sem discriminação, proporcionando um cuidado integral, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, é preciso explicitar que os diversos seguimentos sociais que compõe a população brasileira possuem diferenças e podem culminar em desigualdades que atravessam o acesso à saúde, principalmente, no que diz respeito a distribuição dos recursos. (PAIM, 2015)

Para Escorel (2009) a noção de equidade, quando inserida na complexidade de pensar o SUS de uma forma abrangente à toda população, acabou ultrapassando a ideia de igualdade. A autora ressalta que a equidade entende que as pessoas tem diferenças e que essas diferenças precisam ser tratadas de formas diferentes, enquanto a igualdade pressupõe uma homogeneidade no acesso aos bens e serviços em saúde para todas as pessoas. Dessa forma, a verdadeira igualdade na operacionalização do sistema de saúde só é possível através de políticas equitativas.

Paim e Silva (2010) discorrem que o cuidado integral contempla os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que atravessam a vivência de uma pessoa. Assim, a assistência integral precisa considerar também os vínculos construídos na relação entre os usuários e os profissionais cuidadores.

É importante pontuar que uma assistência integral de cuidado engloba todos os níveis de atenção em saúde: atenção primária, centros especializados e assistência hospitalar (Paim, 2015). Por isso, o acesso aos serviços e a resolutividade precisam ser pensados em todos os níveis de assistência, evitando que o usuário seja prejudicado ou sofra algum agravo em sua saúde pela descontinuidade do cuidado.

Tal como Mattos (2004) aponta, a dimensão da integralidade precisa levar em conta a forma como os profissionais de saúde lidam com as questões singulares de cada usuário, inclusive, naquilo que diz respeito a experiência de sofrimento que pode levar

uma pessoa a buscar um serviço de saúde. Isso quer dizer que os serviços em saúde precisam também: “criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção.” (p.1413)

O cuidado integral, apesar de ter como prioridade ações preventivas, não deve ser reduzido a isso. É preciso considerar que cada encontro entre os usuários e as equipes de saúde é único e vai demandar um reconhecimento, por parte do profissional de saúde, sobre as necessidades relacionadas à prevenção e assistência a partir daquele do contexto em que o usuário se encontra. A exemplo disso, o autor menciona o caso de uma mulher que buscou um serviço de saúde após ter sofrido uma violência sexual. Um atendimento integral para esse caso deve se pautar, primeiramente, no acolhimento dessa mulher para que em seguida seja oferecido a ela a contracepção de emergência e seja iniciada a profilaxia pós exposição para evitar ISTs. Não caberia aqui, que os profissionais abordassem essa mulher ofertando orientações sobre métodos preventivos para a prática sexual segura. A integralidade leva em consideração pensar as necessidades de cada um de forma ampliada. (Mattos, 2004)

Desconsiderar as demandas e o cenário envolvido no cuidado individual é violento. Impedir que uma pessoa tenha o acesso adequado aquilo que necessita, podendo inclusive gerar agravos é reafirmar uma política de morte. No exemplo acima, a mulher sofreu uma violência sexual que impactará toda sua vida e ao chegar nos dispositivos de saúde ela ainda precisará encarar o julgamento moral da equipe? Os profissionais de saúde precisam estar atentos, até tecnicamente, para considerar o cenário de cada encontro com os usuários.

No que se relaciona à epidemia da aids, Malta e Bastos (2012) expõe que as ações de cuidado devem ser estratégicas e pensadas de uma forma global para viabilizar a diminuição de novos caso e mortes. Dessa forma, é necessário prover um acesso universal aos medicamentos e as ações de prevenção, tratamento e assistência precisam estar integradas. A autora salienta que para o controle da epidemia a nível mundial é importante pensar em uma distribuição de recursos mais equânime de modo que os países mais ricos possam cooperar com os mais pobres e, assim, sejam construídas respostas mais adequadas e efetivas nos locais mais vulneráveis. É preciso que os diversos seguimentos

sociais e as pessoas vivendo com HIV/aids se unam para denunciar aquelas ações que não tenham eficácia para alcançar quem precisa de cuidado.

Isto posto, um plano de ações para o combate ao HIV/aids precisa ir além das questões medicamentosas, sendo necessário considerar os múltiplos fatores que atravessam o cenário dessa epidemia. É preciso que sejam implementadas ações que impulsionem a realização de testagem, orientação e facilidade de acesso para que os usuários busquem os serviços de saúde e evitem agravos; integração terapêutica com propostas que envolvam assistência psicossocial durante o tratamento; treinamento para os profissionais de saúde que atuam na área e disposição de recursos para que os dispositivos de assistência funcionem adequadamente. (Malta; Bastos, 2012)

Além da integralidade e da equidade no cuidado, é importante pensar que os princípios do SUS, no que se referem a preservação da autonomia, garantindo aos usuários sua integridade física e moral e o direito de acesso à informação, também se mostram relevantes para construir uma discussão mais ampla em saúde. Garantindo assim que o pensar em saúde seja democrático e que os usuários realmente ocupem, não um lugar de tutela do Estado, mas o protagonismo em seu cuidado. (PAIM, 2015)

Diante disso, é preciso ressaltar que as políticas públicas precisam contar não só com a participação social, mas devem ser construídas pelas mulheres que irão ser assistidas por elas. As mulheres devem ocupar o protagonismo nas discussões que originam as políticas públicas. Afinal, quem vai saber melhor do que uma mulher necessita do que ela própria? As políticas para mulheres precisam ser feitas com mulheres e por mulheres. Por isso, o patriarcado precisa ser combatido incessantemente, já que não se pode esquecer que a tomada de poder pelas mulheres ameaça a soberania patriarcal.

4.2. Intervenções em saúde pela perspectiva feminista

Segundo bell hooks (2018), a luta do movimento feminista trouxe para as mulheres avanços em diversos âmbitos de suas vidas, mesmo que ainda tenhamos um longo caminho pela frente. O pensamento sexista que circunda a sociedade patriarcal impôs o controle da sexualidade feminina, deixando o prazer sexual apenas para os homens. Como desde muito jovens, as mulheres são ensinadas que apenas os homens têm o direito a satisfação através de suas práticas sexuais, poucas mulheres conseguem

adquirir conhecimento sobre seus desejos e prazeres. Quando o movimento feminista desafia os “estereótipos sexuais sexistas” (p. 95), por consequência, conquista mais do que alguma liberdade sexual para mulheres, mas também favorece que elas consigam acessar métodos para controle de natalidade e assim tenham mais autonomia sobre suas escolhas reprodutivas.

Antes dos métodos contraceptivos confiáveis, a autoafirmação sexual das mulheres poderia sempre levar à “punição” que são uma gravidez indesejada e os perigos de um aborto ilegal. Não acumulamos relatos suficientes para que o mundo tome conhecimento das patologias sexuais e dos horrores que mulheres aguentaram antes da existência de métodos contraceptivos confiáveis. (hooks, 2018, p. 95)

Apesar da vertente social importante que o movimento feminista trouxe para revolucionar a vida sexual das mulheres, a saúde, também é um campo significativo, que proporciona às mulheres o conhecimento para que possam decidir sobre os cuidados com o próprio corpo, com suas práticas sexuais e seus direitos reprodutivos.

Atualmente, as ações de cuidado em saúde das mulheres brasileiras são uma atribuição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Foi através dessa política que a saúde da mulher pôde se afastar da ideia de uma exclusividade das questões reprodutoras e de maternidade, para se aproximar de ações mais integrais, sendo compreendida em um aspecto mais amplo. (SOUTO; MOREIRA, 2021)

Quando em 1983, o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher começou a incluir o conceito de integralidade em suas ações, aconteceu uma mudança não apenas a nível organizativo no Ministério da Saúde. Passou-se de uma área técnica materno-infantil para uma área técnica em saúde da mulher, e surgiu uma nova ideia de saúde que rompe com a política de controle e culpa das mulheres, em especial, as gestantes mais pobres. (SOUTO; MOREIRA, 2021)

À época, o PAISM passou a considerar a decisão das mulheres sobre ter filhos ou não, levantando questionamentos sobre os direitos reprodutivos, incluindo concepção e contracepção. Foi o movimento feminista dessa época que conseguiu implementar no programa características políticas e propiciar espaços para o diálogo entre o Estado e a sociedade no começo da redemocratização do país. Os autores ressaltam a importância do movimento feminista no cenário brasileiro de transição à democracia para a construção de ações que considerassem as desigualdades de gênero para garantir o direito da mulher à saúde. (SOUTO, MOREIRA, 2021)

O movimento foi protagonista na implantação do PAISM, tanto em sua formulação quanto na sua reorganização institucional e implementação, com várias de suas integrantes assumindo a área técnica de saúde da mulher no Ministério da Saúde e em diversas secretarias estaduais, em um processo decisivo também para a formação de profissionais e gestores de saúde. (SOUTO, MOREIRA, 2021, p. 833)

Apesar da relevante participação do movimento feminista no período da ditadura militar, Teles (1993) traz à tona uma discussão sobre a desconsideração das mulheres na luta, principalmente, armada, dessa época. Para a autora, o apagamento da luta feminina nessa época demonstra que as organizações de esquerda consideravam que as ações armadas estaria mais sob o domínio dos homens. Apesar disso, durante a ditadura militar, em 1975, com o apoio da ONU – Organização das Nações Unidas, as mulheres conseguiram elucidar ações para incentivar a comunidade mundial no combate das desigualdades e discriminação contra as mulheres. Inclusive, esse foi decretado o ano internacional da mulher.

(...) as mulheres criaram condições para um feminismo vinculado aos interesses populares, particularmente dos trabalhadores. Antes de 1975, algumas mulheres, pertencentes a universidades e centros de pesquisa, já começavam a estudar a condição feminina sob um prisma feminista (p.85).

No contexto brasileiro, as mulheres, mesmo durante o período da ditadura, tentavam se organizar para estar em espaços onde pudessem discutir sobre as questões femininas, principalmente, nas reuniões de sindicatos e dos movimentos sociais. Entretanto, as reivindicações das lutas feministas começaram a incomodar as forças ditatoriais, que logo trataram de encontrar maneiras de reprimir as mulheres, inclusive, no âmbito da saúde. Uma das atitudes tomada pelo governo militar de Geisel foi a implementação do Programa de Prevenção à gravidez de alto risco em 1977. (TELES, 1993)

Esse programa definia que mulheres com mais de 30 anos; mulheres com a ocorrência de mais de 3 gestações e aquelas com diagnóstico cardíaco ou desnutridas, estariam no grupo de contraindicações para engravidar. Esse tipo de política demonstrava, intrinsecamente, que o objetivo de controle não era apenas populacional, mas era uma forma de controlar o corpo das mulheres e discriminá-las, ao definir quem pode ou não ser mãe. Um fator que acabou expondo o caráter opressor e discriminatório desse programa foi que orientava as mulheres a usarem pílulas anticoncepcionais, as quais sabe-se que geram impactos nocivos no organismo feminino (TELES, 1993). Esse tipo de

programa reforçava ainda mais a ideia de uma preocupação com a mulher apenas em seu ciclo gravídico-puerperal, desconsiderando todos os outros aspectos de sua saúde.

De acordo com Costa (2009), desde os anos 60, as mulheres brasileiras buscavam trilhar um caminho de maior abertura para seu papel social, lutando por direitos e inserindo-se nas atividades do mercado de trabalho. Nessa conjuntura, as mulheres passaram a levantar discussões que desassociaram a sexualidade da reprodução e uma das reivindicações estava relacionada a contracepção. À época, como o Estado não tinha polícias públicas nesses vieses, algumas intuições ofereciam o planejamento familiar, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança – CPAIMC. Entretanto, o movimento feminista criticava bastantes esses serviços, pois, não eram confiáveis, já que desconsideravam o planejamento familiar como algo relacionado a saúde da mulher, o que poderia acarretar em riscos tanto a para a saúde, quanto para a liberdade de escolha dessas mulheres.

A crítica aos programas de saúde materno - infantis pelos movimentos feministas da época e a oposição a um sistema de saúde privatizado e segregador, impulsionaram a construção do PAISM em uma direção que levava a um novo caminho para a questões em saúde da mulher. Além disso, em uma dimensão ético-política, o PAISM favoreceu um certo afastamento das políticas natalistas voltadas apenas para o planejamento familiar. (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007)

Durante os anos 80, os grupos feministas buscaram discutir sobre as questões que consideravam diversos âmbitos das vivências das mulheres, tanto no nível individual quanto coletivo. Nesse cenário de luta, alcançar a igualdade sobre as próprias escolhas era prioridade e as campanhas feministas exaltavam a liberdade de escolha sobre a maternidade, o corpo e a sexualidade. As demandas feministas preconizaram o combate à violência, as desigualdades no campo do trabalho, o acesso às creches públicas, participação das mulheres na política e uma atenção integral à saúde. (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007)

As reivindicações dos movimentos feministas dessa época abarcavam, principalmente, o enfraquecimento da discrepância de poder existente na relação entre os profissionais de saúde e as mulheres usuárias dos serviços, com o objetivo de promover uma maior autonomia das mulheres sobre as decisões envolvendo sua saúde. Nessa

perspectiva, uma das estratégias era acrescentar propostas que consideravam a pluralidade envolvendo a saúde das mulheres brasileiras, de modo que as ações pudessem englobar os mais variados níveis de complexidade do cuidado. (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007)

Segundo Pintanguy (1999), o processo de transição à democracia colaborou para uma nova tendência em saúde pública, principalmente, nas questões relacionadas às mulheres. Mas, não se pode descartar as reivindicações por direitos. Em 1985, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher elaborou uma campanha denominada "Constituinte Pra Valer tem que ter Direitos da Mulher" e tinha o objetivo de reunir propostas que deveriam ser incluídas na constituinte para o desenvolvimento e proteção dos direitos das mulheres. O resultado dessa campanha para a inclusão dos direitos das mulheres na constituição brasileira foi a "Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes".

Na carta, havia diversas reivindicações dos direitos da mulher. No quesito saúde os principais pedidos estavam relacionados a garantia de acesso integral à saúde; liberdade de escolha à maternidade, bem como, garantir aos direitos de saúde no pré-natal, parto e pós parto; garantia na obtenção dos métodos contraceptivos e interrupção da gravidez. (PITANGUY,2018)

Em 1986, a saúde da mulher teve um importante lugar nas discussões políticas com o acontecimento da Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Esse evento teve ingerência direta sobre a constituição do conceito de saúde enquanto um direito do povo e um dever a ser cumprido pelo Estado. (PITANGUY,1999)

Nos anos 90, já com o regime democrático estabilizado no cenário político brasileiro, a criação de políticas públicas sob uma ótica de gênero não conseguiu avançar a nível federal. Entretanto, nesse momento houve um fortalecimento de ações por parte da sociedade civil com o crescente número de ONGs que buscavam discutir as questões das mulheres e, essas muitas vezes, se expandiam para além do território nacional. Um exemplo disso são as demandas referentes a saúde reprodutiva, que se tornou pauta de diversos grupos, nacionais e internacionais, tais como, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Sexualidade, Católicas pelo Direito de Decidir, Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe, o argentino CEDES e no Chile, o Isis. (PITANGUY, 1999)

Enfatizando ainda mais os avanços feministas com a redemocratização, Miguel (2015) relembra que foi durante o governo civil que surgiram as delegacias especializadas para o atendimento à mulher e em 2003 foi criada, pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva, a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, que buscava promover ações de inclusão e valorização das mulheres de forma mais igualitária.

No período compreendido entre 2003 e 2010, novas políticas instauradas com o objetivo de favorecer a garantia dos direitos das mulheres, entre elas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a constituição da Secretaria Nacional de Promoção de Políticas da Igualdade Racial; a promulgação da Lei Maria da Penha; em 2004 aconteceu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e em 2008 ocorreu a implementação da Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2022)

De acordo com Biroli (2015) uma importante crítica feita pelo feminismo, naquilo que diz respeito às desigualdades de gênero em uma sociedade democrática, é o fato de que a vida privada não pode se distanciar das instâncias públicas quando se tem o objetivo proteger as mulheres. Considerando isso, para assegurar a liberdade e os direitos das mulheres, também se faz necessário que os espaços sejam ocupados de forma política, mesmo que esses sejam, coloquialmente, vistos como espaços da vida privada. A exemplo disso, a autora cita o estupro marital e a violência doméstica, que ocorrem na privacidade de muitos lares, longe dos olhos da sociedade. Esses dois crimes demonstram a necessidade de intervenção naquilo que, o patriarcado considera como privado ao âmbito familiar, para que mulheres e crianças sejam protegidas. A autora ainda ressalta que: “O mundo dos afetos é também aquele em que muitos abusos puderam ser perpetuados em nome da privacidade e da autonomia da entidade familiar em relação às normas aplicáveis ao espaço público.” (p. 23)

Vale salientar que até 2005, o Código Penal Brasileiro, através do art.107 do Decreto-lei 2.848/40 vigente desde 1940, permitia que o acontecimento do casamento com a vítima, proporcionasse ao agressor a extinção de punibilidade nos casos de violência sexual. (AGÊNCIA SENADO, 2010)

Miguel (2015) ressalta que em uma conjuntura de dominação masculina, as mulheres além de subalternizadas, acabam ocupando um lugar de inferioridade e são impedidas de acessar os lugares de poder e de obter bens materiais. Dessa forma, ficam

mais vulneráveis a vivenciar violências e sofrimentos, já que acabam dependes dos homens.

O impedimento da ocupação de lugares políticos por mulheres não é à toa. Os homens precisam manter os seus privilégios na sociedade. Por isso, embora as mulheres tenham conseguido avançar na participação política, existe uma inclinação social para que elas estejam sempre mais associadas a pautas que reforçam o lugar social feminino de cuidadoras e emotivas, tais como, questões relacionadas à família, educação e políticas de assistência social. Ainda que essas temáticas tenham a sua importância, o agrupamento das mulheres nas discussões dessas questões é proposital para reforçar a perpetuação da dominação masculina em todo o restante do cenário político. (Miguel, 2015)

Como ressalta Tiburi (2018) a ideologia misógina coloca dificuldades para que as mulheres alcancem o poder e ameacem a supremacia masculina. Nessa conjuntura, quando as mulheres tentam se aproximar dos lugares de poder, são atingidas por discursos negativos e cheios de ódio, que as deprecia de diversas formas. As mulheres podem até tentar alcançar o poder, mas elas vão pagar um alto preço por isso. O patriarcado, a misoginia e machismo não deixam que as mulheres destituam os homens do seu lugar de privilégio. Assim, a autora ressalta que: “a luta pela democracia hoje se confunde com a luta contra a misoginia e todos os ódios a ela associados no espectro amplo do ódio à diferença.” (p. 106)

Considerando as dificuldades impostas às mulheres para alcançar o poder em uma sociedade patriarcal, cabe ressaltar o que bell hooks (2018) já sinalizava sobre as formas de avançar socialmente: “Podemos trabalhar em nome do feminismo do lugar onde estamos. Podemos começar a fazer o trabalho pelo feminismo em casa, exatamente onde moramos, educando a nós mesmos e às pessoas que amamos” (p. 122).

É inconcebível pensar em avanços nas políticas públicas para mulheres sem que as elas ocupem espaços na sociedade e na política. Não há avanço sem que as mulheres, enquanto corpos políticos tenham um lugar para se apropriar e fazer valer os seus direitos. Ao tomar o poder, as mulheres colocam a supremacia masculina em perigo. Tal como bell hooks (2018) ressalta, o movimento feminista incomodou tanto a ponto de ser combatido por campanhas antifeministas. Inclusive, os discursos antifeministas tentam induzir a ideia de que os homens não podem ser solidários as causas das mulheres, o que gera um ritmo de rivalidade entre os gêneros. Não é à toa que isso acontece, afinal, seria

ainda uma ameaça mais mortal ao patriarcado se os homens passassem a acreditar em igualdade entre os gêneros.

Tendo isso em vista, considerar também que o cuidado em saúde das mulheres envolve todos os âmbitos que atravessam a vida delas e abre a possibilidade de se pensar em um caminho mais justo para que todas possam ter acesso aos serviços de saúde, a tratamentos de qualidade e atendimentos assistenciais, onde ocupam o lugar de protagonistas de seu próprio cuidado. Deste modo, parafraseando a ativista bell hooks (2018): “As políticas feministas têm por objetivo acabar com a dominação e nos libertar para que sejamos quem somos – para viver a vida em um lugar onde amamos a justiça, onde podemos viver em paz. O feminismo é para todo mundo (p.123)”.

Conclusão

O percurso dessa pesquisa foi composto por muitos desafios, mas nenhum deles, por mais difícil que tenha sido, foi capaz de impedir que chegássemos até o fim. Como corredores de uma corrida com obstáculos encontram algumas barreiras no caminho, mas no fim alcançam a linha de chegada.

Pesquisar uma temática que envolve os atravessamentos no patriarcado na vida das mulheres vivendo com HIV em uma sociedade que insiste em violentar e matar mulheres não foi só um desafio. Mas, se mostrou como uma estratégia de em alguma medida, propor uma discussão para transformar a forma como essas mulheres são vistas, recebidas e cuidadas não só dentro dos dispositivos de saúde, como em nível social.

A escolha por construir a estrutura desse trabalho partindo de uma perspectiva histórica se dá pelo fato de que mesmo após 4 décadas do começo da epidemia do HIV, pouco se avançou nas questões relacionadas aos estigmas de uma infecção sexualmente transmissível, principalmente, quando se trata das mulheres. Discutir o panorama histórico político do HIV permitiu perceber que ao mesmo tempo em que a ciência avançou, aspectos sociais retrocederam, especialmente, no Brasil dos últimos anos com o governo direitista. Além disso, foi possível também evidenciar como o quantitativo da infecção foi se moldando ao longo do tempo, deixando de ser associada a um grupo de risco e passando a um nível que considera os aspectos que tornam determinados grupos populacionais mais suscetíveis a serem infectados.

No caso das mulheres, que já são tão atacadas pelo patriarcado e enfrentam as iniquidades de gênero em diversos níveis de suas vivências, a chegada do diagnóstico de HIV não é qualquer coisa. Não adiantar falar que o HIV é crônico como a hipertensão, porque o aumento da pressão sanguínea não carrega o peso da promiscuidade. Mulheres hipertensas não são tratadas nos serviços de saúde da mesma forma que as mulheres vivendo com HIV. A saúde é atravessada pelo gênero e negar isso só prejudica ainda mais pensar em um cuidado integral e equânime.

Ao tomar conhecimento sobre o diagnóstico de HIV a mulher não descobre apenas que um vírus está circulando em seu corpo, mas, acaba tendo que enfrentar todos os medos impostos por uma sociedade machista. E, muitas vezes, ela precisa também

descobrir uma nova vida, uma nova rotina de cuidado e construir estratégias para seguir em frente e sobreviver.

A forma como a sociedade patriarcal impõem às mulheres HIV+ regras e restrições sobre as suas escolhas sexuais e reprodutoras é um exemplo claro de que esse diagnóstico não é qualquer coisa. O HIV muda a vida dessas mulheres, atravessa a subjetividade e tem suas repercussões psíquicas. Ele transforma até mesmo a forma como irão vivenciar a maternidade, como vão construir suas relações afetivo sexuais e a forma vão relacionar com o mundo e consigo. As mostra que nem todos a volta são acolhedores e que, muitas delas, vão optar pelo sigilo como uma forma de proteção contra o preconceito e a violência.

Ao longo desses escritos, diversas formas de violências foram, ainda que sutilmente, aparecendo, exatamente como convém ao patriarcado. Fossem aquelas violências disfarçadas de amor ou aquelas mais escancaradas, a exemplo do feminicídio de Ângela Diniz. E, perceber, que as mulheres entrevistadas, às vezes não se percebiam inseridas em situações de violência foi doloroso. Doloroso enquanto mulher, profissional de saúde, pesquisadora e alguém que estava ali escutando a dor de outra mulher.

O trabalho de campo realizado demandou energia, fôlego e resiliência, mas, acima de tudo, desejo. A surpresa do encontro com as mulheres foi tanta que até a ausência delas passou a ser um dado dessa pesquisa. Os dias de falta se mostraram tão importantes quanto os dias em que as entrevistas foram realizadas. A falta sempre diz alguma coisa. E, nessa pesquisa, a falta demonstrou os atravessamentos de gênero na saúde e no Serviço de Atendimento Especializado do HUAP, e também ajudou a identificar as formas de incidência do patriarcado no tratamento dessas mulheres.

Desde o início, o apagamento das mulheres vivendo com HIV e a tentativa de morte social que elas constantemente experienciam funcionaram como combustíveis motivadores para que essa pesquisa seja posta como um instrumento de enfrentamento do patriarcado. Escutá-las narrando sobre os impactos desse diagnóstico em suas vidas e perceber como a lógica do sistema patriarcal é perversa, acabou corroborando com a hipótese inicial desse trabalho de que de que o patriarcado vigente na sociedade funciona como um potencializador do sofrimento psíquico de mulheres vivendo com HIV/aids.

O encontro com as mulheres no campo trouxe ao percurso de pesquisa as mais singulares e dolorosas surpresas. Nas linhas que compõem o relato dos acontecimentos no campo está exposta a confirmação de que a neutralidade na pesquisa é um mito. Não há possibilidade de ocupar um lugar neutro quando se é mulher. Todo lugar precisa ser ocupado por um posicionamento político. O silêncio está do lado do opressor, por isso, a necessidade de possibilitar que as mulheres estejam cada vez mais participando daquilo que lhe diz respeito.

O diário de campo veio para comprovar que um pesquisador se move junto com a pesquisa. Desde a escolha do tema até as angústias que envolvem a escrita, ninguém sai ileso. Na conjuntura da pesquisa de campo, o pesquisador tem um grande aliado: o diário de campo. Além dos dados coletados, no diário de campo o pesquisador pode anotar suas inquietações, angústias e pensamentos, por isso, esse instrumento é pessoal. Ele é o “amigo silencioso” (p.63) do pesquisador durante o percurso em campo. (Minayo, 2002)

Foi o diário campo, um pequeno caderno marrom de couro sintético, que teve a tarefa de ser o detentor de uma escrita bagunçada, rasurada e cheia de afetos. E, a importância desse instrumento foi tamanha, que não poderia ser deixado de fora. Aquilo que o gravador não conseguiu captar das entrevistas, não escapou ao diário de campo.

Apesar das dificuldades envolvidas durante todo o processo, o incômodo diante do sofrimento das mulheres não termina junto com essa pesquisa. Que estranho seria se isso acontecesse! A escuta feminista precisa estar presente nos espaços públicos e privados como uma possibilidade de transformação e justiça social.

Na conjuntura da saúde, seja ela pública ou privada, as mulheres sofrem violências. O cuidado não é tão democrático quando se acredita e isso precisa ser questionado. Não há lugar seguro para as mulheres e isso não pode ser tolerado. Não é aceitável que as mulheres vivendo com HIV/aids sigam sendo humilhadas, agredidas e julgadas socialmente por causa de um diagnóstico.

Diante disso, se faz necessário seguir questionamento as políticas públicas, as ações em saúde, a formação das categorias de profissionais de saúde e a até mesmo as informações de saúde que circulam nas mídias sociais. Assim, espera-se que esse estudo possa contribuir para que profissionais de saúde, sociedade civil, membros do campo político e quem quer que tenha acesso a esse conteúdo, se atente ao cuidado integral e

equânime com as mulheres soropositivas e considere que as mulheres em relacionamentos amorosos monogâmicos, também estão vulneráveis à infecção pelo HIV e aos agravos da aids. Que esse estudo possa mover aqueles que o leem em uma direção de enfrentamento às políticas de morte às quais as mulheres são constantemente submetidas.

ANEXO 1 - TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Dados de identificação**

Título do Projeto: Incidências do Patriarcado: Experiências das mulheres vivendo com HIV/Aids

Pesquisadora Responsável: Joy Possoni Bejar

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefone para contato da Pesquisadora: (21) 97978-1287

Nome da participante: _____

Idade: _____ anos

Prezada Participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“Incidências do Patriarcado: Experiências das mulheres vivendo com HIV/Aids”**, desenvolvida pela psicóloga Joy Possoni Bejar, discente do curso mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, sob orientação da Prof^ª Dra. Paula Land Curi. Participarão desse estudo mulheres, usuárias do HUAP, cisgêneras, heterossexuais, com idades entre 25 e 59 anos, que tiveram o diagnóstico de HIV ou Aids, no contexto de relações amorosas estáveis e monogâmicas. A pesquisa visa compreender em que medida o patriarcado se apresenta como condição de vulnerabilidade da mulher ao HIV/Aids e potencializador do sofrimento psíquico daquelas que vivem com essa infecção, impondo-lhes barreiras relacionadas ao gênero - jurídicas, sociais, culturais ou econômicas, de acesso a serviços, participação e/ou oportunidades. A sua participação está condicionada a realização de uma entrevista de aproximadamente 2 horas de duração, gravada por um dispositivo de voz, nas dependências do HUAP, em local que preserve sua privacidade. Sua participação é voluntária e você terá liberdade para decidir se deseja ou não participar, a qualquer tempo, e a sua recusa não implicará em nenhum prejuízo. Será garantida a confidencialidade das informações fornecidas e sua identidade será mantida em sigilo. Ou seja, você não será identificada em nenhum tipo de produto relacionado ao estudo. A pesquisa não pressupõe qualquer tipo de dano físico ou psíquico evidente. Contudo, caso haja necessidade de apoio psicológico, decorrente da abordagem, você poderá contar com o atendimento psicológico individual no Serviço de Psicologia Aplicada da UFF ou através do Programa de Extensão “Mulherio: Tecendo Redes de Resistência e Cuidados. Participando da pesquisa você terá como benefício direto a oportunidade de falar sobre as questões relacionadas à sua vida e a infecção pelo HIV, a partir do contato direto com uma profissional de psicologia. Além disso, os resultados poderão contribuir para proporcionar a construção de um cuidado em saúde mais assertivo, que considere as dificuldades das vivências das mulheres com diagnóstico de HIV ou Aids. Ressalta-se que esta pesquisa pode servir também de base para outras, que intentem discutir a perspectiva de gênero nos cuidados de mulheres vivendo com HIV/Aids. A participação não acarretará custos para você, visto que a mesma ocorrerá no HUAP, nos dias previstos para consultas.

Rubrica da pesquisadora: _____

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas:

E.mail: etica.ret@id.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____,
declaro ter sido informada e concordo em participar, de forma voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura da participante

Rubrica da pesquisadora: _____

ANEXO 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**DADOS DA PARTICIPANTE**

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Idade: _____ anos

Grau de Escolaridade: _____

Autodeclaração de cor: _____

Autodeclaração de gênero: _____

Religião: _____

Vínculo de trabalho atual:

() Sem vínculo () Carteira assinada () Autônoma () Recebendo benefício assistencial

Situação conjugal: () Solteira () Namorando () União Estável () Casada

Tem filhos? _____ Quantos? _____

Renda familiar: _____

Situação de moradia: () casa própria () alugada () cedido () Outro:

Quantas pessoas moram na residência? _____

Já fez ou faz uso de álcool ou outras drogas? _____ Quais?

DADOS SOBRE O TRATAMENTO

Ano da descoberta do diagnóstico: _____

Tipo de unidade de saúde onde fez a sorologia anti-*HIV*: _____

Data de início do tratamento (mês/ano): _____

Faz uso regular dos antirretrovirais? _____

Quais? _____

Já foi diagnosticada com alguma infecção oportunista? _____

Se sim, qual? _____

Já ficou internada por algum agravo da doença? _____

Se sim, quando? _____

PERGUNTAS

- 1 Como você descobriu o diagnóstico de HIV?
- 2 Qual foi sua reação?
- 3 O que você pensa sobre ter esse diagnóstico?
- 4 O que você imagina que as pessoas pensam sobre o HIV?
- 5 Enquanto mulher, em um relacionamento amoroso estável e monogâmico, como você obteria informação sobre prevenção ao HIV?
- 6 O que você pensa sobre o uso do preservativo entre casais?
- 7 Como você percebe as implicações do diagnóstico de HIV nas relações amorosas e sexuais?

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. Casamento com a vítima pode deixar de impedir punição de estupro. 2010. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2010/08/04/casamento-com-a-vitima-pode-deixar-de-impedir-punicao-de-estuprador> Acesso em: 15 de dezembro de 2023.

ARENDRT, Ronald; MORAES, Marcia; TSALLIS, Alexandra. Por uma psicologia não moderna: o PesquisadorCOM como prática meso-política. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 1143–1159, 2015. DOI: 10.12957/epp.2015.20237. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/20237>. Acesso em: 19 de outubro de 2023.

ANDRADE, Jaqueline de. RIBEIRO, Arilda Inês Miranda. Feminização do HIV/Aids e suas consequências: Saberes necessários. *Colloquium Humanarum*, vol. 10, n. Especial, Jul–Dez, 2013, p. 937-944. Disponível em:

<http://www.unoeste.br/site/enepe/2013/suplementos/area/Humanarum/Educa%C3%A7%C3%A3o/Feminiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20HIV%20AIDS%20e%20suas%20consequ%C3%Aancias%20Saberes%20necess%C3%A1rios.pdf> Acesso em: 18 de agosto de 2022.

ALMEIDA, Sílvia. O que a aids mais me ensinou foi o amor incondicional disse Sílvia Almeida em entrevista a Marina Vergueiro. Disponível em:

<https://agenciaaids.com.br/noticia/o-que-a-aids-mais-me-ensinou-foi-o-amor-incondicional-disse-silvia-almeida-em-entrevista-a-marina-vergueiro/> Acesso em: 20 de abril de 2022.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Edição do Kindle.

BARBOSA, Regina Maria. Feminismo e AIDS. In: **Quebrando o silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. Richard Parker; Jane Galvão. pp 153-168. Relumé-Dumara: ABIA:IMS/UERJ. 1996.

BASTOS, Francisco Inácio. Da persistência das metáforas: estigma e discriminação & HIV/AIDS. In: Monteiro, Simone; Villela, Wilza. **Estigma e saúde**. 2013. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

BASTOS, Francisco Inácio, BERTONI, Neilane. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

BARRETO, Ocilene Fernandes; CECCARELLI, Paulo Roberto. Eva, Maria e Lilith: corpo de delito. **Estud.psicanal**. Belo Horizonte, n. 43, p.129-137, jul. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n43/n43a13.pdf> Acesso em: 12 de abril de 2022.

BERTH, Joice. Empoderamento. Feminismos Plurais. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2023. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Dezembro, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view> Acesso em: 02 de dezembro de 2023.

BRASIL. Decreto Nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11358.htm. Acesso em: 15 de janeiro de 2023.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

de 2018. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/reunioes-1/Apresentao_AgendaPOPCHAVE_CNCD.pdf Acesso em: 20 de outubro de 2023.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_p rofilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2022.

BRASIL. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids/. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_mental_servicos_dst.pdf Acesso em: 20 de abril de 2022.

BRASIL. Plano Integrado De Enfrentamento Da Feminização Da Epidemia De Aids E Outras DST - Análise Da Situação Atual E Proposta De Monitoramento. Consultora Wilza Vieira Villela. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizaca o_aids_dst.pdf Acesso em: 02 de maio de 2022.

BRASIL. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf Acesso em: 09 de setembro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf Acesso em 02 de outubro de 2023.

BRASIL. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertical_hiv_sifilis_manualbolso.pdf Acesso em: 23 de setembro de 2022.

BRASIL. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_profilaxia_hiv_antiretroviral_gestantes.pdf Acesso em: 05 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids.- Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_19.pdf Acesso em: 11 de maio de 2022.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - AIDS - Ano XV no 1.2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/bol_marco_2002.pdf Acesso em: 03 de setembro de 2022.

BRASIL. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf Acesso em: 11 de janeiro de 2022.

BRASIL. LEI Nº 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,Art Acesso em: 15 de dezembro de 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil.1988.

BRASIL, Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Ministério da Saúde. 1985. Brasília.

BIROLI, Flávia. O Público e o privado. In: **Feminismo e Política: Uma introdução**. Editora: Boi tempo. Organizadores: Luis Felipe Miguel e Flavia Biroli. Disponível em: https://moodle.ibiruba.ifrs.edu.br/pluginfile.php/25050/mod_resource/content/1/BIROLI_%20MIGUEL.%20Feminismo-e-Politica-Uma-Introducao-Boitempo-Editorial-2015.pdf Acesso em: 14 de novembro de 2023.

BRITO, Euclides Ayres de.; CASTILHO, Ana Maria de.; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 34(2): 207-217, mar-abr, 2001. Disponível em: www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 14 de julho de 2022.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo. 2 - A Experiência Viva**. Ed. 2. Difusão Europeia do livro. [1949]1967.

CARDOSO, Cristiane. **Mulher V: Moderna, Moda Antiga**. Editora:unipro. Ano:2013.

CARACIOLO, Joselita Maria Magalhães. SHIMMA, Emi. Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo/ Organização de Joselita Maria Magalhães Caraciolo e Emi Shimma. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007. Disponível em: https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/ADESAO_DA_TEORIA_A_PRATICA.pdf Acesso em: 17 de março de 2022.

CASTRO, Mary Garcia. SILVA, Lorena Bernadete da. Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/respostas_desafios_AIDS_brasil_limites_posibilidades.pdf Acesso em: 01 de outubro de 2022.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. Estudos Avançados - 17 (49), 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ea/a/Zs869RQTMGGDj586JD7nr6k/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em 02 de julho de 2023.

CARRARA, Sergio. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. In: Monteiro, Simone; Villela, Wilza. Estigma e saúde. 2013. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

COLLINS, Patricia Hill. BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. [recurso eletrônico]. Tradução Rane Souza. - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2021.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1073-1083, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/x7HVb8dmB9wRHNC3JgjT6yQ/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 18 de novembro de 2023.

COSTA, Ana Maria; Bahia, Ligia; Conte, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Saúde em Debate, vol. 31, núm. 75-76-77. 2007, pp. 13-24 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345310003.pdf> Acesso em: 25 de novembro de

2023.

COSTA, Milena Silva; et al. Saberes, crenças religiosas e atitudes de mulheres idosas na prevenção ao HIV/Aids. Rev. Bras. Enferm. 71 (1) • Jan-Feb 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/MzdhWGGJhZDSVKz6r7dpwDKk/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em 08 de outubro de 2023.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento Para O Encontro De Especialistas Em Aspectos Da Discriminação Racial Relativos Ao Gênero. Estudos Feministas 171-188. Ano 10. 1/2002.

DARDE, W.V. A AIDS na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania. Em questão, v. 10, n. 2, p.246-259, 2004. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/93/51> Acesso em: 12 de

dezembro de 2022.

DEL PRIORI, Mary. **Sexualidade e erotismo na história do Brasil**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2011

DIAS, Maria Berenice. A mulher no Código Civil. 2009. Disponível em: <https://berenedias.com.br/a-mulher-no-codigo-civil/?print=pdf> Acesso em: 29 de julho de 2023.

DINIZ, Debora; GEBARA, Ivone. **Esperança feminista**. Rosa dos Tempos. 2022. Edição do Kindle.

DUARTE, Larissa Costa. RHODEN, Fabiola. As histórias que podem ser contadas: a feminização da epidemia HIV/AIDS e a produção de narrativas científicas. Em construção: Arquivos de epistemologia histórica e estudos da ciência. número 5. Pags 22-36. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/emconstrucao/article/view/40840/29777> Acesso em: 06 de setembro de 2022.

SCOREL, Sarah. Equidade Em Saúde. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html> Acesso 03 de novembro de 2023.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva** / Sivia Federici. Título original: Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation Tradução: Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de Psicologia da UNESP, [s. 1.], v. 9, ed. 1, p. 70-82, 2010. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/genero_e_saude_2.pdf. Acesso em: 19 de janeiro de 2022.

FAVERO, Sofia Ricardo. Pesquisando a dor do outro: os efeitos políticos de uma escrita situada. Pesquisas e Práticas Psicossociais,15(3), São João del Rei, julho-setembro de 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

GARCIA, Carla Cristina. **Breve histórico do Movimento feminista no Brasil**. Ed: Claridade. Coleção: Saber de tudo. 2015.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro. São Paulo: ABIA, 2000.

GALVÃO; Marli Teresinha Gimenez; CUNHA, Gilmaria Holanda da; MACHADO, Márcia Maria Tavares. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 371-6.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Resposta à aids no Brasil: Contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev. Panam Salud Publica. Vol. 26, n. 1, p. 87-94. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf> Acesso em: 07 de agosto de 2022.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª edição. (2004/1963). Tradução: Mathias Lambert. Versão online. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308878/mod_resource/content/1/Goffman%20%20Estigma.pdf. Acesso em: 13 de junho de 2022.

GOLDSTEIN, Donna. O lugar da mulher no discurso sobre a aids no Brasil. In: PARKER, Ricard; GALVÃO, Jane. Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Remule - Dumará: ABIA: IMS UERJ, 1996.

GUIMARÃES, Carmen Dora. **Aids no Feminino: Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?** Rio de Janeiro. Editora: UFRJ. 2001.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Cadernos Pagu, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 05 de maio de 2023.

HOOKS, bell. **O feminismo é para todo mundo** [recurso eletrônico]: políticas arrebatadoras / bell hooks; tradução Ana Luiza Libânio. – 1. ed. - Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

KNIBIEHLER, Yvonne. **História da Virgindade**. Tradução de Dilson Ferreira da Cruz – São Paulo: Contexto. 2016.

LEITE, Silvana Nair. Vasconcellos, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):775-782, 2003.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens**. tradução Luiza Sellera. – São Paulo: Cultrix, 201932.

LESSA, Sergio. **Abaixo A Família Monogâmica!** Instituto Lukács. 1ª edição: agosto de 2012. São Paulo.

LIMA, Rita de Lourdes. O Imaginário Judaico-Cristão E A Submissão Das Mulheres. *Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. 2010. Disponível em: http://www.fg2010.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1277853385_ARQUIVO_comunicoraltrabcompletoGenero.pdf Acesso em: 10 de novembro de 2022.

LOURENÇO, Gilclécia Oliveira. AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida. LIMA, Ricardo Delgado Marques de. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. ISSN 1984-6487 / n. 30 - dic. / dez. 2018 - pp.262-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/DjKf79vFJDzYMfnsthdRWWw/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de dezembro de 2021.

MORAES, Márcia. Do “Pesquisarcom” ou de tecer e destecer fronteiras. In: *Cartas para pensar* [recurso eletrônico] : políticas de pesquisa em psicologia. Gilead Marchezi Tavares, Marcia Moraes, Anita Guazzelli Bernardes [organizadores]. - Dados eletrônicos. - Vitória : EDUFES, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1630/1/Cartas%20para%20pensar%20politicass%20de%20pesquisa%20em%20psicologia.pdf> Acesso em: 04 de janeiro de 2023.

MALTA, Mônica; BASTOS, Francisco Inácio. Aids: prevenção e assistência. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Organizado por Lígia

Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MARQUES, M. C. da C.: Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SJHgNdc3WBMKgNGfjKQvqfM/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 07 de janeiro de 2022.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MELLO, Maria Cecília Penteadó Figueira de. Sistema de saúde, políticas públicas e o papel das ONGS no enfrentamento da epidemia da aids: questões teóricas. Cadernos de campo, nº, 1999. Disponível em: periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/10324/6715 Acesso em: 10 de junho de 2022.

MIGUEL, Luis Felipe. O feminismo e a Política. In: **Feminismo e Política: Uma introdução**. Editora: Boi tempo. Organizadores: Luis Felipe Miguel e Flavia Biroli. Disponível em: https://moodle.ibiruba.ifrs.edu.br/pluginfile.php/25050/mod_resource/content/1/BIROLI_%20MIGUEL.%20Feminismo-e-Politica-Uma-Introducao-Boitempo-Editorial-2015.pdf Acesso em: 14 de novembro de 2023.

MINAYO, Maria Cecília. Trabalho De Campo: Contexto De Observação, Interação E Descoberta. In: **Pesquisa social : teoria, método e criatividade**. Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). Ed. 21. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Arte & Ensaios. Revista do ppgav/eba/ufrrj. n. 32. dezembro, 2016.

MOL, Annemarie. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice.**

New York: Routledge; 2008.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOTTA, Rapone Leonardo. JUNIOR, Orlando C. Ferreira. Três Décadas De Diagnóstico De Hiv: A Experiência Brasileira. In: Histórias de luta contra a AIDS: Ciência e trabalho árduo contra a aids (pp.19-30). 2015. São Paulo. Disponível em: <https://www.ucs.br/ips2/wp-content/uploads/2020/09/Tres-Decadas-de-Diagnostico-de-HIV-A-Experiencia-Brasileira.pdf> Acesso em: 23 de agosto de 2022.

MONTEIRO, Simone. VILLELA, Wilza. Estigma, pânico moral e violência estrutural: o caso da Aids. Seminário de Capacitação em HIV: Aprimorando o Debate III. 2019. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2019/06/publicacao-simone-wilza-20190625.pdf> Acesso em: 02 de setembro de 2022.

MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADÃS POSITHIVAS et al. Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS Brasil. 2019. Disponível em: unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf Acesso em: 25 de agosto de 2022.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. SciELO - Editora FIOCRUZ, 2005. Edição do Kindle.

NOBREGA, Isabella Pereira da. Manejo da terapia antirretroviral em mulheres. BJID. Educação médica continuada. 2016. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-pdf-X2177511716600176> Acesso em: 29 de setembro de 2022.

NUNEZ, Geni; OLIVEIRA, João Manuel de; LAGO, Mara Coelho de Souza. Monogamia e (anti)colonialidades: uma artesanaria narrativa indígena. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFJF v. 16 n. 3 dezembro. 2021.

OIT - Relatório da Organização Internacional do Trabalho. The ILO Global HIV Discrimination in the World of Work survey. 2021. Disponível em:

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_830267.pdf Acesso em 07 de setembro de 2023.

OLIVEIRA, Grazielle Matos et al. Percepção de mulheres soropositivas para o HIV sobre direitos reprodutivos. Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(8):3028-5, ago., 2016. Disponível em: periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11373
Acesso em: 12 de setembro de 2022.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos. Vulnerabilidade De Mulheres Usuárias De Drogas Ao HIV/Aids Em Uma Perspectiva De Gênero. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 625 - 31. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/xJxfrF5ygMWGDtmsH4B3TZH/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 09 de setembro de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Editora: Fiocruz. Rio de Janeiro. E-book interativo: 2015 (edição impressa: 2009).

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Desigualdades e Iniquidades em Saúde. Volume 12 | Nº 2. Bahia. 2010.

PARKER, Richard.; AGGLETON, Richard. **Estigma, discriminação e AIDS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids - ABIA, 2021

PATRIOTA, Tania. Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994 - - Plataforma de Cairo, 1994.

PATEMAN, Carole. **O Contrato Sexual**. Ed. Paz e terra. Rio de Janeiro. 1993.

PITANGUY, Jaqueline. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: **Questões da saúde reprodutiva**. Organizado por Karen Giffin e Sarah Hawker Costa. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

PITANGUY, Jaqueline. Celebrando os 30 anos da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes. Anais de Seminário: 30 anos da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes. 2018. Documento online. Disponível em:
https://www.emerj.tjrj.jus.br/publicacoes/serie_anais_de_seminarios/2018/serie_anais_d_e_seminarios_da_emerj_2018_43.pdf Acesso em: 17 de novembro de 2023.

POLIZZI, Valéria Piassa. **Depois daquela viagem**. Editora Ática. Ed 18. São Paulo.2002.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Ofício Circular nº 09/2019. Rio de Janeiro.

RENOVATTO, Thaís. **5 anos comigo**. Editora Novo Século. Edição do Kindle. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth. **O poder do macho**. Ed: Moderna. São Paulo. 1987.

SCOTT, Joan. **Gênero: Uma Categoria Útil Para Análise Histórica**. 1995.

SILVA, Luiz Jacintho da; ANGERAMI, Rodrigo Nogueira. **Viroses emergentes no Brasil**. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

SILVA, Taciana Maria da. Relações de poder e a feminização da epidemia de HIV/Aids. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

ISSN 2179-510X. Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373327730_AR_QUIVO_RelacoesdepodereafeminizacaodaepidemiadeHIVAids.pdf Acesso em: 27 de maio de 2022.

SILVA, Thais Amorim et al . EscreverCOM: com quem? com o quê? para quê?. Rev. Polis Psique, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 176-190, ago. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 de dezembro de 2023.

SONTAG, Susan. Doença como metáfora AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 45, N. 130, P. 832-846, JUL-SET 202. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 de novembro de 2023.

SOUTO, Maria Côrtes. Projeto AIDS II: implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no estado do Rio de Janeiro. 2003. 169 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:

[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5470/ve_Maria_C%
c3%b4rtes_ENSP_2003?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5470/ve_Maria_C%c3%b4rtes_ENSP_2003?sequence=2&isAllowed=y) Acesso em: 04 de outubro de 2022.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Linha do Tempo. 2022. Disponível em:

<https://www.redesaude.org.br/linha-do-tempo/> Acesso em: 01 de dezembro de 2023.

RODRIGUEZ, Ale Mujica.; DEMORI, Carolina Carbonell.; WOLFF, Caroline. Da Monogamia Ao Femicídio: Algumas Reflexões. Vol 07, N. 03 - Jun. - Ago., 2021.

Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/47043/25910> Acesso em: 09 de janeiro de 2023.

RUBIM, Goreth Campos.; MARQUES, Dorli João Carlos. A Influência Do Patriarcalismo Na Prática Do Homicídio Qualificado Pelo Femicídio. Revista de Gênero, Sexualidade e Direito. Curitiba. v. 2, n. 2. p. 1 – 18. Jul/Dez. 2016.

VALLE, Carlos Guilherme do. Identidade, doença e organização social: um estudo antropológico das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 179-210, junho de 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ha/a/HFxjkCBBsCnvHdN8Nfk7ncS/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 26 de julho de 2022.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002.

VILLELA, Wilza Vieira.; SIMONE, Monteiro. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):531-540, jul-set 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/Py8SSXTxrh5pN3GSbBF3Dzs/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 02 de novembro de 2022.

VILLELA, Wilza Vieira.; BARBOSA, Regina Maria. A Trajetória Feminina da Aids. In: PARKER, Ricard; GALVÃO, Jane. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Remule - Dumará: ABIA: IMS/ UERJ, 1996.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. Ciência e Saúde

coletiva 14(4):997-1006. 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/S7wwRJ8Wr7DnyJzVHML8yNQ/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 02 de outubro de 2022.

TAVORA, Bruna. O dissenso para descolonizar a prática científica: um ensaio sobre a ciência que vivenciei e aprendi com intelectuais afroindígenas. *Cad. Gên. Tecnol.*, Curitiba, v. 14, n.44, p. 521-536, jul./dez. 2021.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **Breve história de feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

TIBURI, M. A máquina misógina e o fator Dilma Rousseff na política brasileira. In: **O Golpe na perspectiva de Gênero**. Salvador: Edufba, 2018.

TIMERMAM, Arthur. MAGALHÃES, Naira. **Histórias da Aids**. Autêntica Editora. 2015.

UNAIDS. Relatório Global para a AIDS 2022. Disponível online em inglês em:
<https://indanger.unaids.org/fees/> Acesso em: 28 de agosto de 2022.

UNAIDS. O caminho que põe fim à AIDS: Relatório Global do UNAIDS 2023.
Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2023.