

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROGER FLORES CECCON

**VIDAS NUAS: MULHERES COM HIV/AIDS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS DE
GÊNERO**

**Porto Alegre
2016**

ROGER FLORES CECCON

VIDAS NUAS: MULHERES COM HIV/AIDS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS DE GÊNERO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Ceccon, Roger Flores
VIDAS NUAS: MULHERES COM HIV/AIDS EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIAS DE GÊNERO / Roger Flores Ceccon. -- 2016.
165 f.

Orientadora: Stela Nazareth Meneghel.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Gênero. 2. Violência de gênero. 3. Violência
contra a mulher. 4. Aids. 5. HIV. I. Meneghel, Stela
Nazareth, orient. II. Título.

ROGER FLORES CECCON

Vidas Nuas: Mulheres com HIV/AIDS em situação de Violência de Gênero

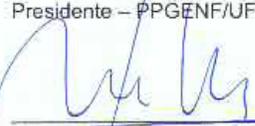
Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 09 de dezembro de 2016.

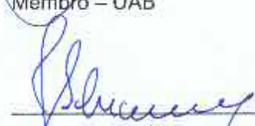
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel
Presidente – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Lupicínio Iniguez-Rueda
Membro – UAB



Profa. Dra. Joyce Mendes de Andrade Schramm
Membro – FIOCRUZ



Profa. Dra. Lilian Córdova do Espírito Santo
Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico este escrito à minha avó Palmena Flores (in memoriam), que com certeza gostaria de compartilhar comigo este feito.

Dedico também a todas as mulheres que sofrem opressão e violência.

AGRADECIMENTOS

Este escrito nunca encontraria o papel se não fosse um bando de vidas e de gentes cheias de encanto e potência. Se não fosse esse bando, que nomino *meu*, as palavras escritas aqui estariam quiçá num campo de ideias, possivelmente mortas, vazias, inaudíveis. Não escreveria uma palavra sequer. Mas bem, *com* e *por* essas gentes findo o doutorado (podia ser um curso de fotografia, de poesia, de música, de teatro, de cinema, de conversa, de pescaria, enfim: todos com a mesma relevância) e presto meus sinceros agradecimentos:

Aos meus pais, Giovani e Neiva, e à minha irmã Rocheli, que me apoiaram, me incentivaram e deram toda a sustentação para que eu chegasse até aqui. A distância me produziu saudades e fez reafirmar que vocês são as pessoas mais lindas do mundo.

À minha esposa Virgínia, que comigo é cheia de devires: companheira, amiga, colega, pensadeira e militante. Agradeço a ti pelo amor e pelas inúmeras leituras que realizou deste trabalho, contribuindo com opiniões densas e consistentes. Te amo!

À Stela Meneghel, minha orientadora, referência, inspiradora e autora deste trabalho, que desde sempre vem produzindo inúmeras escritas comigo a quatro mãos.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aos professores e colegas.

Ao professor Lupicínio Iñiguez, ao grupo de pesquisa LAICOS e à Universidade Autônoma de Barcelona, que me proporcionaram um intercâmbio cheio de intensidade.

Ao Humberto, Clarice, Wilian e Jéssica pela amizade.

Às mulheres que encontrei durante a pesquisa e que permitiram gentilmente eu adentrar em suas vidas, me abrindo suas caixas de pandora (cheias de mazelas mas transbordadas de esperança).

Aos meus amigos do trabalho, do futebol, da infância e da adolescência. Meus amigos de Cruz Alta e de Porto Alegre. Meus amigos que já nem sei onde estão. Que já nem sei se são meus amigos. Amigos que já não os vejo. Amigos da noite e do dia, da música e da poesia, da política e da poética, da ética e da camaradagem.

Agradeço todas as gentes que produziram belezuras ao meu viver. *Gracias!*

Aprendo com abelhas do que com aeroplanos.

É um olhar para baixo que eu nasci tendo.
É um olhar para o ser menor, para o insignificante que eu me criei tendo.
O ser que na sociedade é chutado como uma barata – cresce de importância para o meu olho. Ainda não aprendi por que herdei esse olhar para baixo. Sempre imagino que venha de ancestralidades machucadas.

Fui criado no mato e aprendi a gostar das coisinhas do chão – Antes que das coisas celestiais.

Pessoas pertencidas de abandono me comovem: tanto quanto as soberbas coisas ínfimas.

Manoel de Barros

RESUMO

CECCON, Roger Flores. **Vidas nuas**: mulheres com HIV/aids em situação de violências de gênero. 2016. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

A epidemia de HIV/aids e a violência de gênero em mulheres apresentam elevada prevalência, configurando graves problemas de saúde pública. O objetivo geral deste estudo foi conhecer as trajetórias de vida de mulheres com HIV/aids em situação de violência de gênero. Os objetivos específicos foram: analisar as vulnerabilidades decorrentes das desigualdades de gênero, raça e classe social nas vidas de mulheres com HIV/aids; identificar as iniquidades presentes nas vidas destas mulheres e caracterizar como se constituem as vidas de mulheres com HIV/aids em situação de violência de gênero a partir dos conceitos de fascismo social, biopolítica e vidas nuas. É um estudo qualitativo que utilizou narrativas de 61 mulheres com HIV/aids em situação de violência cadastradas no Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/aids em um município do interior do Rio Grande do Sul, que apresenta a 5ª maior prevalência da doença entre as cidades brasileiras. Para a discussão e compreensão dos dados foi utilizada a análise de narrativa, considerando-se as experiências femininas de viver com HIV/aids e sofrer violências de gênero. A maioria das mulheres era jovem, solteira, com pouca escolaridade, pobre e inserida precariamente no mercado de trabalho. Grande parte adquiriu a doença do companheiro, eram negras, com início da vida sexual antes dos 15 anos, não usavam preservativos e referiram em média de nove anos vivendo com HIV/aids. Em suas trajetórias, sofreram diferentes formas de opressão/exploração na vida privada e no trabalho, em contextos de desigualdades que as vulnerabilizaram antes e depois de adoecer. Mulheres pobres, negras e com HIV/aids referiram preconceito, discriminação e iniquidades como efeitos do capitalismo patriarcal racista. As negras narraram preconceitos e rejeição em decorrência da cor da pele e por serem portadoras de uma doença estigmatizada na sociedade. As pobres precisaram ocupar postos de trabalho precários e informais, e muitas se prostituíram para sobreviver. Todas sofreram discriminações, agudizadas pelo fato de serem portadoras de HIV/aids, indicando que os contextos socioeconômicos de pobreza e racismo aumentam a vulnerabilidade ao HIV/aids e pioram a vida das que adquirem a doença. As hierarquias de gênero ocasionaram dificuldades referentes à sexualidade e à conjugalidade, à falta de autonomia para negociar direitos sexuais nas relações maritais e com clientes, mantendo segredo em relação ao HIV/aids para evitar a culpabilização e o rechaço de familiares, amigos e comunidade. A biopolítica e o fascismo social são formas de governo capazes de determinar o limite entre a vida protegida e a vida exposta à morte daqueles considerados supérfluos, descartáveis e, portanto, matáveis. A biopolítica, em relação a mulheres com HIV/aids, preocupa-se apenas em não deixar morrer, podendo-se considerar que são “vidas nuas”, marcadas pela pauperização, feminização e racialização da epidemia e a superposição das vulnerabilidades sociais indica que não se pode isolar os determinantes ou tratar a doença apenas em seus aspectos biológicos. Este estudo descortinou as condições de sofrimento, violências e discriminações em que vivem mulheres com HIV/aids em um município do interior do

Rio Grande do Sul, considerando-as vidas precárias, descartáveis, vidas nuas. É responsabilidade do Estado produzir políticas públicas para o HIV/aids e para as violências, que considerem os determinantes de gênero, raça e classe social e disponibilizar cuidado integral, equânime e resolutivo às mulheres com HIV/aids.

Palavras-chave: HIV. Aids. Violência de gênero. Violência contra a mulher. Gênero. Raça e saúde. Classe social.

ABSTRACT

CECCON, Roger Flores. **Naked lives**: women with HIV / AIDS in situations of gender violence. 2016. 200 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

The HIV/SIDA epidemic and gender violence in women are highly prevalent, resulting in serious public health problems. The general objective of this study was to know the life trajectories of women with HIV/SIDA in situations of gender violence. The specific objectives were: to analyze vulnerabilities arising from inequalities in gender, race and social class in the lives of women with HIV/SIDA; to identify the iniquities present in the lives of these women and to characterize the lives of women with HIV/SIDA in situations of gender violence from the concepts of social fascism, biopolitics and naked lives. It is a qualitative study that used narratives of 61 women with HIV/SIDA in a situation of violence registered in the STD/HIV/SIDA Specialized Service in a municipality in the interior of Rio Grande do Sul, which presents the 5th highest prevalence of the disease among The Brazilian cities. For the discussion and understanding of the data, the narrative analysis was used, considering the female experiences of living with HIV/SIDA and suffering gender violence. Most of the women were young, single, with little schooling, poor and poorly placed in the labor market. Most of them acquired the disease of the partner, were black, with sexual onset before the age of 15 years, did not use condoms and reported on average nine years living with HIV/SIDA. In their trajectories, they suffered different forms of oppression/exploitation in private life and at work, in contexts of inequalities that made them vulnerable before and after becoming ill. Poor, black and HIV/SIDA women have reported prejudice, discrimination and inequities as the effects of patriarchal racist capitalism. Black women have narrated prejudices and rejection as a result of their skin color and because they carry a stigmatized disease in society. The poor needed to occupy precarious and informal jobs, and many prostituted themselves to survive. All have suffered discrimination, exacerbated by the fact that they carry HIV/SIDA, indicating that socioeconomic contexts of poverty and racism increase vulnerability to HIV/SIDA and make life worse for those who acquire the disease. Gender hierarchies have caused difficulties related to sexuality and conjugality, lack of autonomy to negotiate sexual rights in marital and client relations, keeping secrets about HIV/SIDA to avoid blame and the rejection of family, friends and community. Biopolitics and social fascism are forms of government capable of determining the boundary between the protected life and the life exposed to the death of those considered superfluous, disposable and therefore killable. Biopolitics, in relation to women with HIV/SIDA, only worries about not letting them die and can be considered as "naked lives", marked by the pauperization, feminization and racialization of the epidemic, and the overlapping of social vulnerabilities indicates that One can isolate the determinants or treat the disease only in its biological aspects. This study revealed the conditions of suffering, violence and discrimination in which women living with HIV/SIDA live in a municipality in the interior of Rio Grande do Sul, considering them to be precarious, disposable lives, naked lives. It is the responsibility of the State to produce public policies on HIV/SIDA and violence, which consider determinants of gender, race and

social class, and provide comprehensive, equitable and resolute care to women with HIV/AIDS.

Keywords: HIV. Sida. Violence of gender. Violence against women. Genre. Race and health. Social class.

RESUMEN

CECCON, Roger Flores. **Vidas desnudas**: mujeres con VIH / SIDA en situaciones de violencia de género. 2016. 200 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

La epidemia del VIH/SIDA y la violencia basada en el género en la mujeres tienen una alta prevalencia, el establecimiento de graves problemas de salud pública. El objetivo de este estudio fue saber las trayectorias de vida de las mujeres con VIH/SIDA en situación de violencia de género. Los objetivos específicos fueron analizar las vulnerabilidades derivadas de la desigualdad de género, la raza y la clase social en la vida de las mujeres con VIH/SIDA; reconocimiento de las desigualdades presentes en la vida de estas mujeres y caracterizar como son la vida de las mujeres con VIH/SIDA en situación de violencia de género desde los conceptos de fascismo social, biopolítica y vidas desnudas. Se trata de un estudio cualitativo utilizando narrativas de 61 mujeres con VIH/SIDA en situaciones de violencia registrada en el Servicio de Atención Especializada de ETS/VIH/SIDA en una ciudad del interior de Rio Grande do Sul, que tiene la quinta más alta prevalencia de la enfermedad entre ciudades brasileñas. Para la discusión y comprensión de los datos se utilizó el análisis narrativo, teniendo en cuenta las experiencias de las mujeres de vivir con el VIH/SIDA y sufren violencia de género. La mayoría de las mujeres eran jóvenes, solteras, con poca educación, pobres y mal insertado en el mercado laboral. Gran parte adquirida del compañero la enfermedad, eran negro, con el inicio de la actividad sexual antes de los 15 años, no hizo uso de condones y reportaron un promedio de nueve años que viven con el VIH/SIDA. En sus caminos, que han sufrido diferentes formas de opresión/explotación en la vida privada como en el trabajo, en contextos de desigualdad que vulnerabilizaron antes y después de enfermarse. Las mujeres pobres, negros y con el VIH/SIDA mencionan los prejuicios, la discriminación y las desigualdades como los efectos del capitalismo patriarcal y racista. Las mujeres negras narró los prejuicios y el rechazo debido al color de la piel y debido a que están llevando a una enfermedad estigmatizada en la sociedad. Las pobres tenían para ocupar puestos de trabajo precarios e informales, y muchas prostituirse para sobrevivir. Toda discriminación que sufren, agudizado por el hecho de que viven con el VIH/SIDA, lo que indica que los contextos socio-económicos de la pobreza y el racismo aumento de la vulnerabilidad al VIH/SIDA y empeoran la vida de contraer la enfermedad. Las jerarquías de género causaron dificultades relacionadas con la sexualidad y la conyugalidad, la falta de autonomía para negociar los derechos sexuales en las relaciones maritales y clientes, mantener el secreto sobre el VIH/SIDA para evitar la culpa y el rechazo de familiares, amigos y la comunidad. La biopolítica y el fascismo social son formas de gobierno capaces de determinar el límite entre la vida protegida y la vida en peligro de muerte los que se consideran superfluos, desechable y, por tanto, killable. La biopolítica, para las mujeres con VIH/SIDA, se ocupa solamente de no dejar que muera, se puede considerar que son "vida desnuda", marcada por la pobreza, la feminización y la racialización de la epidemia y la superposición de vulnerabilidad social indica que hay se puede aislar los determinantes o tratar la enfermedad sólo en sus aspectos biológicos. Este estudio reveló condiciones del

sufrimiento, la violencia y la discriminación en las mujeres que viven con el VIH/SIDA en una ciudad del interior de Rio Grande do Sul, teniendo en cuenta las vidas precarias, desechables, vidas desnudas. Es la responsabilidad del Estado producir políticas públicas para el VIH/SIDA y la violencia, para considerar los determinantes de género, raza y clase social, y prestar asistencia integral, equitativa y resolutiva a las mujeres con el VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH. Sida. La violencia de género. La violencia contra las mujeres. Género. La raza y la salud. Clase social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CD4	Células de Defesa 4
DDM	Delegacia de Defesa das Mulheres
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	21
2 CONCEPÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	28
2.1 Gênero e patriarcado: imbricações letais	28
2.2 Violências de gênero: as formas apocalípticas de dominação feminina	34
2.3 Feminina, feminizada: a epidemia de HIV/aids	41
3 AS FERRAMENTAS: DESENHO, MÉTODOS E TÉCNICAS	47
3.1 As perspectivas do estudo.....	47
3.2 Os marcos teórico-metodológicos	47
3.3 As participantes	50
3.4 Local e período da produção da pesquisa de campo	50
3.5 Geração e produção dos dados.....	51
3.6 Análise dos dados.....	52
3.7 Ética da pesquisa	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1 Nessa terra mulher tem dono!.....	Erro! Indicador não definido.
retratos: tenho nojo de homem, mas parece que sempre preciso de um.....	79
4.2 Primeira narrativa: as vozes das mulheres.....	82
retratos: preta, pobre, mulher e aidética.....	94
4.3 Segunda narrativa: as vozes das mulheres negras ..	Erro! Indicador não definido.
retratos: o que mais tenho é fome!.....	64
4.4 Terceira narrativa: as vozes das mulheres pobres	66
4.5 Quarta narrativa: vidas descartadas	110
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	129
ANEXO A – Parecer do CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	159
APÊNDICE A – Autorização para coleta de dados	160
APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	161

APÊNDICE C – Carta Convite	162
APÊNDICE D – Termo de compromisso de utilização de dados.....	163

APRESENTAÇÃO

Esta Tese de Doutorado está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na linha de pesquisa “Enfermagem e Saúde Coletiva”, e centra-se na problemática das violências de gênero e sua interface com a vivência de HIV/aids por mulheres. É fruto das modelagens e arranjos de trabalho que experienciei no campo da saúde pública, que iniciou a dez anos em um serviço especializado em HIV/aids de uma cidade no interior do país. Naquela época, não imaginava os tempos futuros que estariam por vir, mas o desejo de cursar doutorado e produzir uma tese pulsava em mim como num flerte. Esse sonho se encheu de potência e se tornou real. Desde lá, encontrei pessoas que me conduziram pacientemente até aqui, semelhantemente aos anjos de Wim Wenders no clássico “*Asas do desejo*”.

No filme, vimos que, só em Berlim, existem centenas de anjos. Andarilham pela cidade ao acaso, invisíveis, solitários, observando em silêncio o sofrimento dos mortais. Quando querem, ouvem os pensamentos de homens, mulheres e crianças, e ao perceber que a alma do humano se enche de desejo, toca-lhe o ombro, com a ponta dos dedos, e o corpo do mortal, às vezes combalido, retoma vigor inesperado, como um renascimento, e o anjo faz alcançar o tão desejado sonho.

Diferentemente do filme de Wenders, meus anjos são humanos. Perambulam em corpos e possuem desejos, como o de auxiliar a sanar minhas inquietudes, produzir vida, alcançar anseios, entre eles escrever essa tese de doutorado. Mas uma tese não é apenas uma escrita, um texto, uma pesquisa. É, para mim, um agenciamento de afetos, em que sou afetado por encontros. Todos os anjos que encontrei, de alguma forma, foram imprescindíveis. E como ajudaram esses anjos? Me ensinando a olhar, como no relato de Eduardo Galeano, em que o menino, diante do mar, fica mudo de beleza, e pede pro pai ensiná-lo a ver. Eles, simplesmente, abriram meus olhos. Fomos formando uma rede de sentimentos, que brotaram angústias descritas nesse trabalho.

Este escrito resulta de coisas vividas. Primeiro, de uma vivência acontecida no encontro, na escuta, no olhar, no silêncio, no exemplo, no toque e no afeto. Nas gigantescas coisas miúdas que passam ligeiramente pelo nosso olfato. Na vida

produzida e continuamente desconstruída em bandos, em tribos nômades de pessoas potentes: familiares, esposa, amigos, conhecidos, professores, colegas. Todos inquietos! Um escrito construído nas longas viagens da cidade interiorana onde nasci à capital dos gaúchos. Nas amizades que fiz na “cidade grande”, nos mochileiros que encontrei enquanto morava num hostel, nos bons amigos que deixei, nos que já se foram, nos colegas que passaram, enfim. Por todos os discursos que me agenciam desde tenro passado. Fui produzindo um olhar para o que me significa, para aquilo que me é importante.

Em segundo lugar, este escrito parte do encontro com quem encheu meu cantil de afeto, quem me pegou no braço, como mãe, e disse: é por aqui! Meu encontro com Stela foi ao acaso, e o acaso foi tão generoso que me brindou com a dose exata. Stela é múltipla e se movimenta em meio à multidão. É uma mulher de bandos, tribos. Cria, produz, inventa. É da saúde coletiva, da medicina, da psicologia, da enfermagem, da epidemiologia, da filosofia, da antropologia. É mãe e feminista. É cheia de devires. Gestamos, nesse trabalho em dupla, seis anos de amizade.

Por último, e não menos importante, é a relação de afeto que construí com algumas pessoas que vivem com HIV/aids. De 2004 pra cá, conheci centenas, e me propus ouvir suas histórias, medos, vontades, anseios. Sensibilizei-me. Muitas se tornaram amigas. São pessoas silenciadas, esquecidas, desterritorializadas, desproduzidas de potência. Portam, como quem carrega um fardo, uma doença, um vírus, e para a sociedade se resumem a isso. Mas, como diz Espinosa, o que pode um corpo? De que afetos são capazes? Ouvir suas histórias e perceber suas carências foi o estopim que me fez pensar essas vidas. Fui ouvinte como o soldado de guerra em estado vegetativo que escuta a confissão da mulher solitária retratado no filme de Atiq Rahimi. Percebemos, em “*A pedra da paciência*”, que a narrativa produz caminhos para recomeçar a vida.

Essa Tese é uma pesquisa sobre situações vivenciadas por mulheres com HIV/aids, uma doença que, em nossa sociedade, carrega uma conotação extremamente negativa. Pretendo investigar como se constituíram as trajetórias de vida de mulheres vítimas de violências e que elementos as tornaram vulneráveis.

Para isso, reacendi a arte de ouvir narrativas, embora Walter Benjamim observe que já não contamos mais histórias. As velhas profissões artesanais que produziam contadores de histórias desapareceram: o marujo, que saiu pelo mundo e voltou contando suas peripécias; ou o artesão, que não saiu, mas possui a experiência exemplar para ser narrada, foram exterminadas pela nova organização da sociedade. Já não há mais cantos de trabalho. Cantigas registradas pelos neo-realistas italianos, em filmes como *Arroz Amargo* e *Strômboli*, onde presenciamos pessoas comuns que dão significado ao trabalho estafante por meio de canções. Já não há mais a concatenação dos três elementos: alma, olho e mão, essenciais para o contar histórias. E nem há tempo para ouvir histórias em um mundo acelerado, onde não temos tempo nem para esperar as nossas almas (MENEGHEL, 2007).

Não se trata de uma pesquisa neutra, embora a lógica cartesiana da academia exija certo “afastamento do pesquisador”. Propomos um estudo sobre problemas sociais que necessitam ser visibilizados e que são permeados por subjetividades, já que o foco são mulheres com HIV/aids e suas trajetórias, e como os arranjos da vida contribuem para torná-las suscetíveis às adversidades presentes em uma sociedade patriarcal e capitalista. Elencamos, mais especificamente, mulheres que sofreram agressões, dando continuidade a estudos nos quais foram evidenciadas elevadas taxas de violências de gênero (CECCON; MENEGHEL, 2015; CECCON, 2012) e ideação suicida em mulheres com HIV (CECCON; MENEGHEL; HIRAKATA, 2014).

Ao ouvir histórias contadas por essas mulheres, rememorei um trecho extraído do livro de David Lapoujade (2002), na esteira de Deleuze e Beckett: trata-se de um corpo que não aguenta mais, para os quais já é difícil andar de bicicleta, difícil caminhar, difícil simplesmente se arrastar, e depois ainda, difícil permanecer sentado. Mesmo nas situações que exigem cada vez menos esforço, o corpo não aguenta mais. Tudo se passa como se as mulheres estivessem completamente vencidas.

Mas o que o corpo não aguenta mais? Ele não resiste a tudo aquilo que o coage, externa e internamente. A coação do corpo descrita por Nietzsche em *Para a genealogia da moral*, o civilizatório adestramento do homem, a ferro e fogo, que resultou na forma-homem que conhecemos. Foucault descreveu a modelagem do corpo moderno, sua docilização por meio de tecnologias disciplinares, que desde a revolução

industrial otimizaram suas forças. Pois bem, o corpo não aguenta precisamente o adestramento e a disciplina, a culpabilização, a violência, o desprezo, a vida incessante, desprovida de prazer, criatividade e potência (PELBART, 2011).

Barbara Stiegler (2006), num notável estudo sobre Nietzsche, refere que o filósofo considerava que todo sujeito vivo (e aqui incluímos as mulheres com HIV/aids) é primeiramente um sujeito afetado, um corpo que sofre de afecções, de encontros, da alteridade, uma infinidade de estímulos e excitações. Só assim, através do afeto, o corpo resiste, e para continuar a ser afetado, o sujeito precisa ficar atento às excitações. Deleuze também insiste: um corpo não cessa de ser submetido aos encontros, com a luz, o oxigênio, os sons e as palavras. Um corpo é primeiramente encontro com outros corpos, é sinônimo de certa impotência, e é dessa impotência que extrai uma potência superior (PELBART, 2011). Minha preocupação, aqui, é com a vida das mulheres com HIV/aids e os poderes investidos sobre elas através de violências. É a vida, e não a morte, que pretendo investigar. Quero falar não só das violências, mas também sobre as mulheres, e não de maneira formal, ou apenas científica e objetiva, mas de um modo implicado e integral.

Enfim, espero que este texto simplesmente reacenda, em mim e naqueles e naquelas que o lerão, a evocação e o questionamento existente sobre o tema das violências. Uma situação que necessita ser revertida em potência. Tentar-se-á, pois, escrever para repensar clausuras: políticas, existenciais e temporais, mesclando diferentes maneiras de ver o mundo. E por que mulheres com HIV/aids? Pela minha ansiedade de tentar desfazer a estranheza e medo que essa condição produz na sociedade. Uma situação que me descortina. Por fim, uma situação que me toca.



LEVASSEUR (2015)¹

¹ Este trabalho foi ilustrado com imagens de Alexandra Levasseur, uma artista canadense conhecida por suas criações surreais e vívidas que cercam mulheres sonhadoras, que muitas vezes aparecem com múltiplas faces, ou em processo de movimento e transformação. Escolhemos pinturas que expressam o contexto vivenciado pelas mulheres que encontramos.

1 INTRODUÇÃO

Esta Tese de Doutorado investiga e busca aprofundar o conhecimento acerca do tema das *violências de gênero em mulheres com HIV/aids* a partir de uma perspectiva crítica. Partimos das concepções dos campos da Enfermagem, da Saúde Coletiva e da Psicologia Social, embora não exclusivos, tendo em vista a complexidade do tema e a necessidade de dialogar com autores de outras vertentes do conhecimento. Para isso, foram ouvidas narrativas e analisadas criticamente as trajetórias de vida de mulheres, todas marcadas por agressões psicológicas, físicas e/ou sexuais, além da vivência com HIV/aids, condição considerada na sociedade uma sentença e um significado anunciado de morte. Mulheres vulnerabilizadas, silenciadas e invisibilizadas, tendo em vista os efeitos ideológicos mantenedores das desigualdades de gênero e de poder nas relações sociais.

Em contraste às investigações baseadas em modelos biomédicos e/ou abordagens pautadas no comportamento individual, esta tese utiliza uma perspectiva feminista e parte do pressuposto de que as violências de gênero são manifestações socioculturais: os homens aprendem a violentar. Por conseguinte, ao invés de examinar histórias clínicas de homens violentos, buscar motivos explicativos individuais, patologias ou justificativas cognitivas para as violências, utilizam-se narrativas de mulheres que sofreram agressões cruéis e sexistas, tendo em vista a necessidade de compreender as consequências a partir das vítimas que as experienciaram (LEGRAND, 2015; SEGATO, 2003).

Tanto o HIV/aids como as violências são problemas sociais de extrema importância para os campos da saúde, ciências sociais, jurídicas e humanas, apresentam elevadas prevalências no mundo e as políticas públicas produzidas no Brasil tem demonstrado pouca efetividade na prevenção desses agravos. Portanto, há uma multiplicidade de dimensões possíveis de serem exploradas e lacunas sobre os temas (HATCHER et al. 2015).

Ainda que haja opressões comuns a todas as mulheres, existem marcadores sociais de diferenciação que potencializam a vulnerabilidade social e de gênero de algumas em relação às outras. Portanto, entendemos que as “violências de gênero” e a

“vivência com HIV/aids” são marcadores que estão relacionados, principalmente em mulheres negras e pobres, situação observada em pesquisas realizadas por Barros, 2011; Ceccon, 2012; Ceccon; Meneghel, 2015; Ceccon; Meneghel; Hirakata, 2014; Devries et. al, 2011; Garcia-Moreno et. al, 2006; Hayes, 2015.

Estudos brasileiros em diferentes contextos estimaram elevadas taxas de prevalência de violências em mulheres com HIV/aids, em que 72% sofreram violência de gênero: 63% psicológica, 52% física e 28% sexual; e que violências físicas e sexuais, geralmente coexistentes, correspondem a mais da metade dos casos (BARROS, 2011; CECCON, 2012; 2014; 2015). Nestes estudos, muitas mulheres sequer reconhecem as violências sofridas, no qual aceitam naturalmente as agressões como forma de controle e/ou punição por não cumprirem os papéis socialmente a elas designados. A elevada prevalência de violências neste grupo de mulheres, acrescida da alta magnitude de HIV/aids em alguns países, evidencia a necessidade de considerar o contexto e as trajetórias de vida femininas na formulação de Políticas Públicas, buscando compreender a dinâmica social que as tornam vulneráveis às violências e como as desigualdades de gênero operam nesse contexto (HARLING, 2015; MOHAMMADI, 2015; OPAS, 2002; SANTOS, 2009; VLAHOV, 1998;).

Viver com HIV/aids e sofrer violências são condições que se assemelham, estando associadas à violação e negligência de direitos humanos, às iniquidades de gênero, classe social e raça. Ambas resultam de sistemas culturais machistas e patriarcais, de uma sociedade capitalista e racista, que estimula a competição entre homens e mulheres e produz práticas cotidianas de dominação e exploração feminina, com pouca ou nenhuma intervenção do Estado. Além do mais, mulheres com HIV/aids e/ou que sofrem violências vivem em relações sociais cerceadas por conflitos, pois ambas situações geram preconceito, culpabilização, estigma e desqualificação das mulheres (OKAREH, 2015; SCHRAIBER, BARROS, CASTILHO, 2010).

As violências podem ser marcadores sociais que acentuam a vulnerabilidade das mulheres para HIV/aids – quando infectada por violência sexual - ou o vírus pode aumentar a possibilidade de ocorrer violências – quando as mulheres revelam o diagnóstico ao companheiro, por exemplo. Entretanto, não é possível estabelecer relação de causa/efeito ou associação temporal padrão entre estes eventos, embora se

estime que uma em cada sete infecções pudesse ter sido evitada se as mulheres não fossem submetidas às violências ou não estivessem em desigualdade de poder nos relacionamentos. Além do mais, outros marcadores contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids e à violências, como condições individuais, programáticas e sociais, incluindo a subordinação de gênero (JEWKES, 2010).

Portanto, é imprescindível a utilização da categoria gênero para investigar as trajetórias e os contextos de vida das mulheres com HIV/aids que sofrem violências. Pensar gênero implica perceber as mulheres como sujeito valorativamente subordinado, dominado e explorado, posto que a garantia social de sua dignidade e integridade estão condicionadas à tutela do masculino. Ainda, a autoridade dominante busca impor às mulheres a passividade, o formalismo e o silêncio, como um “anteparo diante do público”, e as mulheres com HIV/aids são vistas como promíscuas e desregradas sexualmente. Assim, em contextos machistas e conservadores há uma exacerbação de episódios de preconceito, estigma e rejeição social à essas mulheres, podendo culminar em todos os tipos de violências, inclusive homicídios (GOTTERT, 2016; MARCONDES-FILHO, 2001).

Esse estudo utilizou, como lócus, um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, considerado aos moldes sociais da cultura tradicional gaúcha: machista, sexista e patriarcal, embora não muito diferente das demais regiões e cidades brasileiras. O Rio Grande do Sul é historicamente o estado brasileiro que apresenta as maiores cifras da epidemia do país e elevada prevalência de violências, e o município em questão tem a quinta maior taxa de incidência de HIV/aids entre as cidades brasileiras (BRASIL, 2014). Em municípios do interior, a cultura tradicional gaúcha veicula um modo de vida marcado por desigualdades de poder entre os gêneros, pelos papéis femininos e masculinos, por um moralismo referente às condutas sexuais e familiares próprias de sociedades de honra. A honra, nesses contextos, delimita normas, regras de conduta e hierarquias, e a honra masculina se liga ao direito, à autonomia e à autoridade pública, ao passo que a honra feminina se define na relação com os valores de possibilidade sexual e fidelidade (PERISTIANY; PITT-RIVERS, 1992; ROHDEN, 2006).

Nesta pesquisa, supõe-se que as trajetórias de vida de mulheres com HIV/aids, em sociedades patriarcais e sexistas, sejam marcadas por iniquidades de gênero que operam para fortalecer a dominação masculina e manter as ideologias existentes, sendo a violência sua manifestação mais extrema. Assim, diferentes formas de violências podem ser utilizadas, desde mais brandas e invisibilizadas, como a violência verbal e institucional, até mais graves, como estupros e homicídios, visto que os corpos das mulheres podem servir como depositário da honra masculina. Essa situação é agudizada pelo fato de viverem com uma doença estigmatizada, sendo lhes imputadas sentimentos de promiscuidade e culpa, o que acaba produzindo ainda mais rechaço social e dificultando a possibilidade de resistência (REIHLING, 2010; UN, 1993).

Na literatura, há um debate intenso sobre as condições de desigualdades de gênero e violências que são vítimas as mulheres, havendo necessidade de estudos que priorizem grupos específicos, como mulheres negras, pobres, prostitutas, migrantes e com HIV/aids, visto que são condições sociais de diferenciação e que podem ter cenários, causas, efeitos, e dinâmicas diferentes. Especificamente sobre os cenários e contextos, as desigualdades de gênero e as violências de que são vítimas as mulheres com HIV/aids, há poucos estudos encontrados na literatura, embora as condições clínicas da doença e a feminização da epidemia tenham sido bastante estudados nos últimos anos (HAYASHI, 2016; OJIKUTU, 2016; SCHULKIND, 2016).

Portanto, este estudo foi realizado com o propósito de analisar criticamente e visibilizar a existência de algumas situações vividas por mulheres e ainda pouco exploradas, principalmente em relação à interface entre HIV/aids e violências de gênero. Justifica-se pelo fato da doença ainda ser uma condição envolta por preceitos morais, discriminatórios e estigmatizantes; ser uma doença que apresentou rápido aumento entre mulheres; existir situações de dificuldades sociais das mulheres que vivem com a doença; haver iniquidades na atenção voltada aos diferentes grupos de mulheres (prostitutas, negras, pobres, adolescentes, grávidas); e o modelo biomédico hegemônico se propor apenas a não deixá-las morrer, não considerando quem são, o modo como vivem, e as altas prevalências de violências de gênero nesse grupo. Além do mais, as narrativas possibilitam às mulheres ressignificar suas vidas e construir-se de outro modo por meio do discurso que produzem.

Tendo em vista a necessidade de aprofundar a compreensão sobre o tema do HIV/aids e das violências na vida das mulheres, foram elaboradas questões de pesquisa que nortearam a condução do estudo: Como foram sendo produzidas as vivências de mulheres vítimas de iniquidades de gênero, de violências sexistas e do HIV/aids em uma sociedade capitalista, patriarcal e racista? Que violências são essas e como se manifestam na vida das mulheres? Como atuam o racismo, a pobreza e as desigualdades de gênero em relação ao HIV/aids em mulheres? Que narrativas são produzidas e como se constituem as relações de poder?

Portanto, este estudo tem como objetivo geral conhecer as trajetórias de vida de mulheres com HIV/aids em situação de violência de gênero em um município do interior sul do Brasil.

Como objetivos específicos, esta pesquisa busca:

- Analisar as vulnerabilidades decorrentes das desigualdades de gênero, raça e classe social nas vidas de mulheres com HIV/aids;
- Identificar as iniquidades presentes nas vidas de mulheres com HIV/aids em situação de violência de gênero;
- Caracterizar como se constituem as vidas de mulheres com HIV/aids em situação de violência de gênero a partir dos conceitos de fascismo social, biopolítica e vidas nuas.

Esta Tese está dividida em nove capítulos, buscando a complementariedade entre eles para alcançar os objetivos propostos neste trabalho. Após as seções “Apresentação” e “Introdução”, o capítulo 3 apresenta uma revisão da literatura existente sobre as problemáticas do estudo, balizada por elementos teóricos, conceituais e epistemológicos. Nesse capítulo, são abordados os temas “gênero”, “violências de gênero” e “feminização da epidemia de aids”.

No capítulo 4 é abordado o percurso metodológico utilizado para alcançar os objetivos propostos. Descreve-se a perspectiva do estudo, os marcos teórico-metodológicos, o campo da pesquisa, as participantes, as técnicas para geração e análise dos dados e as considerações éticas.

No capítulo 5, denominado “Nesta terra mulher tem dono e lugar!” apresenta-se a descrição do cenário cultural do município onde foi realizado o estudo. No capítulo 6 é

apresentada a narrativa denominada *retratos: preta, pobre, mulher e aidética* e seção *As vozes das mulheres negras*, onde são discutidas como as discriminações raciais vulnerabilizam as mulheres com HIV/aids.

O capítulo 7 apresenta a narrativa *retratos: o que mais tenho é fome!* e após é discutida a relação entre pobreza, desigualdades sociais e HIV/aids em mulheres, cuja seção é denominada *As vozes das mulheres pobres*. Discutem-se os efeitos do sistema capitalista patriarcal e complementa-se a discussão iniciada no capítulo anterior focada no contexto racial, procurando agregar a questão de classe a partir da compreensão de que a opressão feminina é decorrente das intersecções entre classe, gênero e raça. O capítulo 8 traz à tona o debate acerca das desigualdades de gênero através da narrativa *retratos: tenho nojo de homens, mas parece que sempre preciso de um* e da seção *ideologias e iniquidades de gênero*. Discute-se como operam as iniquidades de gênero e quais efeitos produzem sob mulheres que vivem com HIV/aids, além de problematizar as ideologias de gênero que contribuem para a não garantia de direitos femininos, pressupondo que se trata de uma concepção que contribui para a precarização da vida em sociedades patriarcais, capitalistas e racistas.

O capítulo 9, denominado *vidas descartadas*, discute como se constituíram as vidas das mulheres com HIV/aids e como foram sendo excluídas da sociedade, se constituindo em vidas nuas expostas ao sacrifício e à morte. O capítulo 10 apresenta as considerações finais do trabalho, articulando os elementos teóricos com os achados do estudo de acordo com seus objetivos. Por fim, ao longo do trabalho foram apresentadas pinturas de mulheres – que consideramos muito semelhantes das que encontramos na pesquisa de campo e entrevistamos neste estudo - produzidas pela artista Alexandra Levasseur.



LEVASSEUR (2015)

2 CONCEPÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS

Este estudo foi produzido a partir de concepções teóricas que dialogam com os dados empíricos gerados na pesquisa de campo. Foi explorada e revisitada a literatura produzida por autores nacionais e internacionais sobre os temas e elencadas três categorias para fundamentar teoricamente esta Tese: Gênero e Patriarcado; Violências de gênero; Feminização da epidemia de aids.

2.1 Gênero e patriarcado: imbricações letais

A perspectiva teórica relativa ao gênero adotada neste estudo utiliza conceitos localizados social, histórica e politicamente, que apresentam diferentes significados conforme o lugar e o tempo em que são enunciados. É necessário, portanto, problematizar as ideologias presentes nos discursos cunhados pelas culturas e práticas de gênero, visibilizando a economia simbólica que instala o regime hierárquico que reproduz desigualdades (SEGATO, 2003).

De acordo com Scott (1990), o conceito de gênero, apesar de ser encontrado em dicionários e estudos no século XVII, foi considerado como categoria de investigação analítica somente no final do século XX, dando legitimidade para os estudos feministas. No Brasil, iniciou-se a incorporação do conceito à pesquisa e prática política no final da década de 1980, possibilitando ampliações na produção de conhecimento sobre as chamadas questões da condição feminina. Parte do campo referente aos “estudos de mulheres” se redefiniu nesse momento para “estudos de gênero” (O’TOOLE; SCHIFFMAN, 1997).

A visibilidade e a legitimação do conceito de gênero foram plasmadas pelo movimento feminista contemporâneo, que denunciou a opressão de gênero, raça e classe social vivenciada pelas mais variadas sociedades ao longo do tempo. O feminismo é um campo de estudo que reconhece que homens e mulheres têm experiências diferentes e reivindica que sejam tratadas não como iguais, mas equivalentes, além de denunciar que a vivência masculina foi privilegiada ao longo da

história, enquanto a feminina negligenciada e desvalorizada (FRAISSE, 1995; JONES, 1994; LOURO, 1999; SCOTT, 1990).

O feminismo é um campo político e epistemológico que abrange diferentes vertentes teóricas. No campo teórico-epistemológico encontra-se o “empirismo feminista”, o “ponto de vista feminista” e o “pós-estruturalismo feminista”. Ao longo da história, aconteceram momentos conhecidos como “ondas do feminismo”, historicamente construídas conforme as necessidades políticas, o contexto social e as possibilidades discursivas de cada tempo. Na atualidade, não há um só feminismo, unívoco e totalizante, mas uma série de correntes teóricas que utilizam a categoria gênero como marcador social (BUTLER, 2003; COSTA, 2002; EICHLER, 1988; HARDING, 1986, 1987; LOURO, 1999; KELLER, 1985, 1996; NEGRÃO, 2002; NOGUEIRA, 2001; SCOTT, 1990; TOLEDO, 2003; WILKINSON, 1986, 1998;).

O conceito de gênero foi originado nas ciências sociais e apresenta diferentes conceituações. Neste trabalho, é utilizada a definição de gênero construída por Joan Scott (1990), que o define como constitutivo de relações sociais de poder fundadas nas diferenças entre os sexos, implicando em quatro elementos: (i) os símbolos culturais sobre as representações de cada sexo; (ii) o conjunto de normas para definir o feminino e o masculino; (iii) o binarismo de gênero e (iv) a identidade sexual subjetiva pautada em prescrições. É distinguida a dimensão biológica da social e cultural, sendo que “sexo” designa somente a caracterização anátomo-fisiológica e a atividade sexual das pessoas, e as relações sociais de poder e as práticas culturais da sociedade situam os sujeitos em diferentes posições, muitas vezes de forma hierarquizada e desigual (HEIBORN, 2002).

Dentre as diferentes abordagens teóricas acerca do gênero, encontram-se concepções que focam a discussão acerca de teorias lesbianas, gays e queer, também importantes (BUTLER, 2003). A definição utilizada por Judith Butler considera o gênero como a estilização do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser. Essa noção reforça a “performatividade”, que se constitui em um processo global da constituição do gênero, da internalização das normas que se estilizam no corpo (BUTLER, 2003).

O conceito de gênero trata-se de uma ferramenta conceitual, política e pedagógica que problematiza as formas de organização social, as hierarquias e as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade (MEYER, 2003). Acentua o caráter social e histórico-cultural da construção de masculinidades e feminilidades e aponta para os aspectos relacionais entre homens e mulheres. Essa perspectiva considera que a sociedade é constituída por pressupostos do feminino e masculino, configurando-se uma das principais categorias para a organização das relações sociais (SAFIOTTI, 1999; SAGOT, 1995).

Desde o nascimento, há um processo de diferenciação entre mulheres e homens baseado em pressupostos, valores, crenças, esteriótipos e práticas impostas pela ideologia dominante e que se concentram nos ideais culturais denominados de feminino e masculino. Esse binarismo varia de acordo com a realidade histórica e social, e todas as sociedades estabelecem mecanismos precisos para que as pessoas aprendam as condutas, atitudes e expectativas consideradas apropriadas para cada sexo. Este processo é denominado de “socialização de gênero” (SAGOT, 1995).

O processo de socialização de gênero cumpre funções de organização social: impõe uma definição de ser mulher ou homem, de mundo e de posição nele; determina as outras pessoas e o tipo de relação que devemos estabelecer e, finalmente, fomenta a apropriação de características para cada sexo, além de desfazer a possibilidade de aquisição de outras características definidas como do outro (ANDERSEN, 1997).

O objetivo da socialização de gênero é moldar as pessoas às normas de sua sociedade, que está estruturada com base em desigualdades e opressão das mulheres. Ambas as situações variam de acordo com a cultura, embora em nenhuma sociedade contemporânea a condição das mulheres seja igual ou superior a dos homens. O contexto histórico de dominação e opressão das mulheres vinculada por meio da socialização de gênero remete à “ordem patriarcal”, sendo potente como categoria para compreender o fenômeno da violência e da desigualdade de gênero. O patriarcado, definido como uma ordem de status de gênero, é um sistema de relações sociais, políticas e hierárquicas em que homens exercem maior poder e tem como objetivo o controle das mulheres. É um sistema social masculino de dominação e o modo como os

homens asseguram, para si e para seus dependentes, os meios necessários à produção e reprodução da vida (HARTMANN, 1979).

No livro “História da sexualidade”, Foucault observou que desde o século XVII, através de contratos sexuais, um novo mecanismo de subordinação e disciplina voltada à sexualidade permitiu que os homens se apropriassem dos corpos e das vidas das mulheres (FOUCAULT, 1976). Foi criada uma nova legislação, constituindo uma forma moderna de relações de poder diante da sexualidade, do casamento e do trabalho. Assim, a legislação, o Estado e a disciplina são dimensões da estrutura complexa e multifacetada de dominação do patriarcado, que se mantém atualmente (LERNER, 1986; PATEMAN, 1993).

Ao longo da história, sociedades patriarcais utilizam a educação de gênero para socializar as meninas, ensinando a serem femininas, sensíveis, delicadas e submissas; enquanto os meninos são educados em moldes de uma masculinidade dominante e agressiva. Essa socialização gera desigualdades de gênero e contribui para vulnerabilizar as mulheres, inclusive ao HIV/aids. Além do mais, é responsável pela manutenção das mulheres em desvantagem econômica, social e sexual (VERMELHO et al., 1999; VILELLA, 1999).

O patriarcado é pertencente ao estrato simbólico e faz parte da estrutura que produz afetos e distribui valores entre os personagens do cenário social. A posição do patriarca é no campo simbólico, que se transpõe em características próprias no curso das relações sociais. Por estas razões, o patriarcado é ao mesmo tempo norma e projeto de auto-reprodução de relações desiguais de poder e de práticas imensamente sutis de expressão discursiva (SEGATO, 2003).

É possível, desta forma, caracterizar o nível do patriarcado simbólico, o nível dos discursos ou representações (o que pode chamar de “ideologias de gênero” vigente em uma sociedade) e o nível das práticas. Percebe-se que a fluidez, os trânsitos, as circulações, as ambivalências, as formas e as performances de vivência de gênero estão presentes em todos os contextos como parte da interação social e sexual. Assim, o controle e coação do patriarcado se exercem como censura no âmbito da simbolização dessa fluidez, na qual as mulheres são disciplinadas e organizadas por categorias que correspondem ao regime simbólico patriarcal (EDLEY, 2001; SEGATO, 2003).

No plano ideológico do patriarcado, a dominação masculina opera em níveis de difícil desarticulação, em que homens e mulheres estão aprisionados em elementos simbólicos. As mulheres são objetos da satisfação sexual, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras. A sujeição feminina envolve a prestação de serviços sexuais aos homens, além de um conjunto de práticas de dominação e exploração. Também é este o sentido atribuído por Hartmann (1979) ao termo *opressão*, embora ela afirme que as mulheres são sistematicamente dominadas, exploradas e oprimidas. Dessa forma, a reprodução do patriarcado continua ao longo do tempo, mesmo com os avanços femininos dos últimos anos. Por exemplo, se na Roma antiga o patriarca tinha direito de vida e morte sobre a mulher, hoje o homicídio é crime capitulado no Código Penal e, apesar da existência da Lei Maria da Penha, muitos assassinos gozam de ampla impunidade (MENEGHEL, 2004; SAFFIOTI, 2004).

Pessoas podem se situar fora do esquema de dominação-exploração de classes sociais ou de raça e etnia, diferentemente do patriarcado, que é um sistema totalitário em que não há possibilidade de ficar fora. Nenhum indivíduo, mesmo que não exerça heterossexualidade dominante, se exime do esquema de gênero patriarcal, pois ele serve a interesses econômicos de grupos ou classes que estão no poder (SAFFIOTI, 1979; 1987; 2004). Já o sexismo, elemento inerente ao patriarcado, é mais que preconceito: é preconceito somado ao poder de agir de acordo com ele. O sexista investe-se do poder aceito pela sociedade para agredir pessoas sobre quem recai seu ódio (JOHNSON, 2000).

O poder é um elemento central para o entendimento das relações de gênero entre homens e mulheres, podendo ser democraticamente partilhado, gerando liberdade, e exercido discricionariamente, criando desigualdades. No caso de sociedades patriarcais, as mulheres exercem menor parcela de poder, restando-lhes a submissão ao poder masculino e a necessidade de utilizar mecanismos de enfrentamento e resistência (SAFFIOTTI, 1987).

O conhecimento do caráter histórico do patriarcado permite a compreensão das relações entre os sexos. Desde épocas antigas até a modernidade, as mulheres foram excluídas do espaço público, político e da Lei, além de haver desigualdades na distribuição de bens e poder, na organização do âmbito familiar e no espaço de trabalho.

Portanto, houve, ao longo do tempo, restrições econômicas, políticas, laborais, legais, simbólicas e subjetivas que sustentam uma “natural” inferioridade feminina, e por isso é factível que, até os dias atuais, ocupem posições subalternas e continuem subordinadas em todas as esferas da vida social (FENEMIAS, 2009).

Apesar de reformas recentes nas legislações de muitos países e dos avanços na condição social das mulheres, elas ainda não usufruem a mesma situação civil dos homens. Os maridos não desfrutam dos direitos que exerciam sobre suas mulheres no século XIX, quando as esposas estavam na condição legal de propriedade. Entretanto, a sujeição conjugal continua e subsiste nas jurisdições que se recusam a aceitar a limitação de acesso de um homem ao corpo da mulher, negando a possibilidade de denúncia por estupro no casamento (PATEMAN, 1993).

O patriarcado se organiza a partir de uma estrutura social de poder sobre os corpos, sobre a sexualidade e sobre as condutas sexuais femininas (SAFFIOTI, 2004). As mulheres estão inseridas em modelos que normatizam os papéis de gênero e veiculam mitos, como o amor romântico, o casamento como sinônimo de sucesso e a responsabilidade pelo êxito da relação conjugal. Além disso, separa as mulheres em dois grupos: as que podem casar e constituir família, ficando sob a proteção de um homem, e as destinadas ao prazer sexual, que são excluídas e rechaçadas pela sociedade. A divisão em grupos de acordo com as especificidades femininas enfraquece o poder de resistência, dividindo as mulheres em sub-grupos, exacerbado pelas diferenças raciais, de classe, renda, ocupação e geração, o que dificulta e mesmo impede a solidariedade entre elas (CARVALHO, 2006; COSTA, 1998).

O patriarcado, atualmente, constitui não somente a valorização do status relativo aos membros do grupo familiar, como o poder exercido pelo patriarca chefe da família documentado em todas as culturas e épocas passadas, senão a organização desigual de poder no campo simbólico e ideológico, em que as mulheres continuam a ser dominadas e violentadas. Uma estrutura que fixa e retém os símbolos por trás da imensa variedade de tipos de organização social (SEGATO, 2003).

Mesmo na sociedade contemporânea exige-se obediência das mulheres à autoridade dos maridos, e o contrato sexual pressupõe a fidelidade feminina, aceitação das normas de gênero e cumprimento das obrigações sexuais, que significam

disposição ao sexo sempre que exigidas. Os pressupostos patriarcais contemporâneos dificultam o exercício feminino da autonomia para a negociação sexual, incluindo o uso do preservativo, a decisão quanto ao número de filhos e abortos, o uso de anticoncepcionais e o planejamento sexual, além de vulnerabilizar as mulheres às situações de violências de gênero (PATEMAN, 1993).

2.2 Violências de gênero: as formas apocalípticas² de dominação feminina

Este capítulo trata de aspectos teóricos e conceituais relativos às violências de gênero e evidencia nossa posição de não neutralidade em relação a ela, assumindo uma posição contrária, ainda que não acreditemos na possibilidade de erradicá-la totalmente. Entretanto, é necessário compreender o agravo e encontrar possibilidades de prevenção, tendo em vista a possibilidade de consequências mais graves, principalmente em mulheres que sofrem outras vulnerabilidades, como a vivência com HIV/aids.

A violência é um fenômeno complexo relacionado a fatores políticos, econômicos e culturais e que se manifesta nas relações micro e macro-sociais. Não se trata de um acontecimento recente e exclusivo das sociedades contemporâneas, embora tenha aumentado nos últimos anos, principalmente em decorrência das acentuadas desigualdades sociais (MINAYO, 2003). Pode ter múltiplas e abrangentes definições, e só recentemente se tornou um problema central, apesar de estar presente ao longo da história. Este fato pode ser associado à modernidade, que almeja a possibilidade de cidadania, liberdade e felicidade para todos (BOURDIEU, 2003; DOMENACH, 1981; HABERMAS; 1980; MINAYO, 1994).

A palavra “violência” é polissêmica e tem sido estudada por pesquisadores de diversos campos do conhecimento, especialmente a partir da modernidade. O termo indica desde as formas mais cruéis de tortura e assassinatos em massa até aspectos sutis e difíceis de serem percebidos, considerados também opressivos na vida moderna cotidiana. Ela é sempre humana, diferente das catástrofes naturais e da ação animal

² SEGATO (2000).

predadora, pois tem relação social com a liberdade, consistindo na autonomia de um indivíduo em cercear a liberdade de outro (MINAYO, 1994).

A violência foi reconhecida como objeto de estudo nas áreas das ciências humanas, sociais, filosofia, judiciário e segurança pública, sendo de interesse para o campo da saúde a partir da década de 1990. Nesse período, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a se preocupar com este agravo, e em 1994 a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) organizou uma Conferência Internacional com ministros de saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre o tema. Foi constatado que a violência havia adquirido caráter endêmico e de responsabilidade para a área da saúde, por caber a esse setor os atendimentos das vítimas, principalmente das violências perpetradas contra crianças, idosos e mulheres (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008; MINAYO, 2006). Entretanto, facultou, aos profissionais da saúde, o entendimento de que sua atuação se restringiria às consequências físicas, delegando a outros setores os demais atendimentos, atuando de forma fragmentada e não integral, principalmente as mulheres em situação de violências (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

A expressão “violência contra a mulher” foi cunhada pelo movimento feminista há cerca de 50 anos para tentar enquadrar, de forma teórica e prática, as agressões sofridas por mulheres no âmbito privado, mas não encontrou uma definição precisa e uma teoria explicativa única e consensual. Entretanto, pode ser definida como agressões sofridas por mulheres e que estão arraigados no contexto social, cultural e em desigualdades de gênero, anteriormente percebidas como situações naturais (D'OLIVEIRA, 2000).

Pesquisadores têm utilizado diferentes terminologias para estudar o fenômeno da violência contra as mulheres, destacando-se os termos “violência intrafamiliar”, que expressa uma visão de neutralidade em relação às desigualdades de gênero; “violência doméstica”, usada como sinônimo de violência contra as mulheres perpetrada pelo marido, mas inclui também outras violências no ambiente doméstico; “violência nas relações amorosas”, que se refere ao uso de força física e o controle nas relações afetivas; e “violência de gênero”, que designa as situações agressivas contra mulheres decorrentes das desigualdades sociais entre os sexos (ELLSBERG, 1998; STARK;

FLITCRAFT, 1991; GELLES; CORNELL, 1985; SAFFIOTI, 1995; SMIGAY, 1989; STARK; FLITCRAFT, 1996)

Utilizaremos neste trabalho o conceito de “violências de gênero” para se referir às agressões sofridas por mulheres e cometidas por homens, entendendo que é um agravo relacionado às desigualdades de gênero e de poder entre os sexos dentro de cada grupo social. Além disso, a marcação no plural do coletivo que se está focalizado (“as mulheres”), indica que são múltiplas e atravessadas por diferentes marcadores sociais. Entretanto, com o avanço dos estudos sobre a sexualidade, em que se analisa criticamente a norma heterossexual da família patriarcal, tem-se expandido a compreensão de que a expressão “violência de gênero” não é exclusiva às mulheres, mas também a quem se afasta dos padrões heterossexuais, como, por exemplo, os casos de gays e lésbicas violentadas em razão de homofobia. Mesmo assim, o uso tem designado às que são perpetradas contra as mulheres (SAFFIOTI, 1995).

As violências de gênero consistem em qualquer ato violento que resulte ou tenha possibilidade de levar a dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaça de praticar tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade em ambiente público ou privado (OMS, 2013). Ainda, indica outras situações, como estupro, abuso sexual de crianças, assédio sexual no local de trabalho, tráfico de mulheres, abuso sexual comercial, mutilação genital feminina, violências e assassinatos ligados ao dote e estupro em guerras e conflitos armados (GROSSI, 1995; OEA, 1996). Tendo em vista a complexidade do tema das violências de gênero e das suas múltiplas manifestações, é importante utilizar uma tipologia que dê conta de identifica-las e abarcar suas diferentes modalidades. Conceituações amplas apresentam o risco de não diferenciar as violências explícitas de violações dos direitos humanos em geral, como discriminações e pobreza, igualmente importantes, mas que já possuem termos próprios para designá-los (HEISE et al., 1994).

A violência verbal ou psicológica pode ser entendida como a privação de liberdade, insultos, intimidação, humilhação, xingamentos e desvalorizações ocorridas de forma verbal, caracterizados também como violência emocional, descritos pelas vítimas como impactantes na sua vivência. A violência física é definida como agressões fazendo uso de objetos, empurrões, tapas, chutes, socos, beliscões, ameaça ou uso de

arma. A violência sexual é compreendida como atos e comportamentos relacionados à conduta sexual, como imposição do ato sexual, prostituição forçada, exploração sexual, assédio sexual, estupro e outras formas de coação sexual (d'OLIVEIRA, 2000; HEISE, 1995; NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1993;).

As violências contra as mulheres fazem parte da socialização de gênero e da ideologia dos papéis masculinos e femininos, tendo em vista a “função” de controlá-las e puni-las nas relações interpessoais e de poder. Essa condição de gênero predispõe e confere “legitimidade” às violências, mais frequentemente no espaço ocupado pelas mulheres: o privado, a família e o domicílio, porém ampliando-se cada vez mais para o espaço público (LOURO 1999).

A violência de gênero possui um caráter naturalizado e normativo na sociedade, e ocorre devido às relações hierárquicas. É vista como um mecanismo constituinte, não dispensável ou erradicável da ordem de gênero, além de ser inerente e essencial para a manutenção dos papéis socialmente estabelecidos, como a conservação do *status* masculino (SEGATO, 2003). Nas relações marcadas pelo *status*, a hierarquia se constitui pela subordinação das mulheres aos homens. Assim, o poder não existe sem subordinação, ambos são subprodutos de um mesmo processo e estrutura, possibilitada pela usurpação do ser de um pelo do outro (SEGATO, 2003).

O *status* masculino, como demonstram os rituais de iniciação dos homens e as formas tradicionais de acesso à masculinidade hegemônica, deve ser conquistado por meio de provas e a superação de desafios que, muitas vezes, exige contemplar a possibilidade da morte. Como este *status* se adquire, se conquista, existe o risco constante de perdê-lo e, portanto, é preciso assegurá-lo e restaurá-lo sistematicamente. No campo da linguagem e das práticas discursivas, a feminilidade é performativa e dramática, e a masculinidade é violenta, de conquista e preservação ativa de um valor. As violências devem ser compreendidas no marco desta diferença e como movimento de restauração de um status sempre a ponto de perder-se (SEGATO, 2003).

A persistência de comportamentos agressivos na sociedade está relacionada à produção do masculino, que permanece vinculada à valoração positiva da violência. A constituição da masculinidade está inscrita em rituais de violência e dominação, apontando a forma como os homens aprendem a ser violentos inicialmente nos ritos

grupais de aprendizagem da masculinidade, que inclui a dominação de outros homens e de mulheres (MACHADO, 2001; WELZERLANG, 2001).

A violência de gênero é uma extensão da conduta normativa e resultado da adaptação de valores e prerrogativas que definem o rol masculino nas sociedades patriarcais, orientado pelo que Segato (2003) define como “mandato da violência”. Este mandato expressa o preceito social de que o homem deve ser capaz de demonstrar virilidade, enquanto composto indiscernível de masculinidade, mediante o apoderamento da “dádiva” feminina. Diante da impossibilidade de obter por procedimentos amparados pela lei, o homem sente-se autorizado a arrancá-la por meio de atos violentos. A entrega da “dádiva” feminina é a condição que faz possível o surgimento do masculino e seu reconhecimento como sujeito assim posicionado. Portanto, o homem viola não porque tem ou para demonstrar que tem poder, mas porque deve obtê-lo (SEGATO, 2003).

Rita Segato assinala que as mulheres são vítimas de uma nova forma de guerra, em que são vitimizadas pela conflitualidade informal, ao fazer de seus corpos os bastidores na qual a estrutura da guerra se manifesta. Uma nova forma de guerra, em que a violência e a tortura sexual de mulheres, crianças e jovens são crimes que ocorrem no contexto de novas formas de conflitualidades da sociedade. Nesse contexto, as mulheres são violentadas, assassinadas e vítimas de genocídios, que a autora propõe a utilização do termo femigenocídio (SEGATO, 2003).

Tendo em vista as consequências negativas que as violências de gênero acarretam às mulheres, nos últimos anos ocorreram diversos movimentos internacionais para preveni-las. No final da década de 1960, iniciou-se um processo de conscientização sobre a necessidade de mecanismos institucionais para a melhoria das condições de vida das mulheres, sendo criada a “Declaração para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres”. Na década de 1970, aconteceu a “Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres” e realizou-se a “Conferência sobre as Mulheres” na Cidade do México. O período compreendido entre os anos 1976 e 1985 foi declarado como a “Década das Mulheres” e aprovou-se o “Plano de Ação Mundial” (SILVA, 2002).

A ONU realizou mais conferências mundiais sobre mulheres: 1980, Copenhague; 1985, Nairóbi e 1995 em Pequim. Em 1993, como resultado da “Conferência sobre os Direitos Humanos”, surgiu a “Declaração de Viena para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres”, sendo o primeiro documento internacional de direitos humanos voltado exclusivamente à violência contra as mulheres, o que representou mudanças radicais ao impor, aos governos, a obrigação de zelar pela garantia dos direitos femininos (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1993).

No Brasil, o movimento feminista foi responsável por tornar públicas as violências de gênero, principalmente a sexual e doméstica, ainda na década de 1980. Essa visibilização ocorreu em função da brutalidade da violência conjugal e da impunidade dos agressores, motivo pelo qual as mulheres suplicavam por medidas protetivas e solução da problemática da violência, pois o crime passional não era punido judicialmente. As feministas reivindicavam abrigo, atendimento policial e assistência jurídica especial às mulheres. Assim, o movimento de mulheres iniciou parcerias com o Estado a fim de implantar políticas públicas voltadas à prevenção da violência de gênero (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999).

Nesse período, as feministas criaram o SOS mulheres para realizar atendimentos das que sofriam violências, cuja proposta surgiu a partir da compreensão acerca da opressão sofrida no âmbito do patriarcado (DEBERT; GREGORI, 2008). Em decorrência das mobilizações, da legislação nacional e dos Pactos Internacionais, o Brasil iniciou a implantação de Delegacias de Defesa das Mulheres (DDMs), órgãos especializados da Polícia Civil que prestavam atendimento às vítimas. A primeira delegacia foi criada no estado de São Paulo e, posteriormente, em outros estados brasileiros (SCHRAIBER et al., 2007).

A DDM foi o primeiro recurso no combate público às violências contra as mulheres, com caráter puramente policial: detectar a transgressão à lei, averiguar sua procedência e criminalizar. No entanto, mesmo com as DDM e do aumento de denúncias, a impunidade continua atualmente, muitos processos judiciais não são instaurados, poucos chegam ao julgamento e o número de condenados é ínfimo (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008; SCHRAIBER et al., 2007).

Em 2006, foi promulgada no Brasil a Lei Maria da Penha, destinada especificamente às violências doméstica e familiar, reconhecendo-a como uma violação dos direitos humanos. A Lei altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher. Inclui, ainda, medidas de proteção para àquelas em risco de morte, tais como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição da aproximação física da vítima (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha, baseada na Constituição Federal e em Convenções Internacionais de Direitos Humanos, é um marco na proteção dos direitos das mulheres, contemplando medidas de assistência, proteção e repressão. Carmem Campos (2011) destaca o “amplo catálogo de medidas extrajudiciais” que compõe a Lei: promoção de pesquisas para determinar as causas das violências domésticas; controle da publicidade sexista; promoção de campanhas educativas dirigidas às escolas e à sociedade; capacitação da polícia civil, guardas municipais e bombeiros; e promoção de programas educacionais para difundir o respeito à dignidade feminina (CAMPOS, 2011).

As violências afetam fortemente a saúde e o bem-estar das mulheres, podendo provocar mortes, lesões, traumas físicos, agravos emocionais, mentais, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids. Além do mais, afeta a qualidade de vida de todos os indivíduos na sociedade, exige readequação da organização dos serviços de saúde a partir de práticas assistenciais integrais e evidencia a necessidade de atuação interdisciplinar e intersetorial (BARROS et. al, 2011; CECCON; MENEGHEL, 2013).

Para que os serviços de saúde sejam eficientes na rota utilizada pelas mulheres quando decidem enfrentar as violências e iniciam a busca de uma resposta nos diferentes serviços que compõe a chamada “rede de enfrentamento às violências”, é imprescindível que o cuidado produzido pelos profissionais seja embasado pelo acolhimento, integralidade e humanização, de modo a produzir cuidado integral (BARROS, 2007). Torna-se fundamental a interação entre os diferentes atores do cuidado, desde a construção coletiva do planejamento e implementação das ações, acompanhamento da situação de saúde da população, o incentivo ao envolvimento da família e dos múltiplos segmentos sociais que estão ligados às mulheres (SANTOS

2013). O predomínio dessas práticas no processo de trabalho potencializa o vínculo entre os profissionais e as mulheres, possibilitando abertura para produção criativa do cuidado em que se considerem as subjetividades e supere o distanciamento ocasionado pela presença maciça das tecnologias duras para produzir assistência (MERHY, 1997; 1998; 2002).

As mulheres que sofrem violências tendem a utilizar mais frequentemente os serviços de saúde devido ao aumento de problemas decorrentes das agressões, fazendo com que as vítimas sejam taxadas de “poliqueixosas” pelos profissionais. Porém, a violência na vida destas mulheres na maioria das vezes permanece invisibilizada e, quando descoberta, os serviços de saúde se limitam a referenciá-las a uma Delegacia de Polícia ou Centro de Atendimento. A assistência, na maioria das vezes, tem baixa resolução nessas situações, acarretando maior custo ao sistema de saúde em consequência do seu uso repetitivo e ineficaz, principalmente quando associada à outra condição, como é o caso de mulheres que sofrem violências e vivem com HIV/aids (BARROS, 2011).

2.3 Feminina, feminizada: a epidemia de HIV/aids

A aids é uma doença cuja ocorrência depende de um conjunto de fatores, incluindo comportamentos individuais e relações sociais e está entre as maiores enfermidades emergentes do mundo, pela magnitude, letalidade e efeitos à saúde física e mental (BRITO et al., 2005; GALVÃO, 2000). Foi descoberta em outubro de 1980 na cidade de Los Angeles e se disseminou rapidamente, sendo entendida como doença maldita, por estar relacionada à sexualidade e a comportamentos considerados transgressores (CAMARGO-JR, 1994; CDC 2001; OMS, 2013). Enquanto era identificada nos Estados Unidos, na África a doença era invisibilizada, mesmo que tenha tido origem nesse continente, passando despercebida ao longo da década de 1970 por não atingir países centrais e ricos do norte. O mundo ocidental havia esquecido o Continente Africano, que atualmente apresenta as maiores taxas, com 25% da população contaminada (BASTOS, 2006; OMS, 2013).

Rapidamente, a doença atingiu a maioria dos países do mundo, exigindo investimentos econômicos, políticos e sociais para o seu controle. Essa situação foi agravada por apresentar evolução rápida, atingir jovens e ser uma doença repleta de significados que estimularam atitudes de pânico, intolerância e discriminação, principalmente pela forma de contágio e ter acometido, inicialmente, homossexuais, o que produz atitudes moralistas e preconceituosas na sociedade (ALMEIDA, 2004; DANIEL; PARKER, 1991; SZWARCOWALD et al., 2000;).

No Brasil, o primeiro caso foi diagnosticado no início da década de 1980 em São Paulo, acometendo inicialmente homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, caracterizados como grupos de risco para HIV/aids (BRASIL, 2010; 2012; 2013). Os meios de comunicação a associaram a uma doença perigosa, de fácil contágio e mortal, caracterizando-a como a nova peste e ameaça à população, que adotou atitudes de “evitamento” de quem a portava. As pessoas contaminadas foram discriminadas e identificaram-se situações de risco, questionando os estilos de vida e o exercício da sexualidade, o que contribuiu para aumentar as prevalências de infecção em todos os países do mundo (HERZLICH, 1992; MARQUES, 2002; PÁDUA, 1986;).

Apesar do alto investimento econômico e social para combater a epidemia nos últimos anos, a prevalência de HIV/aids permanece elevada. Estima-se que, no mundo, haja mais de 42 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids e 30 milhões morreram desde a descoberta da doença. No Brasil, estima-se que 734 mil pessoas vivam com HIV/aids atualmente, com prevalência de 0,7% da população. Em 2014 houve 44 mil novos casos, com incidência de 18/100 mil habitantes e 16 mil óbitos pela doença (BRASIL, 2015; WHO, 2013).

Nos últimos 15 anos houve diminuição na região Sudeste e aumento nas demais regiões do Brasil. Os estados do Rio Grande do Sul e Amazonas apresentaram as maiores prevalências, com 41 e 37 casos para cada 100 mil habitantes, respectivamente. Entre as capitais, Porto Alegre apresenta a maior taxa registrada, mais que o dobro do estado e cinco vezes a do Brasil (BRASIL, 2014; 2015; TOMAZELLI; CZERESNIA; BARCELLOS, 2003).

No mundo, entre o total de pessoas que vivem com HIV/aids, 20 milhões são mulheres, o que representa 50% dos infectados, 77% delas vivem na África

Subsaariana e entre jovens a prevalência das mulheres é três vezes maior do que nos homens. Na Ásia as mulheres representam 35% dos adultos vivendo com HIV/aids; no Caribe 50% são mulheres; no Leste Europeu há um crescimento da epidemia no sexo feminino; e na América Latina há 550 mil com a doença, apresentando uma tendência crescente de feminização (WHO, 2013). No Brasil, ainda há mais casos de HIV/aids em homens, mas a diferença diminuiu ao longo do tempo. No ano de 1989, havia seis homens contaminados para uma mulher, e em 2014 a razão de sexos chegou a 1,2 casos (BRASIL, 2015).

Se no início a epidemia atingia principalmente pessoas do sexo masculino e de elevado nível social e econômico, atualmente apresenta elevada incidência em mulheres, heterossexuais, negras, pobres e com baixa escolaridade, fenômeno denominado de “feminização da aids”. As mulheres têm sido consideradas mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis e, especialmente, à infecção por HIV/aids. Essa vulnerabilidade é resultante de condições individuais, programáticas e sociais, incluindo as desigualdades de gênero, além de fatores biológicos, referentes às características específicas dos órgãos sexuais femininos que facilitam a contaminação no ato sexual (BRASIL, 2002; SILVA; OLIVEIRA; MORGADO, 2005).

Essas mudanças foram acentuadas pelas desigualdades sociais e de gênero, que contribuíram para a propagação da infecção e revelaram uma epidemia de múltiplas dimensões, além de terem sido percebidas tardiamente, em decorrência da focalização política nos grupos de risco, que invisibilizou a vulnerabilidade das mulheres (BASTOS et al., 2000; FONSECA et al., 2005). De doença inicialmente restrita a grandes metrópoles e marcadamente masculina, ocorreu nos últimos anos um processo de interiorização, racialização, pauperização e feminização (BRITO et al., 2005).

A submissão sexual das mulheres aos homens, a dificuldade na negociação das mulheres no uso do preservativo, a dominação masculina, as violências, os mitos culturais instituídos na sociedade, como a concepção de feminilidade e do amor romântico, resultam das desigualdades de gênero e tem sido apontados como obstáculos para as mulheres se prevenirem do HIV/aids e facilitadores para a aquisição do vírus, impondo barreiras para a prevenção e dificuldades na vivência com a doença. Ainda, por muitos anos o HIV/aids foi considerado um problema masculino e/ou de

grupos de risco, e as mulheres com a doença, menos reconhecidas politicamente, não eram alvo de preocupação. Até hoje, por exemplo, muitos profissionais de saúde relutam em solicitar o teste anti-HIV para as mulheres, impedindo que tenham acesso oportuno ao tratamento (VILELLA, 2002; SILVEIRA et al. 2002).

Mulheres com HIV/aids, na maior parte dos casos, apresentam menor escolaridade, menor proporção de união estável e maior prevalência de desemprego quando comparadas às mulheres em geral. A maioria é negra, acredita ter se infectado pelo fato do companheiro ter múltiplas parceiras ou ser bissexual, por exposição a relações sexuais desprotegidas e pelo parceiro ser usuário de drogas. A maior parte conhece a sorologia do parceiro no momento da realização do teste, sendo que, na maioria das vezes, o mesmo já apresenta sintomas da doença. Além do mais, a maioria das mulheres com HIV/aids iniciou a vida sexual cedo, tem maior número de filhos e usam menos preservativo, além de referirem maior prevalência de violências de gênero. Ainda, as relações sexuais são a fonte de infecção em 58% dos casos entre homens e 86% entre mulheres (SANTOS 2009).

O perfil das mulheres com HIV/aids no país remete a fatores que contribuem para entender sua vulnerabilidade: o fato delas terem menor escolaridade que os homens, menor condição socioeconômica e apresentar como categoria de exposição para o HIV/aids o fato de seus companheiros terem múltiplas parceiras sexuais (VILELLA, 1999). O aumento do HIV/aids entre as mulheres e a sua maior incidência entre as jovens fazem com que a saúde sexual e reprodutiva sejam temas de crucial importância, sendo aspectos que reduzem o empoderamento político e social destas mulheres. Elas apresentam problemas ginecológicos mais graves e frequentes quando comparadas a mulheres não infectadas, destacando-se as infecções vaginais, a doença inflamatória pélvica e o câncer de colo do útero (IPG, 2003).

Além das desigualdades sociais e de gênero, investigações acerca do caráter biológico da transmissão evidenciam que a probabilidade de transmissão do HIV nas relações sexuais é maior entre homem-mulher do que entre mulher-homem. Além do mais, ao contrário da percepção moralista e preconceituosa vigente na sociedade de que as mulheres com HIV/aids possuem maior número de parceiros sexuais e, portanto,

devem ser culpabilizadas pela infecção, elas não apresentam diferenças em relação às que não vivem com o vírus (GIFFIN, 1998; PLUMMER, 1991; RONALD, 1995).

Além das condições sociais e individuais que vulnerabilizam as mulheres para o HIV/aids, as condições de acesso ao Sistema Público, incluindo os serviços de saúde, também são dificultados às mulheres, principalmente negras, pobres, prostitutas e outros grupos marginalizados socialmente. Essa situação é resultado das condições de desigualdades sociais e de gênero que incidem sobre as mulheres, e a feminização da epidemia no país aponta a necessidade de compreender as trajetórias de vida, as iniquidades de gênero, as violências sofridas e os contextos de vulnerabilidade das mulheres para a adoção de estratégias integrais de cuidado (CECCON, 2012; MARTÍNES, 2009).



LEVASSEUR (2015)

3 AS FERRAMENTAS: DESENHO, MÉTODOS E TÉCNICAS

3.1 As perspectivas do estudo

A proposta deste estudo, a partir das narrativas de mulheres com HIV/aids sobre suas trajetórias de vida, foi analisar as vulnerabilidades decorrentes das desigualdades de gênero, raça e classe social, identificar as iniquidades que as vulnerabilizaram para a infecção e para que sofressem violências e caracterizar como se constituíram suas vidas. Dessa forma, interessou-nos problematizar como se constituíram essas vivências marcadas por inúmeras violências sexistas e como se manifestaram estas agressões, tendo em vista ainda a experiência de viver com HIV/aids. Pretende-se também, a partir da análise crítica do conjunto das narrativas produzidas na pesquisa de campo, subsidiar a formulação de estratégias para políticas públicas específicas para mulheres com HIV/aids focadas na prevenção das violências e dirigidas aos profissionais nos serviços de saúde.

3.2 Os marcos teórico-metodológicos

Este é um estudo qualitativo que utilizou narrativas de mulheres com HIV/aids para explorar suas trajetórias de vida marcadas por violências de gênero. Para a compreensão empírica dos dados, esta tese se fundamenta no referencial teórico-metodológico do Construcionismo Social, que entende o conhecimento como o centro dos processos de interação social. Sendo assim, enfatiza a potência das múltiplas narrativas produzidas pelas mulheres, destacando o que acontece entre as pessoas em suas interações e como se dá a construção de sentidos. Portanto, considera que é através da interação social que acontecem os processos de construção do conhecimento (GERGEN, 1986, 1999; SPINK, 2010).

Consideramos que, ao invés de descobrir uma realidade objetiva e independente sobre a trajetória de vida das mulheres, este estudo constrói o conhecimento através do relato de suas interações sociais. Como afirma Zuriff (1998), a essência da posição

ontológica do Construcionismo Social é a proposição de que não há realidade objetiva a ser descoberta. Held (1998) acrescenta a isso o termo "socialmente", visto que são construídas teorias a respeito do funcionamento do mundo através da interação social.

O Construcionismo Social, enquanto referencial teórico-metodológico, busca identificar os processos por meio dos quais as mulheres descrevem, explicam e compreendem o mundo em que vivem. Para Iñiguez, trata-se de uma postura crítica de constante questionamento sobre aquilo que é considerado óbvio ou natural, além de considerar que os acontecimentos são construídos sociohistoricamente (IÑIGUEZ, 2001; 2003; 2004).

Segundo Iñiguez, podem-se apontar alguns postulados do Construcionismo Social: (1) o contínuo questionar as verdades, pôr em dúvida a maneira como nos ensinaram a ver o mundo e a nós mesmos e interrogar sobre o que habitualmente se supõe; (2) considerar a especificidade e a particularidade histórica e cultural do conhecimento; (3) aceitar que o conhecimento é sempre resultado de uma construção coletiva e os processos sociais são o que dão sustentação ao conhecimento; (4) entender todas as formas de comunicação como importantes, em especial a linguagem; (5) postular a inseparabilidade do conhecimento da ação social (IÑIGUEZ, 2001; 2003; 2004).

Como a construção social é uma dinâmica que não acaba jamais (IÑIGUEZ, 2003), a narrativa é uma alternativa de expressar, através de palavras, esta realidade, pois tem como característica ser um guia sensível à fluída e variável realidade humana. Neste estudo, as narrativas foram utilizadas como dispositivos de agenciamento dos significados produzidos pelas falas das mulheres, permitindo compreender experiências invisibilizadas e ressignificar suas identidades, visto que a sociedade é composta por narrativas que se encontram e dialogam, outorgando realidade ao mundo que vivemos.

As narrativas possibilitaram às mulheres lembrar acontecimentos, organizar a experiência, encontrar possíveis implicações e compreender situações que constroem a vida individual e social (ALVES; RABELO, 1999; BENJAMIN, 1975; GERGEN, 1986; LARROSA, 1995). As histórias foram produzidas por meio de relato oral, em entrevistas abertas, tornando-se um instrumento útil para a compreensão das experiências e do contexto social das mulheres. Ao solicitar que relatassem suas vidas, estava contido o

reconhecimento e respeito à individualidade que a narrativa permite através do respeito à memória e à voz do narrador (MARRE 1991).

A memória individual, associada às relações sociais e culturais, é um componente essencial das narrativas, tanto do narrador como do pesquisador, pois se utiliza da rememoração para reconstruir elementos de análise que auxilia a compreensão do fenômeno. A memória, neste caso, é informada, significada e ressignificada, pois as mulheres, ao rememorar fatos e situações, imprimiram significação singular às suas vidas (ABRAHÃO, 2004).

A memória se constitui como um processo de criação de significados, e as narrativas não possibilitaram simplesmente recolher fatos em contextos diversos, mas participar na elaboração da memória que se transmite a partir da demanda do investigador. Memória é um processo, algo que está acontecendo e dos quais ambos participam: o narrador que conta e o ouvinte que acompanha. Assim, a narrativa deve ser entendida como uma construção do narrador e do ouvinte e como expressão do momento de sua produção. É neste ato de reinterpretação dos fatos do passado no presente que narrador e ouvinte vão tecendo os fios da narrativa como memória compartilhada. Portanto, a arte de narrar constitui-se em uma forma artesanal de comunicação (BENJAMIN, 1975; PORTELLI, 2000) e serviu como ferramenta para reconstituir as trajetórias de vida das mulheres.

As trajetórias de vida obtidas através das narrativas das mulheres foram entendidas como um conjunto de eventos que fundamentam suas vidas. São determinadas pela frequência, duração e localização dos acontecimentos, e é também entendida como “transcurso”, pois utiliza mudanças sociais, passagens de status, de situação econômica, de atividades profissionais e outras vivências particulares de cada mulher. Foram consideradas como partes de suas histórias de vida, um determinado percurso, itinerário ou ciclo que foi ao encontro do tema proposto nesta pesquisa (BORN, 2001).

As trajetórias de vida também podem ser consideradas como trajetórias sociais, ciclos ou etapas da vida, representando o encadeamento temporal das posições que os indivíduos ocupam sucessivamente nos diferentes campos do espaço social. Em cada momento de sua existência, os indivíduos ocupam simultaneamente várias posições,

que resultam do entrelaçamento entre os diferentes campos da sua vivência (ARANGO, 1998). Para Boudier (1996), trajetórias de vida é uma série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente – ou mesmo grupo – em um espaço, ele próprio em devir e submetido a transformações incessantes.

As trajetórias de cada indivíduo trazem imbricados processos de construção e desconstrução de poderes que se entrecruzam configurando mudanças de relações. Esse processo de mudança implica rupturas que se manifestam em desavenças, revoltas, resistências, deslocamentos e continuidades (FALEIROS, 2001). Para o autor, a trajetória dos dominados geralmente tem a marca da exclusão social, pois, no transcurso de suas vidas, foram alijados seus patrimônios culturais, simbólicos e materiais da sociedade.

3.3 As participantes

Foram convidadas para participar da pesquisa as mulheres que viviam com HIV/aids cadastradas no Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/aids (SAE) do município de Cruz Alta, Rio Grande do Sul, com idade superior a 18 anos, constituindo um total de 61 mulheres entrevistadas. Não se trabalhou com uma amostra, mas com a totalidade de mulheres cadastradas no SAE que relataram ter sofrido violência de gênero em entrevista quantitativa realizada anteriormente (CECCON, 2012).

3.4 Local e período da produção da pesquisa de campo

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2012 a março de 2013 na sede do SAE do município de Cruz Alta, localizado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A escolha pelo local considerou a elevada incidência da doença no município, visto que era de 82 casos/100 mil habitantes em 2010, muito acima da taxa encontrada no Brasil e no Rio Grande do Sul, que eram de 20 e 38/100 mil habitantes, respectivamente. Além do mais, o local apresenta acentuada feminização da epidemia, já que em 1990 nenhuma mulher vivia com HIV/aids, no ano 2000 a incidência era de 16/100 mil e, em 2012, aumentou para 61/100 mil mulheres. A

cidade ocupa o 5º lugar no Brasil em casos de HIV/aids (BRASIL, 2014). Além do mais, o aspecto cultural característico das cidades do interior, expressos pelas desigualdades de gênero, claramente presentes no local, resultam da organização patriarcal moldada pela cultura machista do interior gaúcho (CAMPOS, 2011).

No Brasil, os SAEs foram implantados em 1994 devido à necessidade de serviços específicos para controlar a epidemia de HIV/aids no país e em resposta ao aumento no número de casos da doença (BRASIL, 2010). O SAE do município de Cruz Alta é referência em diagnóstico, assistência e tratamento para pessoas que vivem com HIV/aids nos municípios da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, perfazendo um total de 12 cidades. São ofertadas práticas de cuidado, educação em saúde e apoio psicológico, assistência médica, distribuição de antirretrovirais, realização de exames e distribuição de preservativos.

3.5 Geração e produção dos dados

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com 61 mulheres, cujo propósito foi a produção de narrativas através de um relato espontâneo sobre suas trajetórias de vida marcadas pelas violências de gênero e pela vivência do HIV/aids. Participaram do estudo mulheres que viviam com HIV/aids e que sofreram violência, sendo identificadas por meio de um banco de dados relativo ao agravo produzido em pesquisa anterior (CECCON, 2012). As mulheres foram entrevistadas pelo pesquisador em local próprio de funcionamento do SAE quando procuraram o serviço por livre espontaneidade.

Inicialmente, as mulheres foram acolhidas pelo pesquisador, perguntadas sobre o interesse em participar da pesquisa e, se aceitassem, eram informadas sobre o contexto da investigação e os procedimentos da entrevista. Foi exposto para as participantes o tema central da investigação, sendo que a questão disparadora para a produção da narrativa foi: *Conte-me sobre sua trajetória de vida e sobre a experiência de ter sofrido violências.*

As mulheres entrevistadas não foram interrompidas pelo pesquisador durante sua narração, sendo que pequenas interrupções só aconteceram quando o entrevistador foi incapaz de compreender o conteúdo relatado, pedindo

esclarecimentos. Após indicação da participante de que a narrativa acabou, o entrevistador realizou perguntas relativas à história contada, que se revelaram em ambiguidades e/ou trechos implausíveis (*O que aconteceu então quando..?; O que você quis dizer com..?; Você mencionou..; Não entendi quando você disse..*).

Em seguida, se não contempladas nas narrativas, o entrevistador realizou perguntas sobre situações vividas pelas mulheres: *questões relativas às outras pessoas e rede social (família, amigos, agressor), o contexto vivido, as dificuldades enfrentadas, violências sofridas (tipos, quantidade, duração, perpetrador), iniquidades de gênero e vulnerabilidades*. As mulheres relataram suas vidas e trajetórias, usando geralmente o tempo cronológico sob a forma de organização narrativa durante a unidade narrativa.

3.6 Análise dos dados

As narrativas constituíram uma possibilidade de investigar as trajetórias de vida das mulheres e sua relação com o tema investigado. Entretanto, no seu transcorrer, apresentaram maior amplitude temática, sem que existisse, necessariamente, um assunto central e nuclear em seu percurso narrativo.

Para a análise e compreensão das falas, foi utilizada a *Análise de Narrativa*, que busca promover diálogo entre diferentes áreas do saber e analisar as falas, conversas e memórias nos mais diversos contextos. Além do mais, este tipo de análise propõe compreender o discurso narrativo como prática social constitutiva da realidade e os modos como os atores sociais se constroem para fins locais de performance, além do entendimento de que as práticas narrativas orientam, nos níveis situados de interação, os processos de resistência e reformulação identitária (MISHLER, 1986, 1999, 2002; OCHS, CAPPS 2001; RIESSMAN 1993, 2008;).

As entrevistas tiveram duração de quarenta minutos a duas horas, variando de acordo com o fluxo narrativo de cada entrevistada. As mesmas foram gravadas em áudio, transcritas literalmente e organizadas em um *corpus textual*, sendo submetido a leituras múltiplas e reduzido gradativamente. Após a transcrição, obteve-se mais de 500 páginas de conversas transcritas. O conteúdo do *corpus textual* foi dividido em três colunas: na primeira a transcrição, na segunda coluna a primeira redução e na terceira apenas as palavras-chave. A análise privilegiou os conteúdos produzidos nas

narrativas, os aspectos diacrônicos, a polifonia, os efeitos terapêuticos e as ressignificações, sendo possível elaborar articulações com o contexto macro-contextual e sócio-histórico.

A partir dos relatos das mulheres, foram construídas três grandes narrativas, denominadas *retratos*, utilizando os fragmentos que contemplaram aspectos vividos pela maioria delas. A primeira narrativa focou as desigualdades raciais, a segunda a pobreza e a terceira as desigualdades de gênero. A discussão foi realizada a partir de quatro seções, denominadas “Nesta terra mulher tem dono!”; “as vozes das mulheres”; “as vozes das mulheres negras”; “as vozes das mulheres pobres”; e “vidas descartadas”.

3.7 Ética da pesquisa

A ética nesta pesquisa, de crucial importância, utilizou quatro estratégias: (a) consentimento informado elaborado com termos e linguagem propícia para abordar as mulheres (ANEXO); (b) explicitação às participantes da pesquisa sobre o direito de interromper a entrevista a qualquer momento, sendo alertadas sobre questões delicadas ou difíceis; (c) garantias prévias de suporte assistencial, no próprio SAE, dos casos identificados que necessitassem assistência; (d) suporte psicológico e ético aos pesquisadores de campo e às mulheres entrevistadas.

Todos os cuidados éticos foram respeitados, principalmente o que concerne ao anonimato, confidencialidade e sigilo das informações prestadas pelos sujeitos da pesquisa. Os dados foram armazenados em local próprio e o acesso às informações limitado aos participantes da pesquisa. A divulgação dos dados foi realizada sem identificação das participantes e as informações serão guardadas por cinco anos sob responsabilidade do pesquisador responsável, sendo destruídas após este período.

As entrevistas tinham o risco de desencadear sofrimento emocional às entrevistadas, uma vez que fez lembrar situações difíceis que foram vivenciadas. Entretanto, o fato de rememorar essas situações e poder ser ouvida produziu efeitos terapêuticos e ressignificação desses fatos. As mulheres com sofrimento emocional foram acolhidas e encaminhadas para acompanhamento psicológico no serviço.

A pesquisa respeitou as recomendações da Declaração de Helsinque e foi conduzida segundo a resolução específica do Conselho Nacional de Saúde (196/96). O projeto que deu origem à pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 22209.



LEVASSEUR (2015)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados produzidos na pesquisa de campo, emergiram seções que sintetizam os conteúdos produzidos nas narrativas das mulheres e convergem com o propósito do estudo. Buscou-se, assim, realizar uma síntese fiel às expressões e significados atribuídos pelas mulheres às suas trajetórias de vida, embora haja a percepção e a análise do autor sobre este conjunto de informações. Portanto, as narrativas foram sendo cimentadas por uma construção coletiva, que envolveu a interface *narradora-pesquisador*.

A geração dos dados ocorreu ao longo de um intenso processo de imersão do pesquisador no campo do estudo, que perdurou aproximadamente sessenta dias nos turnos da manhã e tarde. Inicialmente, as mulheres foram convidadas pelo profissional do serviço para participar da pesquisa, sendo explicado o contexto da investigação, não havendo recusa de nenhuma. As participantes eram acolhidas pelo entrevistador e iniciada a troca de informações entre ambos, culminando em uma longa narrativa.

Uma entrevista de caráter quantitativo através de questionário semi-estruturado serviu de dispositivo para identificar as mulheres que relataram ter sofrido violências de gênero ao longo da vida, selecionadas como participantes deste estudo. Portanto, foram entrevistadas mulheres que viviam com HIV/aids e tinham história de violência de gênero, atual ou passada. Sessenta e uma, além de duas travestis, que não fizeram parte da pesquisa.

A intenção era entrevistar um número menor de mulheres, mas as narrativas e as trajetórias de vida foram produzindo no pesquisador uma necessidade de ouvi-las, uma espécie de amálgama, um misto de fusão, mistura, empatia e contágio pelas vidas femininas que ali estavam. As mulheres também viam sentido e necessidade de falar, visto a fluidez dos relatos, a gestualidade, os detalhes minuciosos e, ao fim, o agradecimento e um abraço afetuoso. Esse abraço simbolizava um efeito “terapêutico” entre dois sujeitos: um que sentia necessidade de falar e outro afetado ao ouvir, indicando que ambos ressignificaram suas vivências.

Os profissionais de saúde também foram sendo afetados pelos temas, pois durante esses dois meses o pesquisador conversou exaustivamente com os mesmos sobre as

condições sociais femininas, as desigualdades de gênero e as violências sofridas. A pesquisa foi um *abrir os olhos*, como relatou uma enfermeira, visto que eram situações institucionalmente invisibilizadas, que passavam “à margem” do real projeto assistencial do serviço: o aparato clínico, que se constituía na medicalização das vidas das mulheres e pode ser considerada uma ação de educação permanente em saúde.

Foram sendo observados contextos de vida muito semelhantes, dores e sofrimentos similares, embora cada uma expressasse particularidades e sentidos próprios. A primeira seção, denominada “Nesta terra mulher tem dono”, apresenta as características das mulheres e do contexto sócio-cultural do município. Para visibilizar os relatos das mulheres, foram construídas três grandes narrativas a partir da costura tecida entre as trajetórias de vida das entrevistadas e a percepção do pesquisador, contemplando os aspectos vividos pela maioria delas. As narrativas produzidas focaram os efeitos da pobreza, do racismo e do sexismo sobre as mulheres e apresentaram as dificuldades vivenciadas por elas ao longo da vida. As narrativas foram discutidas nas seções denominadas (i) as vozes das mulheres; (ii) as vozes das mulheres negras; (iii) as vozes das mulheres pobres; (iv) vidas descartadas.

4.1 Nessa terra mulher tem dono!

Neste estudo, ao ouvir narrativas de mulheres e investigar suas trajetórias de vida, observou-se que as situações vivenciadas por elas têm forte relação com os cenários sociais e culturais do local onde vivem. Elas foram produzidas e são produtoras das interações subjetivas com outras pessoas e sociedade, onde são exercidas relações de poder e circulam ideologias mantenedoras de desigualdades de gênero, raça, classe social e de violências. Portanto, ao contrário das atribuições causais de cunho individual ou biomédico para o HIV/aids e para a violência, entendemos que essas situações resultam de relações histórico-sociais, econômicas e culturais.

Compreendemos que, quanto maior for a centralidade da cultura para a produção e organização de dinâmicas sociais específicas, mais significativas são as forças de regulação e governo sobre as mulheres. Cultura deixa de ser entendida

apenas como conjunto de crenças, experiências, valores, tradições e hábitos dos grupos humanos, e passa a ser concebida, de forma mais ampla, como o conjunto dos processos, categorias e conhecimentos através dos quais as comunidades são definidas (e definem) de formas específicas e diferenciadas (DONALD; RATTANSI, 1992).

Nesta seção são apresentadas algumas características culturais e sociais do município onde foi realizada a pesquisa e descritas quem são as mulheres entrevistadas em termos de características individuais. Procura entender como o cenário local atua na determinação da violência e na alta vulnerabilidade feminina ao HIV/aids.

O município de Cruz Alta, local onde foi realizada a pesquisa e vivem as mulheres entrevistadas, está localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, há 370 km da capital gaúcha, Porto Alegre. Caracteriza-se como um local onde intensificou-se a pobreza e a exclusão social nos últimos anos, especialmente de mulheres, em um contexto de crescimento e riqueza do agronegócio, empreendido pelas elites regionais. O poder financeiro e social perpetua-se por gerações no bojo de poucas famílias, fazendo acender as desigualdades sociais (CAMPOS, 2011; IBGE, 2010).

Em 2000, 21% das famílias recebia um salário mínimo e 5% não tinha renda. Na atualidade, um quarto da população é pobre e a desigualdade social é acentuada, com índice de Gini de 0,41. Em 2013, 23% da população era beneficiária do Programa Bolsa Família, 7% eram analfabetos e a expectativa de vida ao nascer era de 73 anos. Houve aumento no número de domicílios chefiados por mulheres, passando de 25% no ano 2000 para 42% em 2007 (IBGE, 2010).

As desigualdades de gênero, claramente presentes no local, resultam da organização patriarcal e são moldadas pela cultura machista do interior gaúcho (CAMPOS, 2011). O município de Cruz Alta, assim como outras cidades do Rio Grande do Sul, ao longo do seu processo histórico cultivaram a figura do “gaúcho” como símbolo de identidade, de modo similar à Argentina e Uruguai, embora com nuances particulares. Na Argentina, o gaúcho é uma figura histórica e símbolo nacional, e no Uruguai, é reconhecido como o ator social na guerra de independência, geralmente

descrito como um tipo específico de lavrador atuante na economia nacional (LEAL, 1989).

No Rio Grande do Sul, o gaúcho também é visto como herói das insurreições locais, símbolo de status e “centauro dos pampas”. Embora tenha havido diferenças regionais de acordo com a herança cultural, com predomínio de indígenas, colonos portugueses, espanhóis, africanos, alemães ou italianos, a cultura gaúcha constitui na atualidade a “identidade” da maioria da população do Rio Grande do Sul. Nelas é marcante a atividade econômica baseada na pecuária bovina, a gastronomia nativa com o churrasco e a erva-mate, o costume de fumar palheiro, a habilidade com o cavalo e os códigos próprios de linguagem, como a formação de um vocabulário regional, repleto de expressões típicas, oriundos das línguas portuguesa e espanhola, com termos nativos e africanos valorizados ao longo do tempo (LEAL, 1989).

O gaúcho faz parte de um grupo masculino, com identidade cultural, *ethos* e práticas ligadas à construção social da masculinidade. Na cultura gaúcha, a mulher é parte do universo dos homens como um ser ausente, e dentro da sua ausência ela é dominada e explorada. Ela existe como um ideal construído por homens e desempenha o papel da imagem, transformando-se em uma figura ilustrativa e admirada, quando muito, pela beleza física. Além do mais, a posse da mulher é sinônimo de status masculino. Ela é o outro, contra os quais os homens constroem a sua identidade; ela é tudo que um homem não é, e um homem não pode parecer ser qualquer coisa. Na cultura gaúcha, mulher é um suposto ser, ausente de todos os espaços públicos de prestígio e reconhecimento social, inclusive do mercado de trabalho (LEAL, 1989).

Em 2008, 77% dos empregos formais e 99% dos informais eram ocupados por homens no município de Cruz Alta, restando às mulheres as atividades domésticas e o desemprego. Organizações sociais capitalistas e da classe média-alta, como Maçonaria, Rotary e Lyons Clube são influentes para a organização social do município, com postos de trabalho exercidos por homens que representam a porção heterossexual branca com elevado poder aquisitivo, e “suas” mulheres exercem cargos de “esposas” (CAMPOS, 2011; IBGE, 2010).

Nos locais públicos é valorizada a ideia de “espaço do macho”, do sujeito que demonstra ostensivamente sua masculinidade. Na cultura gaúcha, a pessoa

responsável pelo espaço privado é a mulher, e seus filhos jovens vivem com ela; não raramente um pai ou outro familiar idoso. Ela tem um marido, que está ausente na maioria das vezes, trabalhando e vivendo no espaço público (LEAL, 1989).

Em relação à organização social da família e dos laços conjugais, no cenário rio-grandense do interior, o casamento é o destino e um compromisso estável para as mulheres e o esperado é que sejam capazes de criar os filhos e manter o casamento sejam quais forem as circunstâncias (LEAL, 1989). Essas características, inerentes à cultura gaúcha, organizam-se com base nas desigualdades de gênero para colocar as mulheres em um sistema hierárquico de poder. Esse contexto faz parte da base social patriarcal, na qual a violência é usada como mecanismo de controle e sujeição. Violência que contribui também para a acentuada prevalência e feminização do HIV/aids no município. Em 2013, 364 pessoas viviam com HIV/aids e estavam cadastradas no SAE, o que representava 0,5% da população. Destas, 200 eram mulheres (54% dos casos), das quais 72% sofriam violência de gênero e 61 foram entrevistadas para esta pesquisa, conforme apresentado no quadro 1:

Quadro 1 – Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas de mulheres com HIV/aids e que sofrem violência de gênero. Cruz Alta, 2013.

Características	n	%
Idade (anos)		
< 20 anos	21	34,4
20 a 39	30	49,2
40 a 70	10	16,4
Situação conjugal		
Casada	4	6,5
Solteira	18	29,5
Outra	39	64,0
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhum	34	55,7
1 a 8	27	44,3
Renda (em salários mínimos)		
≤ 1	48	75,0
1 a 2	13	25,0
Cor da pele		
Branca	9	14,8
Negra	52	85,2
Idade da primeira relação sexual		
≤ 15	47	77,0
> 15	15	23,0
Uso de preservativo		
Sim	2	3,3
Não	59	96,7
Tempo de HIV/aids (anos)		
≤ 5	26	42,6
> 5	35	57,4
Exercício da prostituição (em algum momento da vida)		
Sim	38	62,3
Não	23	37,7
Naturalidade		
Cruz Alta	61	100
Outro	0	0
Tratamento antirretroviral		
Sim	61	100
Não	0	0
Tipo de contaminação		
Relação sexual	57	93,4
Uso de drogas	2	3,3
Outro	2	3,3
Filho com HIV/aids		
Sim	1	1,6
Não	60	98,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Observa-se, entre as mulheres entrevistadas, características e condições comuns à maioria delas, constituindo-se um grupo bastante homogêneo em termos de marcadores sociais que as vulnerabilizam para o HIV/aids e para as violências. A maioria era jovem, solteira, com baixa escolaridade, pobres, desempregadas ou com trabalhos precários. Grande parte era negra, com início da vida sexual antes dos 15 anos, sendo comum não usar preservativo e, em média, há nove anos tinham sido diagnosticadas com HIV/aids. Um grupo grande exerceu a prostituição e a maioria foi contaminada por via sexual pelo parceiro. Todas as mulheres moravam no município onde o estudo foi realizado e faziam tratamento medicamentoso no SAE.

As características culturais do município, moldadas pelo patriarcado, pelo capitalismo agrário e pela valorização da cultura gaúcha representam um cenário que valoriza a figura masculina e a submissão da mulher. Uma sociedade pensada para os homens e pelos homens. Ainda são prevalentes no local situações e indicadores que precarizam ainda mais as vidas femininas, como a pobreza, o racismo, a baixa escolaridade, o desemprego e os preconceitos relativos à raça, gênero e classe social (CAMPOS, 2011).

Em Cruz Alta, as mulheres são dominadas, oprimidas e exploradas. Nesta terra, mulher tem dono, como é veiculado nos cânticos nativistas, mulher é “bicho” e precisa ser domado. Esse dono-domador é homem, que exerce poder e decisão sobre o feminino. É necessário, portanto, analisar especificamente as vidas destas mulheres a partir dos eixos de raça, gênero e classe social, além das iniquidades de gênero que as vulnerabilizam, a fim de conhecer como operam as relações de poder moldadas pelas violências e como estas condições contribuem para o aumento do HIV/aids na população feminina.



LEVASSEUR (2015)

Retratos³: tenho nojo de homem, mas parece que sempre preciso de um

Não lembro quase nada da minha infância, mas acho que foi nela que comecei a pegar nojo de homem. Como pode né? Tinha pavor, mas parece que sempre precisei de um. Minha mãe sempre disse que eu precisava encontrar um homem bom pra casar. Fui encarando isso como natural. Tudo mudou depois que soube que meu pai tinha amante. Minha mãe saía pra trabalhar e ele levava a vizinha pra dentro de casa. Um dia cheguei mais cedo do colégio e os dois estavam pelados na cama da mãe. Gemendo. Conteí tudo, mas ela acabou perdoando. Eu não podia acreditar naquilo. Depois disso minha vida virou um inferno. Meu pai, se é que posso chamar aquilo de pai, começou a me agredir. Me batia por qualquer motivo e bebia sem parar. Tomava cachaça. Tudo isso porque estava apaixonado pela vizinha. Perdeu a cabeça. Também passou a agredir minha mãe. Até que um dia, bêbado, me expulsou de casa. Mas antes me derrubou, me chutou e me bateu com um cinto. Mesmo chorando, antes de ir, consegui cuspir na cara dele. Era o primeiro homem que eu pegava nojo. Fui morar na casa de uma tia. Devia ter uns 10 anos. No começo foi tranquilo, mas depois acabei virando empregada. Ela dizia que eu tinha que pagar a estadia. Fazia todo o serviço de casa e cuidava dos filhos dela. Tive que largar o colégio. Foi lá também que sofri meu primeiro estupro. Eu tava em casa e meu primo, que era uns 10 anos mais velho, me convidou pra ir brincar na casa dele, só que eu, inocente, achei que a tia tava em casa. Quando chegamos não tinha ninguém. Me assustei, fui sair e ele me puxou pra dentro, me arrastou pro quarto pelos cabelos. Eu tinha uns 10 e ele 20 anos. Eu chorava, tentava chutar, esperneava. Ele tirou minha bermuda e minha calcinha. Tentou penetrar, mas não conseguiu. Me soltou. Fiquei machucada e roxa, com os braços doloridos. Ele falou que era brincadeira e eu nunca contei pra ninguém. Fiquei envergonhada. Achei que a culpa era minha. Foi o segundo homem que peguei nojo. Depois disso fiquei mais um tempo na minha tia e fui morar com uma amiga num quartinho no centro. Devia ter uns 16 anos. Ela recebia clientes que pagavam pra fazer sexo. Logo entrei na onda. Cobrava barato, eu era bonitinha e todos os dias tinha um ou outro. Briguei com essa amiga e fui parar na zona. Foi horrível, mas eu precisava me sustentar. Mal sabia ler, ia trabalhar onde? Pior que o dono da casa batia. Quando o cliente chegava, não tinha direito de dizer “não”. Se ele gostasse de ti, se ele te pagasse bebida, tinha que subir pro quarto. A maior parte do dinheiro do programa ficava pro dono da casa, e no final da noite ele escolhia uma ou duas que davam pra ele de graça. Todas tinham que transar com ele. Era norma da casa. Nunca usei camisinha com ninguém. Até queria. Tentava colocar, fazia um boquete pra ajeitar e eles davam um jeitinho e tiravam. Ou arrebetavam. Ficava só aquela borrachinha de cima. Fiquei na zona por um tempo curto. Foi só até me estruturar. Não era pra mim aquela vida. Acho que não deve ser pra nenhuma daquelas. Todas que eu conversava estavam ali por obrigação. Nenhuma dizia que gostava de fazer aquilo. Que desse prazer e tal. Tinham histórias de vida

³ Retratos – denominação dada às narrativas -, aqui, são mais que fotografias tiradas por outrem e que refletem as belezuras estáticas do momento exato. Retratos condizem à unção entre a imagem de si própria, narrada em primeira pessoa, que constata as mudanças e transformações ocorridas ao longo da vida (ou não), com o olhar atento de quem ouve a narrativa ofertada. Retratos são afecções.

muito triste. Logo casei. Fiquei casada 23 anos e infeliz. Ele tinha amantes. Tem boatos que ele saía até com homem. Eu descobria e logo perdoava. Era a sina da minha mãe. De tanto que critiquei eu estava passando pela mesma situação. Ele saía e ficava cinco dias sem aparecer em casa. Engravidou outra mulher, teve que pagar pensão. Tudo isso casado comigo. Mas eu era apaixonada por ele, por muitos anos eu fiquei assim. Depois ele começou a ficar agressivo, me xingava, e logo depois começou a me dar tapa na cabeça, na cara, me pegava pelo pescoço. Aquilo foi me deixando sem saber o que fazer. Naquela época eu não entendia nada, achava que tinha que viver aquilo pra sempre. Foram 23 anos assim. Mas até que um dia ele colocou um revólver na minha cabeça. Disse que ia me matar, que não me aguentava mais. Isso porque perguntei onde ele estava, tinha chegado bêbado depois de três dias sem aparecer. Ele me acusou que eu controlava ele. Aí deu, era demais. Eu precisava ter um pingote de amor próprio. Resolvi me separar. A última relação sexual que ele me forçou eu falei: Não, eu não quero mais! Eu sinto ódio por ti, não quero nem que me toque. Fugi e deixei casa, filho. Tudo. Ele veio atrás. Na primeira vez eu voltei. A gente vivia na mesma casa e em camas separadas. Só que naquele tempo a doença já estava incubada e a gente não sabia. Ele pegou na rua e me passou. Caímos os dois doentes. Eu quase morri. Tive toxoplasmose cerebral. Fui pra UTI. Ele dizia que fui eu quem passou pra ele. Me culpava. Nunca tive outro homem em todo esse tempo de casada. Só que daí não dava mais. Me separei. Daí ele se soltou mesmo, sabe? Escrachou total. Não trabalhava mais, vendeu as coisas dentro de casa, começou a usar droga. Maconha, cocaína. Até remédio ele tomava. Não conseguia ver ele sofrendo daquele jeito. Eu já tinha me levantado. Estava bem. Acabei voltando. Precisava ajudar pra ele a sair dessa. Cuidei dele até a morte. Tenho saudade. Ano passado tentei me matar. Cortei os pulsos com faca. Não consigo emprego, sou pobre e estou sem dinheiro. Hoje não tenho ninguém. Minha vida acabou. Sigo sentindo nojo de homens.

4.4 Primeira narrativa: as vozes das mulheres

Esta seção responde a uma indagação que tem acompanhado o transcorrer e o fazer-pensar desta pesquisa: como operam as iniquidades de gênero⁴ e que efeitos produzem nas mulheres que vivem com HIV/aids? Além do mais, problematiza a ideologia de gênero⁵, base da socialização e mantenedora das hierarquias de poder e das desigualdades entre homens e mulheres em sociedades patriarcais. Questiona-se também que tipo de atenção é dispensada às mulheres com HIV/aids, que recebem apenas um “cardápio” de testes e medicamentos, resultando em quebra dos princípios constitucionais da equidade e da integralidade (FERNANDES, 2009; HEILBORN, 2003).

A categoria *gênero* foi utilizada como ferramenta analítica para examinar os processos sociais e culturais e as relações de poder que incidem sobre as mulheres, o que implica assumir que o corpo sexuado funciona como território de inscrição de identidades e como alvo de sistemas de hierarquia social. Cabe considerar, também, que reconhecer-se como homem ou mulher é consequência da educação diferenciada de gênero e da ação ideológica de discursos que, por serem plurais, indicam disputas, divergências e o caráter relacional com que se constituem posições desiguais (MEYER, 2009; SCOTT, 1990).

Nas últimas décadas, apesar da sociedade ter passado por transformações econômicas, sociais e culturais que resultaram em mudanças na condição social das mulheres, elas ainda não gozam a mesma situação civil dos homens e não possuem garantia de direitos fundamentais, o que representa obstáculos às concepções igualitárias de cidadania (PATEMAN, 1996). De maneira geral, houve melhoria nas

⁴ Iniquidades de gênero são entendidas como desigualdades entre homens e mulheres consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas.

⁵ O conceito de ideologia utilizado neste estudo é o negativo elaborado a partir da concepção marxista, cujo conceito compreende a falsa consciência e concepção na qual a realidade é invertida a favor dos dominantes. Alinhando-se a este referencial, compreendemos que a ideologia de gênero, ao contrário do uso que têm feito os grupos que criticam o movimento feminista, tem a função de manter as hierarquias entre os sexos que objetivam a dominação das mulheres e dos homens fora dos modelos de masculinidade hegemônicos, com o intuito de mascarar a desigualdade de poder entre dominadores e dominados, sendo, portanto, uma forma de consciência parcial, ilusória e enganadora (LOWY, 1985).

condições de vida, e as desigualdades de gênero foram reduzidas desde o fim da Segunda Guerra Mundial e após a 4ª Conferência Mundial de Mulheres. Os governos assumiram o compromisso de respeitar, proteger e garantir direitos, reconhecendo a necessidade do empoderamento e autonomia feminina em todos os âmbitos da sociedade para combater a discriminação e opressão. Estima-se que a igualdade de gênero possa ser alcançada em algumas sociedades ainda no século XXI, já que nas últimas décadas houve aumento do número de mulheres escolarizadas e inseridas no mundo formal de trabalho, maior presença nos espaços de poder e em funções de liderança nas esferas pública e privada e maior acesso à propriedade e à herança em muitos países do norte (PRA, 2004).

A garantia de direitos para as mulheres nos ordenamentos jurídicos e políticos dos Estados democráticos são fundamentais para o alcance da equidade de gênero, principalmente no que tange ao rompimento com a subordinação feminina (PRA, 2004). Mesmo assim, ainda há assimetrias de poder nas relações entre os sexos, diferenças sociais entre masculino e feminino e permanência das matrizes histórico-culturais de subordinação das mulheres, presentes em estruturas sociais, ideias e valores. Subordinação que atravessa o privado e o público e é evidenciada por condições desiguais e sub-representação feminina em todos os âmbitos da sociedade. As mulheres enfrentam dificuldades para o exercício pleno de direitos, sendo necessário efetivar políticas para assegurar a cidadania feminina, principalmente para desfazer desigualdades de gênero, raça e classe social (AMÂNCIO, 1998; LAVALE, 2010; PITANGUY; MIRANDA, 2006; SCOTT, 1990;).

Além do mais, as melhorias na condição das mulheres não ocorreram em todos os grupos sociais, beneficiando apenas alguns deles, representados por mulheres brancas e pertencentes às classes médias e altas, mantendo grandes contingentes em situação de exclusão. As iniquidades de gênero devem ser reconhecidas e superadas, pois apesar dos avanços legislativos e jurídicos, o cumprimento e garantia de direitos fundamentais não ocorre de maneira igualitária na sociedade, penalizando as mulheres pobres e não brancas, mais suscetíveis de enfrentarem barreiras de acesso a serviços e mais vulneráveis a agravos e doenças resultantes da pobreza, dentre as quais o HIV/aids (PATEMAN, 1996; UNAIDS, 2005).

As mulheres entrevistadas neste estudo relataram um amplo leque de discriminações, preconceitos, violências e tratamentos iníquos, mesmo que suas narrativas não deem conta de revelar a real dimensão das infrações de direitos cometidas contra elas. As mulheres relataram itinerários atravessados por sofrimentos, iniciando com a própria socialização de gênero quando meninas, que as expõe à subordinação desde a infância e continua na adolescência com a busca de um companheiro e uma relação de conjugalidade como saída para os abusos, o trabalho infantil e a violência familiar. A essas relações sobrevivem filhos, rupturas e novos parceiros, sempre na esperança alicerçada nos mitos românticos de encontrar o par ideal. Ilustradas ou com pouca educação formal e qualificação para o trabalho, muitas encontraram na prostituição o único recurso para ganhar a vida. O diagnóstico do HIV/aids para algumas é uma declaração de morte, para outras “nem mais importa”. A maioria delas enfrenta dificuldades na revelação do HIV/aids e prefere ocultar a doença. Elas sofrem preconceitos e são estigmatizadas pela maioria das pessoas e setores da sociedade. São culpabilizadas inclusive pelos homens que as contaminaram, e discriminadas por terem adquirido a doença. Essas discriminações quando acontecem nos serviços e instituições que teriam obrigação de atendê-las e cuidá-las constituem infrações de direitos e iniquidades de gênero. Essa infrações constituem situações injustas e evitáveis, que vulnerabilizam as mulheres e reduzem sua capacidade de viver e enfrentar a doença (CARVALHO, 2000; FERRANTI, 2003; FONSECA, 2005; HARGREAVES et al., 2008).

As mulheres que ouvimos vivendo com HIV/aids e sofrendo inúmeras violências exerceram ao longo da vida os papéis designados ao feminino na sociedade patriarcal. O discurso que veicula o desempenho desses papéis é a ideologia de gênero, através da normatização naturalizada socialmente de como deve ser o comportamento esperado para cada sexo. Os padrões sociais vigentes nas pequenas cidades do interior do Rio Grande do Sul ainda são os de sociedades de honra, com estrita divisão sexual dos papéis. Assim, as mulheres estão circunscritas ao espaço doméstico, ao casamento e ao cuidado de filhos, embora trabalhem na lavoura como homens. Ainda é comum a expulsão de casa de meninas que engravidaram ou rapazes que não se

comportam de acordo com a heterossexualidade obrigatória. Nessa situação, tanto para as jovens grávidas quanto para os rapazes gays, só resta a zona do meretrício.

Percebeu-se nos relatos o quanto está vigente a educação diferenciada segundo sexo, parte da *socialização de gênero*, que normatiza segundo a régua do patriarcado quais os valores, papéis e atribuições serão designadas e aceitas para cada um dos sexos. Essa construção influi no modo como as pessoas elaboram suas escolhas e atribuem significados ao seu existir (TRAVERSO-YÉPEZ, 2005). Portanto, nas sociedades rurais do Rio Grande do Sul, mesclam-se as noções tradicionais de sociedades de honra com valores urbanos veiculados pelas mídias, em que as hierarquias se mantem travestidas de modernidade, propalando uma pretensa liberdade sexual feminina, já que as mulheres continuam subordinadas ao desejo masculino de com quem, como e de que maneira serão as relações sexuais. Essa ideologia irá onerar ainda mais o feminino, acrescentando às mais frágeis o ônus da doença, fato evidenciado pelas elevadas prevalências de HIV/aids em mulheres e pelo ranking no cenário brasileiro do município em estudo.

A socialização de gênero constrói as mulheres para serem subordinadas ao homem, considerado provedor, a figura que sustenta a família e detém o pátrio poder, papel acentuado nas classes sociais mais pobres (BARKER; LOWENSTEIN, 1997). É um processo enviesado que cumpre funções de controle e objetiva adaptar as pessoas às normas sociais estruturadas com base na desigualdade de gênero (SAGOT, 1995). Essa forma de organização social patriarcal aceita apenas o papel da mulher submissa aos homens, como mãe e esposa dedicada. Resulta de um processo de domesticação para torná-la responsável pela casa, pela família, pelo casamento e procriação, na figura de “mãe”, cuja imagem está ligada a atributos ditos femininos: a passividade, o recato, a domesticidade. Assim, o espaço privado, apesar das palavras de ordem do feminismo de que “o pessoal é político”, continua sendo o lócus das mulheres, obrigadas pelos códigos de silêncio a manter sigilo do que ocorre entre quatro paredes (NEUHOUSER, 1989).

O relato sobre a sexualidade das mulheres que vivem com HIV/aids mostra o quanto se constituem como figuras do sofrimento e não do prazer, como costumam ser tratadas pela sociedade, que as consideram promíscuas, infratoras e putas. Elas

tiveram uma vida na qual a sexualidade foi atravessada por abusos e violências. “Tenho nojo de homem” é o desabafo que atravessou a narrativa de uma delas, mostrando que as violações ao longo da vida, a necessidade de fazer sexo por dinheiro ou segurança econômica anularam a possibilidade de uma sexualidade prazenteira e espontânea. O sistema patriarcal controla o prazer sexual feminino, considerado perigoso, colocando preço ao possível prazer que elas possam auferir (VANCE, 1992).

Goldstein (2003) critica o discurso machista que há por trás da “carnavalização do desejo” atribuída aos brasileiros. Esse discurso pauta-se numa visão masculina do prazer e da transgressão que está na base das narrativas e formulações sobre ideologias sexuais predominantes no país, conformando uma naturalização da sexualidade. Paradoxalmente, as imagens e narrativas do Brasil como paraíso erótico convivem com o sexismo e o machismo, fato evidenciado pelas elevadas prevalências de violência de gênero contra mulheres e população LGBTT (SIMÕES, 2016).

Essa imagem construída de um Brasil como uma sociedade de fronteiras porosas para o sexo encobre o fato de que é um país de elevado risco de violências contra mulheres. Estas imagens têm como suporte a divisão de papéis difundida pela educação diferenciada de gênero, a feminização da pobreza, a *glamourização* da relação entre prazer, perigo e violação, o estímulo da erotização feminina desde a infância e, conseqüentemente, a percepção da mulher como um corpo, cuja propriedade é do homem, em que o sexo pode ser obtido à força, independente do desejo feminino (BERLINGUER; GARRAFA, 1996; FRY, 2005; GREGORI, 2010; YOSHIHMA; HORROCKS, 2010).

Normas sexuais estabelecidas para homens e mulheres fazem parte do sistema simbólico que Rubyn (1986) denomina sistema sexo-gênero, que consiste no conjunto de práticas, símbolos, padrões, representações e valores que dão significado à satisfação sexual, reprodução e relações entre pessoas como seres sexuados. As hierarquias de gênero produzem desigualdades que colocam o homem em posição de dominação e as mulheres de subordinação, cabendo a eles, portanto, determinar como será o exercício da sexualidade (DEBERT, 2008).

Em sociedades tradicionais, como as do interior do Rio Grande do Sul, as normas para o comportamento sexual feminino permanecem mais rígidas do que nas

metrópoles. Ainda pode estar vigente a exigência da virgindade antes do casamento, muitas vezes confundida com inocência e ignorância de questões sexuais, além de passividade, falta de reconhecimento ou expressão de desejo, obrigação de satisfazer o parceiro, fidelidade sexual e reprodução de filhos como o objetivo do sexo e do casamento. Em contrapartida, ao masculino espera-se que tenha vida sexual ativa, relações sexuais com muitas mulheres, amplo conhecimento das questões referentes ao sexo, impulso sexual incontrolável, além de mostrar força, invulnerabilidade e agressividade. Esse padrão constitui um obstáculo para a prevenção do HIV/aids, pois alienam e desautorizam as mulheres - que precisam mostrar-se sexualmente ingênuas - a usar ações e práticas de prevenção. Além do mais, traz riscos também aos homens, que não se veem como potencialmente propensos à aquisição do vírus, mesmo quando não se protegem (CAMPBELL, 2007). *“Nunca usei camisinha com ninguém. Até queria. Tentava colocar, fazia um boquete pra ajeitar e eles davam um jeitinho e tiravam. Ou arrebetavam. Ficava só aquela borrachinha de cima”*.

Conforme observado neste estudo, as mulheres tendem a ignorar ou aceitar passivamente as múltiplas parcerias sexuais do companheiro, femininas ou masculinas. A bissexualidade masculina, às vezes negada pelo próprio homem, faz com que eles - que não revelam suas preferências sexuais - vivenciem práticas homossexuais em segredo, mantendo uma imagem heterossexual. Este fato decorre da heterossexualidade compulsória imputada pela sociedade, sendo que a bissexualidade masculina não reconhecida aumenta o risco do HIV/aids, pois ao não assumir sua preferência sexual, os homens passam a frequentar estabelecimentos clandestinos e relacionar-se sem a devida proteção (ANDREFF, 2001).

As mulheres também são vítimas da imposição da heterossexualidade obrigatória, maternidade compulsória e da falta de autonomia na condução da vida sexual e reprodutiva. O homem é quem decide o uso do preservativo e onde, quando e como serão as práticas sexuais, situação que aumenta a vulnerabilidade das mulheres à aquisição do HIV/aids, visto que retira a autonomia sobre seu corpo e sexualidade, além de aumentar o risco de violência, utilizada para reforçar a dominação masculina. Além do mais, quando as mulheres rompem e transgridem as normas a elas designadas, ocupam espaços ou exercem liberdade sexual, são discriminadas,

podendo sofrer violências como mecanismo de correção e controle (ANDREFF, 2001; HEBLING, 2004).

Algumas mulheres entrevistadas relataram que, ao longo da vida, precisaram em muitas situações usar o sexo como “moeda de troca” para garantir necessidades básicas, como moradia e alimentação. A sociedade, através da pornografia e da erotização precoce das meninas, estimula as jovens a realizar sexo, ao mesmo tempo em que as denigre quando algo não dá certo, quando elas engravidam ou adoecem, propalando padrões de comportamento tradicionais. A educação diferenciada de gênero faz com que as meninas sintam-se lisonjeadas com o desejo do “outro” e muitas vezes se sentem obrigadas a fazer sexo para agradar o namorado ou parceiro. Além do mais, elas não possuem autonomia para refutar relacionamentos abusivos, não percebem suas vulnerabilidades e muitas vezes não conseguem negar relações sexuais indesejadas. Desta maneira, muitas vezes elas fazem sexo sem conhecer, dispor e/ou utilizar preservativos. Mas a mesma sociedade que não as protege, usando códigos de conduta que propugnam passividade e permissividade aos desejos masculinos, imputa a elas a responsabilidade, a culpa e o desprezo pelo sexo não consentido (mesmo quando há violência), pela gravidez precoce e pela aquisição do HIV/aids (HEILBORN, 2002, 1996; WHO, 2013).

As mulheres possuem poucas alternativas para romper com as violências familiares, sendo o *casamento* e a *gravidez precoce* estratégias utilizadas por meninas muito jovens para sair desta situação. Seduzidas pelo mito do amor romântico, dirigido às mulheres que ainda são educadas para o “matrimônio”, elas casam-se apressadamente e rapidamente engravidam para cumprir um script tido como ideal de competência. O amor romântico as enclausura num mito de felicidade e realização social que representa uma falsa promessa e constitui a consolidação da posição de subalternidade ao homem, para quem deverão serviços e obediência (SANTOS, 2014). Na nova relação, estas jovens adolescentes, esposas e mães são obrigadas a seguir o contrato sexual do casamento e da submissão ao marido, itinerário que fez parte da vida de muitas mulheres que ouvimos (COYLE et al., 2011; PATEMAN, 1996; SPINKY, 2004).

Outro objetivo da socialização feminina é adestrá-las para o cuidado do outro, demonstrando afeto e compaixão, mesmo em se tratando de pessoas que as abusaram e violentaram. Neste estudo, muitas cuidaram de maridos ou companheiros com os quais haviam vivido uma vida de violências, outros que as infectaram mas negavam que houvessem transmitido a doença, e ainda os que as abandonaram e voltaram no fim da vida para serem cuidados por elas (LESSA, 2012). Usaram, como se viu em outros relatos, promessas, juras e fábulas românticas para desculpá-los. *“Não conseguia ver ele sofrendo daquele jeito. Eu já tinha me levantado. Estava bem. Acabei voltando. Precisava ajudar pra ele a sair dessa. Cuidei dele até a morte.”*

Essas mulheres passaram a vida cumprindo os papéis ditados pela cultura, cumprindo o que Simone de Beauvoir chamou de “destino de gênero”, em que o valor e o mérito é dado pelo quanto produzem, servem e cuidam (LESSA, 2012), embora também tenham sido transgressoras, mesmo sendo para garantir a sobrevivência. Algumas tinham necessidade dos recursos econômicos do homem com o qual casaram, viveram, cuidaram e/ou serviram, embora haviam as que possuíam independência financeira ou eram provedoras da família e também se comportaram de acordo com os papéis esperados de gênero. Além do mais, também como cuidadoras são objeto da exploração imposta pelo sistema capitalista, já que o trabalho com o cuidado faz parte de um mercado de trabalho gratuito realizado majoritariamente por mulheres, em que as relações de dominação são naturalizadas e subestimadas (NARVAZ, 2004; ROCCO, 2003).

Um grupo de mulheres entrevistadas só encontrou possibilidade de sobrevivência na prostituição, e esta atividade que em épocas passadas era gerida pelas próprias mulheres, na atualidade foi apropriada pelo patriarcado mafioso, fazendo com que elas precisem pagar a “proteção” de cafetões e michês, o que significa um acréscimo de exploração. Atualmente, o mercado do sexo e a exploração sexual de mulheres é um dos setores mais lucrativos em nível mundial. Neste mercado as prostitutas recebem o *status* de objetos sexuais, que podem ser facilmente descartados quando adoecem, se rebelam ou envelhecem e é mantido continuamente pela entrada de jovens pobres, de etnias minoritárias, migrantes e oriundas de países em guerra ou conflitos bélicos, onde elas são alvo do tráfico de pessoas, de drogas e da exploração

sexual comercial (CARCEDO, 2010). Dentre os fatores que levam as jovens a se prostituir estão a pobreza, os abusos familiares, gestações sem recursos em sociedades tradicionais e a falta de redes de apoio social e financeiro (RIBEIRO, 2011).

O exercício da prostituição é, na maioria das vezes, realizado em territórios onde vigora a lei do mais forte e da violência, onde imperam gangues, traficantes, cafetões, gigolôs e michês, que submetem as mulheres a violências, abusos e explorações. A sociedade patriarcal separa as mulheres entre “putas” e “mães de família” e as que exercem prostituição constituem um grupo marginalizado e estigmatizado. Na medida em que os usuários pagam pelo sexo, sentem-se no direito de usar o corpo pago conforme seus desejos, fazendo-os objetos de violência e até mesmo de morte, além de ocasionar risco elevado de contrair HIV/aids, visto que muitos homens rejeitam o uso do preservativo ou o retiram durante a prática sexual (LIPSZYC, 2003).

Nas 61 narrativas que ouvimos, as estratégias de resistência se deram no contexto da violência e dominação masculina. As opções que elas possuem para enfrentar os abusos são poucas, pois as mesmas estão sob a tutela masculina em todos os âmbitos da sociedade. Umhas encontraram “proteção” no casamento e outras na prostituição, embora todas precisem “pagar” com os corpos, com a disponibilidade sexual e com os serviços domésticos (SERPA, 2010). Assim, ao longo da vida, no casamento, em relações amorosas ou na prostituição as mulheres são dominadas, oprimidas e violentadas por homens. São pais, padrastos, cafetões, clientes, namorados e maridos que exercem poder sobre os corpos femininos. Muitas vezes são os mesmos que lhes transmitem o vírus HIV em relações moldadas por desigualdades de gênero. A construção social da necessidade das mulheres estarem sob a tutela masculina dificulta o rompimento das situações abusivas. Essa dificuldade de romper com um homem violento ocorre tanto com as mulheres casadas quanto com as que exercem a prostituição, uma vez que elas estão sempre “devendo” favores ao homem que as protege, quer seja no casamento, quer seja na prostituição (NIETO, 2008; WELZER-LANG, 2001).

Embora o sistema patriarcal tenha sofrido modificações ao longo dos séculos, havendo momentos de concessões, como na Revolução Industrial, quando precisaram melhorar as condições femininas sob pena de não haver mais mão de obra para

reposição ou nas guerras mundiais em que as mulheres foram convocadas para realizar o trabalho masculino nas fábricas e cidades, o sistema de exploração/opressão que incide sobre as vidas femininas mantém-se no contemporâneo disfarçado com outras roupagens (AMORÓS, 1991).

Desde a antiguidade os homens possuem o direito sobre os corpos das mulheres, com casamentos arranjados, trocas de mulheres nos clãs, estupros, violações em guerras e mesmo a grande caça às bruxas na Idade Média, como apontou Carole Pateman, ao afirmar que o contrato social na verdade é um negócio entre homens (PATEMAN, 1996). Atualmente, uma das desigualdades mantidas entre os sexos que indica o poder do patriarcado é o controle sobre as decisões sexuais e reprodutivas que afetam a vida das mulheres, mas que são decididas por homens. Esse controle é mais acentuado nos países de média e baixa renda que possuem leis conservadoras, apoiadas por grupos religiosos, criminalizando o aborto mesmo no caso de estupro e gravidez não desejada e em face de elevadas razões de mortalidade feminina por abortos clandestinos (SAFIOTTI, 1969).

As decisões acerca da contracepção são consideradas obrigações femininas e muitos homens mantêm relações sexuais sem preservativo com as esposas como indicador de fidelidade e com as prostitutas porque são consideradas descartáveis e, portanto, não há preocupação em protegê-las. Às que se insurgem, cabem os estupros, considerados um direito de maridos, além dos estupros corretivos quando as mulheres ocupam espaços masculinos, em horários ou vestimentas consideradas impróprias, e a culpa é atribuída às próprias vítimas (PATEMAN, 1996).

As mulheres mostraram dificuldade na revelação da doença para os companheiros, familiares, amigos e colegas de trabalho, tendo em vista que esta condição se configura como uma infração, capaz de produzir conflitos, rejeição e rompimentos na vida matrimonial, familiar e laboral. Preconceito, discriminação, culpa e estigma difundidos pela sociedade às mulheres com HIV/aids limitam a possibilidade da revelação, fazendo com que guardem em segredo o *status* sorológico, o que dificulta a construção de redes de apoio e ajuda mútua. Além do mais, a revelação ao companheiro, mesmo que ele seja o transmissor do vírus, pode gerar violência e

culpabilização da mulher, acusando-a de infidelidade e promiscuidade (RENESTO, 2014).

As mulheres narraram dificuldades de manter relações interpessoais devido ao estigma e discriminação, principalmente por serem mulheres e portarem um vírus que carrega sentidos de “doença maldita” associada à “promiscuidade” e ao rompimento das normas de gênero. O fato de precisarem manter segredo gera sofrimento, medo, culpa, exclusão e pode chegar ao suicídio. Essa postura de silenciamento deve-se à discriminação, rechaço e humilhações que ainda são dirigidas aos portadores de HIV/aids, e é mantida muitas vezes com a ajuda da equipe dos serviços de saúde como uma forma de resguardar a privacidade da(o) usuária(o), protegendo-o(a) dos estigmas (RENESTO, 2014; SONTAG, 1996).

O estigma é potencializado quando uma característica é transformada em atributo negativo, desqualificando o portador e criando obstáculos ao acesso a bens materiais e simbólicos. A escolha do que vai operar como estigma não é arbitrária e pode atuar com maior ou menor eficácia nas interações sociais, a depender da intensidade com que os eixos de produção de desigualdade ocorrem em cenários específicos (GOFMAN, 2008). Com relação ao HIV/aids, o estigma é produzido em função dos modos de transmissão e das normas sociais pré-existentes à epidemia, referidas à prescrição de comportamentos com base em estereótipos de gênero e na normatização da sexualidade (PARKER, 1997).

O segredo em relação à vivência do vírus vulnerabiliza as mulheres, pois o apoio social contribui para enfrentar a doença, reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. Além do mais, contar com amigos e familiares geram menos estresse e sentimento de solidão, e a participação de familiares em grupos de apoio contribui para a produção do cuidado das mulheres. Entretanto, para a maior parte das entrevistadas, a família revelou-se mais um local de estigmatização, discriminação e exclusão (PARKER, 2015).

O diagnóstico da doença afeta as perspectivas de vida que foram construídas pelas mulheres, pois o que prevalece é a ideia de finitude rápida e o medo da morte. Além do mais, o diagnóstico positivo provoca intenso temor, angústia e sofrimento, porque a doença agudiza fragilidades nas questões relacionadas à sexualidade, à vida

e à morte. No imaginário social, anuncia um castigo, um atestado de óbito prematuro ou uma sentença de morte (SALDANHA, FIGUEIREDO, 2002)

A revelação ao companheiro vulnerabiliza a mulher à violência, principalmente se ele for soronegativo. Mesmo quando o HIV foi transmitido pelo parceiro, recai sob a mulher a culpa e a responsabilidade, pois a relação conjugal é instituída pela desigualdade de gênero. Essa situação pode fazer com que o diagnóstico seja realizado tardiamente, pelo fato do homem associar a realização do teste pela mulher com infidelidade e relação extraconjugal (ZIERLER, 2000).

A culpabilização pelo HIV/aids vulnerabiliza as mulheres por envolver aspectos relacionados ao juízo e à moral sexual baseadas em normas, induzindo o comportamento que deve ser seguido de acordo com as condutas e atitudes prescritas. Quando a mulher transgredir essas normas, torna-se vítima de estigma que ocasiona uma carga de culpa e rechaço social. Além do mais, trata-se de uma doença associada aos “desviantes”, consequência de uma “vida má e errada”, e estar dentro das normas (não ter relações sexuais desprotegidas ou com múltiplos parceiros) é fundamental para não serem rechaçadas. Assim, quando se percebem como transgressoras, associam a aids à uma punição possível para que se deem conta “do que é correto na vida” (AYRES, 2001). As mulheres com HIV/aids continuam sendo consideradas “infratoras”, “promíscuas” e “impuras” pela sociedade, e muitas vezes punidas com discriminação e violências. São marcadas com a condição de “risco” e segregadas a espaços limitados para seus corpos impróprios (PARKER, 2015).

A transmissão sexual da aids é considerada uma tragédia, já que é uma doença envolta em moralismos, e adquiri-la significa ser alvo de uma censura que não é dirigida a outras doenças e agravos. As epidemias, no imaginário social, são consideradas pestes e castigos, e é comum serem percebidas como uma punição aos “pecados”. As pessoas que apresentam infecção pelo HIV/aids percebem-se muitas vezes como “pecadoras”, o que gera sentimento de culpa, ódio de si mesmas, rejeição, autoagressão, medo, ansiedade, depressão e raiva (ZALESKI, 2001).

Nas narrativas que ouvimos, muitas se sentiam culpadas pela contaminação e estavam revoltadas consigo mesmas por não terem se cuidado, embora diante da irreversibilidade do ato, continuavam se negligenciando. Outro sentimento que

apareceu é o da raiva imensa em relação ao companheiro ou ao homem que as infectou e à sociedade que as colocou em situações de tal precariedade e vulnerabilidade que trouxe como consequência a doença, e mesmo após estarem doentes, continuaram demonstrando desprezo e rechaço (SANTOS 1998).

Os serviços de saúde que deveriam acolher, ouvir e cuidar destas mulheres muitas vezes mostram frieza e indiferença, pouco afeto a ouvi-las, preocupando-se apenas com os exames e testes sorológicos, “com o CD4 e os medicamentos”, como elas mesmas referem. Não mostram interesse em saber mais sobre suas vidas, seus sofrimentos, suas dificuldades. Ainda há os que expressam certo moralismo, presente quando indicam pensar que, na realidade, elas foram mesmo promíscuas e negligentes, culpadas, portanto, de terem adquirido a doença. São atitudes que rompem com os princípios constitucionais da integralidade – atender a usuária na sua completude - e da equidade – já que elas não são tratadas segundo suas necessidades, mas atendidas apenas nos aspectos biológicos da doença (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007).

Essas vidas femininas estão aprisionadas em uma sociedade de controle, mulheres subjetivadas através da cartilha do patriarcado, enredadas em relações de poder desiguais e cimentadas pela ideologia machista que incide sobre suas mentes e corpos, mesmo que nem sempre visíveis. Enquanto não se implodir os padrões patriarcais que balizam a socialização dos homens e mulheres na sociedade, pouco se poderá fazer no sentido de romper com as discriminações e iniquidades, já que estas derivam de hierarquias de poder e de concepções estereotipadas das feminilidades e masculinidades na cultura (ZALESKI, 2001). As mulheres deste estudo, pela inserção precária na sociedade, moldada pelas desigualdades de raça, classe social e gênero, foram simplesmente reduzidas a vidas descartáveis, que não possuem o direito ou garantia de serem protegidas.



LEVASSEUR (2015)

Retratos: preta, pobre, mulher e aidética

Sinhô⁶: nasci preta e pobre, o que podia esperar? Nasci preta e pobre como todas essas que fazem tratamento pra aids aqui, como toda minha família, meus amigos. Às vezes fico pensando: será que branco e rico não pega aids? Branco e rico não sofre? Devem sofrer menos, e se for homem sofre menos ainda. Duvido que passem metade do que eu passei. E não sou só eu, viu sinhô, são todas essas aqui. Todas! Mas já que pediu, vou contar um pedaço dessa minha desgraçada história, porque muita coisa deus me fez esquecer pra não ficar louca. Olha que engraçado: nunca falei da minha vida pra ninguém. Desde criança, fui sacrificada pela família e tive que trabalhar cedo. Era uma casa com 10 irmãos, e eu, a mais velha, tinha que limpar, agradar, lavar, cozinhar, esfregar e cuidar. Lambia bota de todo mundo. Era a única mulher. A escravinha desse mundo estúpido. Não pude estudar. Mal sei ler. Apanhava igual bicho, do pai e dos irmãos. De paulada, lasca de lenha e o que encontravam pela frente. Minha mãe também apanhava. Era eu e ela, as duas escravas de uma manada de machos. Depois chegou a juventude, engravidei com 14 anos na primeira relação, o sinhô acredita? Bom, se bem que meu tio já abusava de mim desde os seis anos de idade. Ele passava o dedo e a língua na minha vagina e no meu ânus. Pegava minha mão e colocava no pau. Mas nunca penetrou. Quando eu chorava, mandava ficar quieta e não contar pra ninguém, se não me matava. Isso durou cinco anos, e sofro disso até hoje, porque sexo pra mim foi sempre ruim. Mas com 14 anos o cara me engravidou e abandonou. Fui expulsa de casa e tive que ir morar com a avó, que também me tratava mal. Eu era a vagabunda da história. Quando estava quase ganhando a criança, com nove meses, minha mãe foi me buscar. Só que ao invés de me levar pro hospital, me levou pra parteira, e a criança acabou morrendo no parto, com cinco quilos. Quase morri. Tive hemorragia e febre. Precisava largar aquela vida, o sinhô me entende? Não aguentava mais a vida de escrava. Uma amiga me levou trabalhar como puta, com gigolô e tudo. Morei sete anos naquele puteiro, num quarto com 12 gurias. Todas pretas e pobres. Também fazia programa na rua, e o meu gigolô, é que decidia com quem eu ia transar. Ele era um explorador: homem, branco, corrente e dente de ouro. Meu programa era muito barato, trocados. Valia a quantidade. Tinha dias que eu dava pra mais de dez. O pior eram as surras que eu tomava: era soco, tapa ou o que tivesse pela frente. Apanhava de cliente, do gigolô, do dono da casa, de qualquer um. Mas no fim das contas acabei me apaixonando lá mesmo. Dizem que puta não se apaixona. Vai ver eu não era puta. O cliente começou a me procurar com frequência, me tratava bem, pagava um precinho melhor. Saí da zona e fui me casar por amor. De véu e grinalda branca na igreja. Realizei meu sonho. Antes do casamento foi tudo perfeito. Tinha sonhos: havia casado com um homem bom, minha vida enfim ia melhorar. Que nada! Depois que casamos, ele virou um demônio. O machão começou a me bater: me jogava na parede, me batia na cabeça, me derrubava. Ficava de olho roxo e com a cabeça dolorida. Não conseguia passar pente nos cabelos. Eu achava que toda mulher tinha que passar por aquilo, até porque sofro isso desde criança. Eu sempre tinha que andar com roupa comprida pra esconder as marcas, apesar da minha pele preta. O pior é que vivia com medo e não conseguia reagir. Ele me ameaçava de morte, me chamava de vadia, falava que eu dava pra todo mundo. Porra, tudo tinha que ser do jeito dele, não podia dar opinião em nada. Nunca me deixou trabalhar e tinha que ficar só em casa. A gente transava como o machão queria, na posição que o ele gostava, onde ele ficasse com vontade. Hoje sou uma mulher fria, tenho problemas ginecológicos e segura. Faz mais de 10 anos que eu não sei o que é sentir um orgasmo. Não consigo. Ser beijada por ele nunca fui, só no dia do casamento, porque tinha uns babacas lá e era obrigação. Ah, ele também tentou me matar. Me deu duas facadas que acertaram a ponta do coração e quase pegou a artéria. Tudo isso porque tentei me separar. Rejeitei o machão e ele não aceitou. Aquela coisa: se não é minha, não é de ninguém. Na zona outros caras também tentaram me matar esgoelada, também por rejeição. Aí veio o HIV e minha filha. Quando eu pensava que não podia existir mais sofrimento, peguei aids. É de rir né? Eu nem sabia o que era isso. Descobri na gravidez e me desesperei, pensei que fosse

⁶ Sinhô, aqui, é uma metáfora. Se antes fazia referência ao tratamento respeitoso que os escravos conferiam ao patrão e ao senhor, aqui a palavra se refere à posição subalterna que as mulheres negras e pobres estão na sociedade, devido às desigualdades de poder, principalmente com relação a homens, brancos, de classe média ou alta, e que detém um suposto saber, como, por exemplo, os profissionais de saúde. Embora não utilizem a palavra sinhô no seu linguajar cotidiano, a sociedade lhes exige respeito e obediência semelhantes ao seu exercício quando escravas.

morrer. Minha vida acabou. Era pra ser um momento bom, minha filha vindo ao mundo, mas foi horrível. Ele já tinha aids antes de eu o conhecer, e nunca me falou. Quando fui contar, me culpou, disse que eu tinha passado pra ele e que tinha traído. Me espancou por causa disso. As pessoas me culpam aonde eu vou. Me culpam com olhar e com palavras, como se eu tivesse feito algo errado. Me culpam por ser negra, bando de racistas. Se bem que também me culpo porque não usei camisinha. Mas camisinha, sinhô? Eu nem sabia o que era isso. Não conto pra ninguém. As pessoas têm preconceito porque sou negra, pobre, mulher e aidética. Pensam também que sou vagabunda. O que me falta ser? Quando descobri essa doença maldita fiquei louca. Tentei me enforcar, cortar os pulsos, coloquei fogo na casa. Queimou tudo. Mas o susto passou. Aqui no SAE, quando descobri, me deram apoio. Mas queriam só saber dos remédios, das consultas e dos exames. As outras desgraças da vida eu tinha que me virar sozinha. É pra falar de doença. Quem trabalha aqui não tem tempo de saber se tu apanha, se tu passa fome, se tu sofre. O serviço ajudou a me levantar, porque acabei ficando muito doente. Tu mesmo, me encontrou morrendo na UTI do hospital. Consegui sair. Hoje faço tratamento para a doença e estou bem. Mas sinhô, no fim, depois de muitos anos tentando, consegui me separar. Já tinha tentado me afastar dele indo pra casa da família, mas eles achavam que eu gostava de apanhar e mandaram ir embora. Não entendem o que sofro, são ignorantes. Também já dei queixa na polícia várias vezes, botei na Maria da Penha. Está para ser processado, já fui até na audiência. Mas isso já faz tempo e não adiantou. Depois que ele quase me matou, fui pra casa da única amiga e fiquei um ano lá. Já tinha feito de tudo pra tentar escapar, e essa amiga foi a única pessoa que me ajudou. Meu pai acabou morrendo e fui morar com minha mãe, que hoje me ajuda, que já passou por tudo isso, já apanhou e sofreu muito. Penso na minha filha. Não quero ficar doente enquanto ela não crescer. Por isso sigo lutando. Minha mãe e minha filha também têm me ajudado com a doença. Me ajudam a tomar os remédios, vão comigo nas consultas e exames no SAE. Consegui um trabalho novo, porque no outro fui demitida por causa da aids. No de agora não contei pra ninguém, porque se eu contar sei que vou ser mandada embora. Tenho medo da discriminação. Tenho filha pra criar, preciso do salário. Mas tu não vai acreditar: depois de tudo isso ele voltou a morar comigo. Não tinha pra onde ir. Ninguém quis saber dele. Não sei quando vai sair lá de casa. Sou a cuidadora dele agora. É o único jeito. Tenho pena. Ele está ruim, o CD4 baixo, com pneumonia. Vai acabar morrendo. Acho que fui feita pra sofrer. Sinhô, me dá um abraço aqui!

4.2 Segunda narrativa: as vozes das mulheres negras

Nesta seção são apresentadas as discriminações raciais que aumentam a vulnerabilidade das mulheres com HIV/aids, visto que a maioria das entrevistadas nesta pesquisa era negra e sofria os efeitos sociais do racismo. A narrativa apresentada, que foi construída a partir de fragmentos das trajetórias de vida das 61 mulheres que participaram da pesquisa, constitui-se como denúncia, ainda que trágica, de violações que afetaram a maioria delas, mesmo que não tivessem consciência disso. Boltanski (2000) afirma que a denúncia de uma injustiça supõe a designação de um culpado ou responsável, que pode estar representado por uma sinédoque de abstração (o capitalismo, por exemplo) ou ser identificado nominalmente. O denunciante precisa convencer outras pessoas, associá-las a seu protesto, mobilizá-las e assegurar não somente que diz a verdade, mas também que essa merece ser dita, e que a acusação individual ou coletiva, ao veredito público, está à altura da injustiça denunciada. As narrativas deste estudo corresponderam, de certa forma, a uma denúncia de mulheres negras e pobres, em um esforço do pesquisador para ouvir histórias que ainda não tinham sido ouvidas e contadas por elas.

O papel da mulher negra na formação da cultura brasileira foi negado por muito tempo e as violações do homem branco contra elas no Brasil Colônia fazem parte de uma história que ainda não foi totalmente contada no país. A posse das mulheres negras como objeto de satisfação sexual dos senhores destrói o falso mito da democracia racial, que é resultante das hierarquias de gênero e raça que ainda permanecem intactas e que podem ser evidenciadas nas altas prevalências de estupros de mulheres negras atualmente. Elas representam 51% da população feminina brasileira, das quais grande parte vive em contextos de desigualdades sociais (CARNEIRO, 2005, 2002; GILLIAN, 1995).

A violação das mulheres negras permanece viva no imaginário e na prática social, adquirindo novos contornos na organização supostamente democrática, que mantém desigualdades nas relações de gênero e raça instituídas desde o período da escravidão. O discurso feminista das mulheres brancas de classe média não reconheceu a singularidade da experiência histórica de opressão das negras, fazendo

com que o feminismo negro adotasse uma perspectiva que reforçou a importância de analisar aspectos relativos à raça e ao racismo. Assim, gênero é considerado um dos eixos de opressão, que atua sinergicamente com outros marcadores, como pobreza e raça (CARNEIRO, 2005; IBGE, 2010; SAFFIOTI, 1987).

A análise das desigualdades sociais objetiva compreender os processos de privilégio e violação de direitos e considera a relação entre os atributos individuais, a estrutura social e os mecanismos de produção e reprodução. Assim, desigualdades de raça e gênero implicam em desvantagens históricas para mulheres negras e mantém sua posição subalterna na escala social. Essas desigualdades abarcam dimensões econômicas e cultural-valorativas, implicando problemas de redistribuição e reconhecimento (FRASER, 2001; GRUSKY, 1994; SERNAU, 2000).

A luta das mulheres na sociedade busca superar as desigualdades geradas pela hegemonia masculina e romper com ideologias de opressão como o racismo. Parte do feminismo busca a reinvenção do lugar das mulheres em igualdade aos homens, embora nem sempre se percebam as estruturas que definem o acesso desigual a recursos materiais e simbólicos que as afetam diferentemente enquanto pobres, imigrantes, lésbicas, prostitutas e negras, dentre outros recortes (ANARFI, 1993; WILLIAMS, 2001;).

Para as autoras que criticam o feminismo branco é preciso compreender como o privilégio funciona entre as mulheres, visto a posição desvantajosa de algumas e a vantagem política e epistêmica das que estão em posição favorecida. A população branca não se percebe e não é reconhecida como racialmente definida, enquanto as outras raças o são, sendo oportuno pensar a posição dos homens relativamente às mulheres e a posição das brancas em relação às negras (WILLIAMS, 2001). Nessa perspectiva, a reivindicação do movimento negro diante da opressão de gênero e raça vem definindo novas estratégias para a ação política feminista e anti-racista (CARNEIRO, 2005).

No Brasil e em outras sociedades pós-coloniais, as hierarquias sociais são justificadas e racionalizadas de diferentes modos, e todas são creditadas à ordem "natural" e explicadas como traço constitutivo das relações sociais. Segundo Guimarães (2002), o sistema de hierarquização brasileiro e latino-americano utiliza as noções de

raça, classe social (ocupação e renda) e *status* (gênero, origem familiar, educação, condições de moradia e habitação), sendo sustentado pela dicotomia racial branco *versus* preto que alicerçou a ordem escravocrata por três séculos e que, na atualidade, resiste aos processos de urbanização, industrialização e mudanças de regimes políticos.

O conhecimento das formas como as desigualdades de raça se produzem é condição para que possam ser enfrentadas, por meio da articulação dos movimentos feministas, do Estado brasileiro, de organismos internacionais e de outros setores da sociedade. O ponto de partida deve ser o reconhecimento de que a vivência das desigualdades pelas mulheres é perpassada por iniquidades referentes à raça e classe social. O sexismo e o racismo são ideologias geradoras e mantenedoras de violência e estão presentes no cotidiano de todas as mulheres: nas relações familiares, sociais, profissionais e nas instituições, pois são dimensões que estimulam a atual estrutura desigual, ora simbólica, ora explícita, mas não menos perversa, da sociedade brasileira (CARNEIRO, 2005). A desvantagem racial estava clara na fala das narradoras: *“Nasci preta e pobre, o que podia esperar? Nasci preta e pobre como todas essas que fazem tratamento pra aids aqui”*.

Collins (2000) utiliza o conceito de matriz de dominação para pensar a intersecção das desigualdades, na qual a mesma mulher pode se encontrar em diferentes posições, a depender de suas características. O elemento representativo das diferentes formas de ser mulher está assentado na relação entre gênero, raça e classe, sem predominância de um elemento sobre outro. Nessa perspectiva, esses elementos são acionados em cada lugar e de acordo com as circunstâncias.

O patriarcado utiliza o racismo e a desigualdade entre classes sociais em uma junção de sistemas de dominação e exploração que, na realidade, são inseparáveis, pois se transformaram, através deste processo simbiótico, em um único sistema de dominação-exploração, que se pode denominar de patriarcado-racismo-capitalismo ou capitalismo racista e patriarcal. Assim, o machismo presente nas relações sociais entre homens e mulheres contribui para a manutenção do poder e do quadro de desigualdades existentes nas relações entre os sexos, raças e classes sociais. Os três sistemas de dominação-exploração fundiram-se de tal maneira que é impossível

transformar um e deixar intactos os demais, sendo as mulheres negras e pobres as que ocupam a última posição na base social. O patriarcado, como sistema hierárquico de relações entre os sexos, é fundamental para o capitalismo, na medida em que utiliza a divisão sexual do trabalho para regular os salários, cabendo às mulheres os empregos menos valorizados na hierarquia laboral e menores remunerações para as mesmas atividades desempenhadas por homens, além da realização gratuita do trabalho de reprodução e cuidado, denunciado desde o início do movimento de mulheres como a dupla (ou tripla) jornada (SAFFIOTI, 1987).

Ao demarcar os espaços sociais com base na aparência e na cor da pele, as sociedades latino-americanas, e a brasileira em particular, resgataram a natureza sócio-histórica do conceito de raça e capturaram seu potencial de identificar diferentes sentidos e significados no acesso ao poder, ao repertório de direitos efetivamente disponíveis e ao conjunto de recursos socialmente desejáveis. Nesse sentido, o racismo, enquanto fenômeno ideológico, submete todos sem distinção, além de se recompor e revitalizar com a evolução da sociedade, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos dominantes (LOPES, 2005).

Os perversos efeitos dessa estrutura social sobre a população negra são diversos e assimétricos nas diferentes fases da vida. Podem ser evidenciadas dificuldades nas relações interpessoais e institucionais, na situação socioeconômica, nas condições de vida e de desenvolvimento humano, na participação no mercado de trabalho, no acesso aos bens e equipamentos sociais e na morbimortalidade, como observam Batista et al. (2004), Carvalho (1994), Cavalleiro (2001), Cunha (2001), Jaccoud; Beghin (2002), Hasenbalg (1996), Martins (2004), Martins; Tanaka (2000), Paixão (2003).

Embora a sociedade brasileira não conviva com a segregação legal ou explícita de raça, como nos regimes de *apartheid*, a atribuição de um significado social negativo a determinados padrões justifica o tratamento desigual e impõe barreiras que impedem a mobilidade social negra. Na realidade, pode-se dizer que vigora um *apartheid* disfarçado, manifesto na sobre-representação do negro na pobreza, em especial da mulher negra, que restringe as possibilidades de consumo, de acesso aos bens sociais e, por consequência, limita a liberdade individual. Aos pobres negros é oferecida uma

cidadania abstrata, que não cabe em qualquer tempo e lugar e que não pode ser sequer reclamada. É nítida a dimensão espaço-regional na concentração de riqueza e na distribuição dos pobres, e inegável sua relação com raça e gênero, visto que as mulheres negras encontram-se nos mais baixos patamares de renda e mais vulneráveis ao HIV/aids (BEDDOLA, 2004; CRENSHAW, 2002; KRIEGER, 2003; WILLIAMS, 2001).

Algumas das desvantagens da população negra brasileira, quando comparada à branca, aparecem nas maiores taxas de desnutrição e de mortalidade infantil, materna e por violência, além dos níveis de escolaridade e renda mais baixos. O acesso à informação e aos serviços (saúde, educação, habitação, etc.) ainda está vinculado à educação formal, e quase sempre depende da renda que permita custeá-los. A maior parte da população negra possui acesso limitado não só à renda, mas também aos demais aspectos mencionados, e as mulheres se encontram mais expostas a condições de vida desfavoráveis, inclusive se comparadas à população negra masculina, o que implica em níveis mais altos de vulnerabilidade ao HIV/aids (AYRES, 1996, 1999; 2003; IBGE, 2010; OLINTO; OLINTO, 2000; OLINTO; GALVÃO, 1999;). A voz negra da narradora mostra que nem todas as crianças, em especial as meninas, tem acesso ao direito universal à educação básica propugnada pela Constituição brasileira: *“Desde criança, fui sacrificada pela família e tive que trabalhar cedo. Era uma casa com 10 irmãos, e eu, a mais velha, tinha que limpar, agradar, lavar, cozinhar, esfregar e cuidar. Lãmbia bota de todo mundo. Era a única mulher. A escravinha desse mundo estúpido. Não pude estudar. Mal sei ler”*.

As mulheres negras entrevistadas e portadoras de HIV/aids tiveram vidas marcadas pelo racismo, exploração, opressão, violência, falta de acesso a bens e serviços, precarização no mundo do trabalho, corroborando com pesquisas que evidenciaram este contexto (ALBUQUERQUE, 2010; ARAÚJO, 2010; CAMARGO, 2010; GARCIA; SOUZA, 2010; MIRANDA-RIBEIRO et.al, 2010; TAQUETTE, 2010; SPIASSI, 2010) e evidenciada no excerto: *“Uma amiga me levou trabalhar como puta, com gigolô e tudo. Morei sete anos naquele puteiro, num quarto com 12 gurias. Todas pretas e pobres. Também fazia programa na rua, e o meu gigolô, é que decidia com quem eu ia transar. Meu programa era muito barato, trocados.”*

Em paradoxo à estabilização da epidemia de aids no Brasil, evidenciou-se associação da doença com a vulnerabilidade social, mostrando a crescente presença da epidemia entre a população negra, com 55% do total de contaminados. Entre as mulheres, mais da metade são negras, e a taxa de mortalidade é o dobro do que entre as brancas (BRASIL, 2014). Por meio dos efeitos conjugados de condições de exclusão, incorporação subjetiva do estigma e dominação sexista, é que as doenças sexualmente transmissíveis tendem a ser um dos mais eficazes mecanismos de genocídio das mulheres negras. A expansão da aids entre elas deve-se a um sistema que funciona sob o pressuposto racista da seleção e proteção do segmento branco em comparação aos demais, a partir da existência de desigualdades ligadas ao modo de operação de mecanismos sociais, tais como a educação escolar, a seletividade do mercado de trabalho, a pobreza e a organização familiar (ANJOS, 2004; LOPES, 2014; GUIMARÃES, 2001; TAQUETTE, 2009;).

O percurso da epidemia de aids tem mostrado que as vulnerabilidades são resultantes de um conjunto de aspectos individuais, coletivos, contextuais, comportamentais, culturais, políticos e sociais, em que as mulheres são mais afetadas (AYRES et al., 2003; SEFFNER, 2006; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Conforme observado na narrativa, o contexto em que vivem as mulheres pode ampliar suas vulnerabilidades ao HIV/aids devido à intersecção de vários fatores, entre eles a pobreza, a discriminação racial e a violência de gênero (MILLS, 2016). O cotidiano de discriminação racial vivenciada por elas compromete o desenvolvimento da autoestima e impede ou dificulta o acesso a bens e serviços. Nesse sentido, reforça-se a importância de evidenciar a articulação entre a discriminação de gênero, raça e exploração de classe, opressões comuns do contexto internacional da globalização (BLACKWELL; NABER, 2002), como nos fala a narradora: *“Aí veio o HIV(...). Quando eu pensava que não podia existir mais sofrimento, peguei aids. É de rir né? Descobri na gravidez, pensei que fosse morrer. Minha vida acabou. As pessoas me culpam como se eu tivesse feito algo errado. Me culpam por ser negra. As pessoas têm preconceito porque sou negra, pobre, mulher e aidética”*.

A situação de maior vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV/aids remete ao fato de que são consideradas a *carne mais barata do mercado*, tratadas como objeto

sexual pela sociedade e pela mídia que veicula estereótipos associando a mulher negra à hipersexualidade e à prostituição. Mantém-se na sociedade a relação entre HIV/aids e mulheres negras, nunca com a imagem feminina ideal de uma pessoa branca. A mulher negra é modelada pelo estigma de possuir um corpo passivo, sobre o qual pode ser exercida violência sexual, vinculando a imagem de "selvagens sexuais", "impuras" e "reprodutoras", naturalizando julgamentos morais (HOOKS, 1995).

A sinergia entre racismo e sexismo resulta em um quadro inverso de privilégios, em que os homens estão numa posição privilegiada, inclusive o negro. Essa condição significa que cabe a ele a voz ativa nas relações interpessoais com poder decisório que se aplica também no uso ou não da camisinha. Mesmo com a criação do preservativo feminino, o masculino é mais disponibilizado nas unidades de saúde e locais de venda. Isso retira das mulheres, muitas vezes, a possibilidade de negar a relação sexual, e a ideologia racial coloca sobre elas a ideia de que são inferiores e que não possuem condições de dizer “não”, independente dos seus desejos (WERNECK, 2001). *“Ele já tinha aids antes e nunca me falou. Camisinha? Eu nem sabia o que era isso.”*

A origem das desvantagens e desigualdades em saúde de mulheres negras com HIV/aids se encontra na discriminação racial, de renda e de gênero. Elas ocupam os mais baixos patamares sociais, a maioria em condições de extrema pobreza e sem acesso a recursos básicos, como educação, habitação, saúde e emprego (LOPES, 2005). Apresentam menor escolaridade, piores condições de moradia e usam menos métodos contraceptivos, têm mais filhos e dificuldade para romper com relacionamentos abusivos (TAQUETE, 2010). Além do mais, a construção moral e racial em torno do HIV dificulta o diagnóstico precoce e o início do tratamento.

Na sociedade brasileira, as disparidades entre negros e brancos quanto às condições de habitação nos domicílios urbanos são acentuadas em relação à ocupação, saneamento, abastecimento de água, coleta de lixo e energia elétrica. A sobre-representação dos negros entre os destituídos desses bens mantém-se em patamares elevados, independentemente da região geográfica (LOPES, 2005). Nas narrativas, foi possível observar que as mulheres, ao longo da vida, precisaram migrar e viver em diferentes locais, seja na casa dos pais (de onde muitas foram expulsas após uma gravidez acidental e outras fugiram de violências físicas e sexuais), seja em locais

provisórios ou cedidos onde viveram com os companheiros e/ou amigos, além dos territórios de prostituição, último refúgio de muitas delas. Territórios de pobreza, transitoriedade e carências, embora às vezes nomeados com gratidão pela ajuda e apoio dispensados a elas.

As condições desfavoráveis de moradia propiciam a disseminação de doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias, e potencializam as situações de violência sexual, física e psicológica, além de produzir maior vulnerabilidade ao HIV/aids. Além do mais, significam estresse cotidiano e insatisfação com o meio onde vivem (espaço físico e simbólico), que também impactam desfavoravelmente na qualidade de vida e reduzem o acesso a serviços, inclusive à educação (KRIEGER, 2003; ROSEMBERG, 1995).

O sistema educacional é um poderoso agente de inclusão social e de promoção da igualdade. No Brasil, porém, a negligência do ensino diante das iniquidades geradas por séculos de escravidão potencializa a manutenção das disparidades raciais. No início do século XXI, mais da metade da população negra adulta tinha menos de quatro anos de estudo (analfabetos funcionais); 82% (contra menos de dois terços dos brancos) não haviam completado o primeiro grau; 90% (contra três quartos dos brancos) não chegaram a terminar o ensino médio; e apenas dois entre cem negros adultos concluíram quatro anos de ensino superior. Mulheres negras possuem menores índices de escolaridade formal, resultando dificuldade para a aquisição de um emprego digno, principalmente as que vivem com HIV/aids (JACCOUD, 2002).

As mulheres deste estudo apresentaram inserção precária ou informal no mundo do trabalho e baixos salários, além de sofrerem demissões indevidas e discriminações. Segundo Soares (2000), se não houvesse discriminação racial e de gênero, as mulheres negras ganhariam, em média, cerca de 60% mais; as brancas receberiam em torno de 40% a mais e os homens negros, um aumento de 10% e 25%. As disparidades de renda observadas entre os grupos de raça e sexo não derivam da heterogeneidade da distribuição racial da população ou ainda da heterogeneidade dos níveis de educação formal no território brasileiro, mas do próprio mercado de trabalho, que gera segmentação ocupacional e discriminação salarial baseadas em raça e sexo, fazendo

com que as mulheres negras se constituam como as pobres entre os pobres (RAMOS, 2000; SOARES 2000).

A maioria das mulheres negras no Brasil mora em periferias, são pobres e pertencem à classe trabalhadora. Apesar de ter influência positiva nos aspectos socioculturais do país, sua participação social, econômica e política ainda é insignificante e, embora tenham sempre trabalhado duramente, dentro e fora de casa, primeiro como escravas e depois nas fábricas, na prestação de serviços domésticos, como vendedoras ambulantes e no mercado informal, no Brasil recebem em média metade do salário dos homens e das mulheres brancas (ANTUNES, 2003).

A mulher negra que vive com HIV/aids sofre comumente quádrupla discriminação: por ser mulher, negra, pobre e viver com uma doença estigmatizada. São as principais prejudicadas pelas políticas macroeconômicas neoliberais, pois têm poucas chances de competir no mercado de trabalho e são as principais cuidadoras da família (CAVALCANTE et al., 2006; CRAIG; PORTES, 2005; GIFFIN; DANTAS-BERGER, 2007; LOPES, 2005;).

Os relatos revelaram de forma contundente o cotidiano de discriminação e humilhação que as mulheres com HIV/aids sofrem por serem negras, resultando em baixa autoestima, depressão e ideação suicida: “quando *descobri essa doença maldita fiquei louca. Tentei me enforcar, cortar os pulsos, coloquei fogo na casa.*” Estudos observam que, em decorrência da baixa autoestima, elas relacionam a raça negra à aids, por ser uma doença vinda da África (TAQUETE, 2010). A baixa autoestima também decorre da divisão sexual historicamente diferenciada entre negras e brancas que designa a função que ocupam na sociedade: a mulher branca educada para ser dona da casa e mãe de família. Seu lugar era o da submissão e de dona de casa, tolerante com as transgressões sexuais do marido. A negra escrava representava, aos olhos da senhora, uma ameaça aos laços sacramentados da família branca, pois os senhores buscavam o prazer com as escravas, com as quais mantinham relações sexuais e geravam filhos bastardos. A mulher escrava era vista como um objeto sexual, ama de leite dos filhos da senhora e empregada doméstica, assim como o ditado popular ainda vigente na sociedade: *Mulher preta é para trabalhar, mulata para fornicar e branca para casar.* Se os homens negros sofreram todo tipo de discriminação racial e

diferentes formas de violências, as mulheres negras foram ainda mais penalizadas. A intersecção de gênero e condição racial ao longo da história fez com que elas permanecessem até hoje ocupando posições inferiores, comparativamente aos homens brancos e negros e às mulheres brancas (WERNECK, 2001).

Muitas das mulheres entrevistadas em situação de violência de gênero tinham sido vítimas de tentativas de homicídios pelos companheiros. Este fato foi observado em pesquisas sobre os feminicídios, em que há uma sobremortalidade de mulheres negras e/ou indígenas em vários países latino-americanos (CARCEDO; SAGOT, 2000; MENEGHEL, 2011; WAISELFISZ, 2012). Sueli Carneiro (2005), ao estudar os impactos do racismo na população brasileira, sustenta que a negritude tem vivido sob o signo da morte. A vulnerabilidade da população negra à infecção pelo HIV/aids também decorre da violência estrutural que incide de modo mais perverso sobre o grupo, principalmente nas comunidades pobres. A exclusão social, à qual as mulheres negras estão submetidas, impede o desenvolvimento e a continuidade de ações de prevenção. Embora o Brasil tenha um dos melhores programas de assistência e tratamento do HIV/aids do mundo, esse nível de excelência não tem sido suficiente para impedir a feminização e a racialização da epidemia (WERNECK, 2001).

A ineficiência da Política Nacional de DST/aids brasileira para a prevenção da doença (que sequer cita as condições das mulheres negras) resulta também do racismo institucional vigente na sociedade, denunciada na Política Nacional de Saúde da População Negra, que considera o racismo uma prática que persiste mesmo após conquistas institucionais e se reafirma no cotidiano pela linguagem, se mantém pela tradição e pela cultura discriminatória, influencia a vida, as instituições e as relações entre as pessoas. Essa condição histórica traz consigo o preconceito, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residentes em áreas urbanas ou rurais e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades ao HIV/aids (BRASIL, 2007). Apesar das estatísticas dos serviços de saúde evidenciarem a necessidade de ações específicas voltadas à prevenção do HIV/aids entre mulheres negras, o Estado não tem produzido estratégias para reduzir este agravo (WERNECK, 2001).

O novo contexto de redução populacional das mulheres negras, fruto da esterilização maciça, da progressão da aids, das altas taxas de criminalidade, óbitos precoces, baixa expectativa de vida, novas biotecnologias, em particular a engenharia genética, com as possibilidades de práticas eugênicas, constitui o novo e alarmante desafio contra o qual o movimento negro precisa atuar. O impacto negativo dessas questões para as populações consideradas descartáveis, como são os negros, e o crescente interesse dos organismos internacionais pelo controle do crescimento dessas populações, levou o movimento de mulheres negras a desenvolver ações internacionais de luta e resistência contra estas políticas (WERNECK, 2001).

Essa visão internacionalista promove a diversificação das temáticas a partir de diferentes contextos mundiais, com o desenvolvimento de novos acordos e a ampliação da cooperação interétnica. Cresce entre as mulheres negras a consciência de que o processo de globalização, determinado pela ordem neoliberal que, entre outras coisas, acentua o processo de feminização da pobreza e do HIV/aids, coloca a necessidade de articulação e intervenção da sociedade civil a nível mundial (WERNECK, 2001).



LEVASSEUR (2015)

Retratos: o que mais tenho é fome!

Pra começar, eu não tinha dinheiro nem pra pegar um ônibus pra vir aqui no SAE falar contigo. Tive que caminhar mais de uma hora. Eu e minhas duas filhas pequenas, porque a maior já agarrou o mundo. Uma tive que trazer no colo, porque ela tem uma perna mais curta e não consegue caminhar. Não tenho dinheiro nem pra comer, meu filho. Sou pobre, tô sem trabalho, e é por isso que às vezes me viro como prostituta ali na esquina da Prefeitura. Engraçado, pela tardinha vejo o prefeito ir embora todo arrumadinho, de terno e gravata. Ele tem um carrão preto. Nem me olha. Deve pensar que sou um descarte qualquer. Também junto lixo com meu carrinho, peço dinheiro e comida. Dá pra tirar uns trocados. Ao menos garanto o leite da menor. Mas nunca roubei. O pior é que lá em casa tá todo mundo sem emprego: eu, a mãe e a avó. E tem mais seis crianças morando com a gente. Sustento todo mundo. Minha casa é de chão batido e madeira, mas sabe que até gosto dela?! É a nossa casinha. A única coisa que conseguimos na vida. Nem água encanada temos, e luz agora eu consegui porque fiz um gato, porque paguei 40 reais e o guri puxou uns fios do poste. Mas sabe, tudo isso tá assim porque não estudei. Não sei ler e nem escrever. É uma tristeza. Nem a bula dos remédios eu consigo ler. Meus pais também não aprenderam, iam me ensinar como? A gente era do interior. Gente muito ignorante, sem televisão. Quando eu era bem pequena meu pai até era capataz de uma granja perto de Benjamin Nott⁷, uma fazenda de um granjeiro rico, plantador de soja. A gente morava lá e fazia tudo. Mas uma vez sumiu uma espingarda e o dono disse que nós tinha roubado. Chamou a polícia, levaram meu pai preso e nos expulsaram de lá. Eu tinha uns dois aninhos, e meus outros três irmãos não tinham mais do que seis. Meu pai ficou seis meses preso injustamente, porque depois soube que o filho do patrão, o Thor, tinha emprestado a espingarda pra um amigo. A gente não tinha pra onde ir porque como era no interior, não tinha amigo, nem vizinho. Ainda mais com meu pai preso. Fomos morar debaixo da ponte, eu, minha mãe e meus irmãos. Meu pai saiu da cadeia e nunca mais foi nos ver. Arrumou outra família, lá mesmo no presídio. Uma mulher ia fazer visita e os dois se juntaram. Nunca mais vi meu pai. Ficamos dois anos ali, pedindo dinheiro. Minha mãe, coitada, se virou como pôde pra nos sustentar. No fim ela conseguiu essa casinha que moramos hoje ali na vila. Nem sei como conseguiu, acho que alguém deu pra ela, porque no fim ela se obrigou a fazer programa. Precisava de dinheiro. Quem ia dar trabalho pra uma mulher, pobre, que não sabe ler e não tem dente na boca? Me diz, quem? O pior é que hoje sou eu que não sei ler, sou pobre e não tenho dente. Mas acho que estou pior, porque ainda tenho aids. É um ciclo, sabe meu filho? Minha mãe viveu isso, eu tô vivendo, e minhas filhas vão passar por tudo. É o destino da gente pobre. Minha mãe não queria que eu trabalhasse como puta, o sonho dela era nos ver num emprego decente, de carteira assinada. Ela até tentou nos matricular na escola, mas nunca conseguiu vaga. Que diretora ia querer filha de indigente, meu filho? Mas bem, eu não podia mais ver ela passando por aquilo. Precisava trazer dinheiro pra casa. Fui pra zona com 12 anos, fugida de casa. Perdi minha virgindade lá, com um velho tarado que mal me pagou. Tenho nojo dele até hoje. Isso já faz 30 anos e tenho lembrança ainda. Da dor, do sangue, do cheiro. Fui pra noite e minha mãe nunca mais conseguiu me segurar. Que nem diz o ditado: não pegou nem com milho. Passei fome dentro de casa de mulher. Queria que a gente bebesse, mas não se importavam se ia ter o que comer no outro dia. E o pior é que eu tinha fome. Eles queriam ganhar dinheiro, e eu era uma criança que precisava se sustentar. Lá experimentei crack, fumei maconha, cheirei benzina, cheirei cola. Tomei aqueles remédios: Diazepan, Reativan. Mas nada injetável. Fiquei 10 anos sofrendo na mesma casa, deitando cada dia com um homem diferente. Tudo isso pra mandar uns trocados pra minha mãe. Consegui sair daquele puteiro porque conheci uma amiga, que também fazia programa e me levou morar com ela. Me arrumou um trabalho num açougue como empacotadeira. Fiquei dois anos lá. Mas daí o patrão, dono do açougue, começou a dizer que ia me demitir. Achei estranho, porque eu tava trabalhando direitinho. Depois de uns dias ele começou a passar a mão em mim, vinha por trás e me beijava o pescoço. Começou a me chantagear, que se transasse com ele eu não ia ser demitida. Meu deus! A mulher dele também trabalhava no açougue. Não aguentei e ele acabou me demitindo por justa causa. Me chamou de ladra. Nunca mais consegui emprego de carteira assinada. Voltei a morar na rua, depois mudei de cidade, morei de novo na casa de amigas, voltei pra zona. Não tinha paradeiro. Fui uma andarilha. Até que conheci ele. Começamos a namorar e em um mês fomos morar juntos. Nunca apanhei tanto na vida. Todos os dias tomava uma surra. Ele era mais velho e

⁷ Benjamin Nott é um pequeno povoado pobre do interior de Cruz Alta, Rio Grande do Sul.

mais forte. Era um negrão de dois metros, e me batia com gana. Aí veio a aids. Mas sabe, meu filho, sofri tanto na vida que essa doença não me pareceu grande coisa. Tomo meus remédios, faço os exames. Quanto a isso tá tudo certo. E minha vida é isso: a aids e as surras, minhas filhas ele só foi bom pra fazer, porque pra cuidar ele só atrapalhou. O infeliz só me deixou conta pra pagar, e a casa acabou ficando com a irmã dele. Não me deixou nada de bom. Só me libertei quando o desgraçado morreu, magro da aids. Cuidei dele até o fim, mas quando morreu não chorei nem uma lágrima. Não devia ter ido nem no velório. Agora estou aqui, sobrevivendo do jeito que dá. Tenho minha mãe, minhas filhas. [...] Meu filho, é claro que eu aceito um abraço teu.

4.3 Terceira narrativa: as vozes das mulheres pobres

Esta segunda narrativa apresenta as condições de pobreza em mulheres com HIV/aids, tendo em vista que todas as entrevistadas eram pobres e em situação de precariedade. Neste capítulo discute-se o capitalismo como produtor de desigualdades, agregando classe social à discussão iniciada no capítulo anterior focada no contexto racial a partir da compreensão das intersecções entre classe social, gênero e raça (CARNEIRO, 2005; WADE, 2001).

Na década de 1990, Jonathan Mann (1993; 1996) mostrou que diferentes epidemias de HIV/aids ocorriam em paralelo na sociedade, acometendo segmentos diversos e com diferentes padrões de disseminação. Embora estivesse analisando os eventos em escala global, o mesmo raciocínio pode ser utilizado para o Brasil, país de dimensões continentais com profundas disparidades sociais, econômicas e demográficas. Essas disparidades determinam a forma como o HIV/aids se distribui nas populações em relação à probabilidade de infecção, configurando diferentes *vulnerabilidades* (PARKER, 2000; 1996; 1997). Um dos determinantes sociais que interfere a ocorrência de diferentes epidemias em uma mesma sociedade é a classe social, modulando o efeito das desigualdades econômicas na propagação do vírus e no adoecimento entre os diferentes grupos da população.

A evolução global da epidemia de HIV/aids foi influenciada pela transformação da economia internacional e pelas mudanças sociais, comunitárias e nas relações interpessoais. O final do século XX caracterizou-se por processos de globalização e reestruturação econômica que se tornaram cada vez mais acelerados a partir da década de 1970. Uma das principais mudanças foi a passagem do modelo keynesiano-fordista do capitalismo industrial para o que Manuel Castells descreveu como "capitalismo informacional", que viria a se tornar dominante no cenário mundial (CASTELLS, 1999; 2001; 2002; 2004).

A nova organização econômica gerou substituição da produção industrial pelo controle sobre a informação, resultando em processos flexíveis de produção, vínculos empregatícios precários, acúmulo de capital e organização em rede. Uma das características deste modelo é a rápida circulação de capital entre os países através do

sistema financeiro internacional, tornando possível o mercado global funcionar como entidade única e interagindo em tempo real (CASTELLS, 1999; 2001; 2002; WATTERS, 1995;).

Talvez a principal consequência das transformações econômicas tenha sido a conexão entre os grandes conglomerados econômicos e corporações, ao mesmo tempo em que começaram a surgir novas formas de exclusão social e desigualdades, aumentando de modo exponencial a concentração da renda e da riqueza. Esta fase da globalização caracteriza-se por uma profunda acentuação dos processos de *diferenciação social, distribuição e consumo*. A organização social da desigualdade na distribuição de renda produz uma *polarização* entre ricos e pobres, em que os ricos tornam-se cada vez mais ricos e os pobres cada vez mais pobres, com classes médias se equilibrando como setor intermediário. A diferenciação social nas relações de produção acarreta a *individualização do trabalho*, uma *superexploração* de trabalhadores e a *exclusão* de grandes contingentes populacionais que não servem mais nem como exércitos de reserva. Esta polarização, por sua vez, tem sido associada ao crescimento significativo da *miséria* e da extrema pobreza em nível mundial (CASTELLS, 1998; 2001).

A pobreza é consequência de processos econômicos, políticos e sociais que alijam setores da população da obtenção do mínimo necessário para a sobrevivência, resultando em subconsumo, condições precárias de vida e inserção instável no mercado de trabalho. Até o século XX, o conceito de pobreza se restringia à renda auferida pelo indivíduo, e os pobres eram os que viviam com menos de um dólar por dia. Em 1990, a ONU criou o Índice de Desenvolvimento Humano para mensurar as condições de vida, e em 1997 o Índice de Pobreza Humana, uma composição de indicadores que inclui a esperança de vida inferior a 40 anos, a taxa de analfabetismo, acesso à água tratada e baixo peso na infância (LAURELL, 2002; MONTEIRO, 2003).

A pobreza se intensificou na etapa atual do capitalismo impulsionada pelas reformas neoliberais do Consenso de Washington, em que foram propostas redução de gastos públicos, privatização do patrimônio público, terceirização de serviços, abandono de políticas de proteção ao emprego, retrocesso nos direitos trabalhistas e desregulamentação dos mercados financeiros (CRAIG; PORTER, 2005).

No mundo, 1,2 bilhão de pessoas vivem com menos de um dólar por dia, e na África Subsaariana metade dos habitantes vive em condições de pobreza, enquanto na Ásia este percentual chega a 37%. Na América Latina, 222 milhões são pobres, dos quais 19% são indigentes. No Brasil, durante o período 2013 a 2015, o crescimento da economia nacional e das políticas de redistribuição de renda teve forte impacto na redução da pobreza, que ainda permanece em maiores proporções nas regiões Norte e Nordeste, embora o país tenha saído do mapa da Fome (ECLAC, 2006; FAO, 2014; UNDP, 2002).

A desigualdade social e a concentração de renda podem ser constatadas ao analisar o capital financeiro das três pessoas mais ricas do mundo, cuja soma é maior que o PIB dos 48 países mais pobres. Além do mais, as 200 pessoas mais ricas possuem uma renda maior que 40% da população mundial. Estima-se que 4% desta riqueza seria suficiente para proporcionar educação, atenção à saúde, alimentação, água potável e condições sanitárias para todas as pessoas do mundo (BERLINGUER, 1996).

A maioria da população pobre é constituída por trabalhadores e trabalhadoras desempregadas ou mal remuneradas, em postos desqualificados, precários e sem proteção social (CEPAL, 2000). A pobreza em sociedades patriarcais e racistas acentua as desigualdades de gênero e raça, já que as mulheres podem ser consideradas os novos pobres do mundo, visto que 70% da população pobre é constituída de mulheres, a maioria não branca. Nos últimos anos, aumentou o número de famílias chefiadas por mulheres que recebem baixos salários, ocupam os piores postos de trabalho e exercem funções menos valorizadas. Além do mais, elas enfrentam maior dificuldade no acesso a redes de proteção e aos serviços assistenciais, e grande parte não tem acesso às políticas públicas (FARMER, 1996).

O neoliberalismo está presente em escala mundial e caminha junto à progressiva *feminização da pobreza* e da *miséria*. Embora as mulheres tenham sido incorporadas ao mercado de trabalho nas últimas décadas, a pobreza tem assumido uma face feminina e, mesmo em países onde as mulheres alcançaram níveis educacionais equivalentes ao dos homens e em locais onde há proteção contra a

discriminação de gênero, aumentou o desemprego e o trabalho feminino precarizado (BANDEIRA, 2005).

Dificuldades em transversalizar a perspectiva de gênero em políticas públicas relativas à economia nacional é uma das causas do aumento da pobreza a que as mulheres estão submetidas. A redução das políticas de saúde, educação e proteção social, principalmente pela adoção de práticas econômicas neoliberais orientadas pelo sistema capitalista global minimizando o papel do Estado, agudizam esta situação, acentuando a feminização da pobreza e da miséria (PARKER, 2000).

A pobreza vem acompanhada de outros indicadores referentes à baixa escolaridade e exclusão social, o que dificulta o exercício da cidadania e o protagonismo feminino, além de reduzir as possibilidades de romper o ciclo intergeracional da miséria. A capacidade produtiva das mulheres é usada para amenizar os efeitos da pobreza, já que quando elas melhoram a condição econômica há impacto no bem-estar e qualidade de vida da família, além da melhora nos indicadores demográficos e de saúde, visto que uma proporção significativa da renda é revertida em alimentação, educação e saúde para os filhos, embora possa representar sobrecarga para este contingente de mulheres (MEHRA, 2003).

Quanto ao trabalho, em todos os setores as mulheres ocupam em menor quantidade os cargos diretivos e há desigualdades salariais entre os sexos, embora no desempenho das mesmas funções. Em geral, as mulheres ganham 40% menos do que os homens para o mesmo trabalho e a maioria das ocupações informais e temporárias são ocupadas por mulheres que recebem as piores remunerações e os trabalhos mais desgastantes e tediosos. A inserção feminina no mercado de trabalho tem acontecido paralelamente ao crescimento das atividades informais, e o trabalho feminino segue concentrado em segmentos menos valorizados da atividade econômica, em contratos precários, com menor presença sindical e com maior probabilidade de desemprego (MELO; BARROS, 2000).

Em sociedades conservadoras, é forte a preeminência simbólica da família tradicional, que reforça os preceitos patriarcais e legitima as desigualdades de gênero. A representação da família exprime-se através da divisão de papéis entre homens e mulheres, em que ao masculino está destinado o domínio público na esfera do trabalho

e ao feminino o domínio privado, espaço associado ao cuidado e às tarefas domésticas. Ser homem significa exercer papel de provedor material e moral, o que garante respeito no meio social. A mulher, em contrapartida, desempenha as tarefas de reprodução e cuidado, menos valorizadas socialmente (COUTO et al., 2009).

Neste estudo, todas as mulheres que utilizavam o SAE e foram entrevistadas eram pobres. Ocupavam postos de trabalho precários ou subalternos, sem garantia de direitos trabalhistas e sofrendo discriminações, fato agudizado pelo fato de serem portadoras de HIV/AIDS, conforme observado no excerto: “*Não tenho dinheiro nem pra comer, meu filho. Sou pobre, tô sem trabalho. Junto lixo com meu carrinho, peço dinheiro e comida. Dá pra tirar uns trocados*”.

Na etapa atual do capitalismo, a mulher é obrigada a adaptar-se ao modo de produção dominante. Com a quebra do Welfare State na maioria dos países ocidentais, as mulheres da classe operária, que por um breve período de tempo puderam permanecer como donas de casa, precisaram voltar ao mercado de trabalho para complementar a renda familiar e enfrentar as altas taxas de desemprego masculino. A divisão sexual do trabalho, que manteve a mulher submetida ao marido, é a mesma que ordena que elas se submetam à sobrecarga de trabalho e à dependência econômica do capital. Trata-se de um novo cenário no qual está subsumida a antiga ordem de exploração e dominação (KOLONTAI, 2005).

O lugar das mulheres na sociedade é determinado pela classe social que ocupam, de forma que, assim como ocorre exploração e opressão de classe e de raça, ocorre concomitantemente a opressão feminina. A opressão/exploração de gênero é necessária ao capitalismo, em que o trabalho desenvolvido pela mulher adquire condição de mercadoria, a integração ao mercado se dá por meio da complementaridade e da precariedade, em cenários onde a força de trabalho feminina vale pouco e seus próprios corpos adquirem valor, quer seja no mercado do sexo, quer seja no trabalho doméstico gratuito, endossando o acúmulo do capital (VIANA, 2006). “*Precisava trazer dinheiro pra casa. Fui pra zona com 12 anos, fugida de casa. Perdi minha virgindade lá, com um velho que mal me pagou.*”

No que tange às discriminações sofridas pelas mulheres, é importante desvendar as relações de poder no âmbito político e econômico. A divisão sexual do trabalho

mantém a distinção entre o trabalho de produção masculino e o trabalho de reprodução feminino. Mesmo no contemporâneo, nas formações sociais capitalistas e patriarcais o aparato da produção segue geograficamente distanciado do domicílio e o da reprodução mantém-se no interior da família, no domínio do privado (SAFFIOTI, 2001; 1989).

A imbricação capitalismo-patriarcado faz com que a divisão sexual do trabalho seja uma das bases da subordinação da mulher ao homem, relação de dominação que coloca o fenômeno da reprodução como subordinado ao da produção (JOHNSON, 1997; SAFFIOTI, 2001; 1997; 1989). Assim, embora a divisão sexual do trabalho não tenha surgido no interior das sociedades capitalistas, o capitalismo, enquanto um sistema político e ideológico utiliza as diferenças sexuais para acirrar o aprofundamento das desigualdades, valorando de modo generificado as ocupações desempenhadas por homens (trabalho assalariado/produção) e por mulheres (trabalho doméstico/reprodução), deixando claro o sinergismo entre a opressão de gênero e a opressão de classe (KERGOAT, 1987). No sistema de dominação capitalista é difícil separar os tipos de dominação próprias do patriarcado das formas específicas do capitalismo, já que elas são exercidas a partir da combinação e intersecção entre si (LERNER, 1986; SAFFIOTI, 1989).

Zillah Eisenstein realiza uma análise da divisão sexual do trabalho na sociedade, no que denomina patriarcado-capitalista, em permanente interação e dependência mútua. Assim como o patriarcado é maleável para ajustar-se às necessidades do capital, este também é flexível para adaptar-se às necessidades do patriarcado, pois proporciona a ordenação sexual hierárquica para o controle político. Como um sistema político não pode ser reduzido à estrutura econômica, o capitalismo como sistema econômico de classes, impulsionado pela busca de lucros, alimenta a ordem patriarcal. Juntos eles formam a economia política da sociedade, não unicamente um ou outro, mas a partir da combinação particular dos dois. A necessidade de buscar características específicas de cada sistema nasce da própria natureza dualista de conceber a formação social capitalista que, além de empobrecer as mulheres, as vulnerabiliza para agravos específicos, entre eles o HIV/aids (EISENSTEIN, 1979; SAFFIOTI, 1989).

O fato de que a pandemia global de HIV/aids entre mulheres tenha emergido durante o período histórico em que mudanças econômicas se expandiram e acirraram as condições de vida de setores da população pode ter sido originalmente um acidente histórico, mas a relação entre a evolução da epidemia e as consequências globais destas mudanças não é, de modo algum, coincidência. Alguns dos elementos que permitiram a transformação do capitalismo provavelmente foram também facilitadores da propagação da epidemia (PARKER, 2000; 2002).

Os impactos negativos da globalização, em especial aquilo que Castells (1998) denomina "integração perversa", isto é, a produção da marginalização e da criminalidade *como parte integrante da nova ordem capitalista mundial* são os ingredientes estruturais da produção de suscetibilidades à infecção e da dificuldade da sociedade cuidar de seus doentes de modo geral e das mulheres acometidas pelo HIV/aids em particular.

Embora haja consenso de que a pobreza desempenha importante papel na epidemiologia do HIV/aids, não se deve esquecer do impacto causado pela desigualdade social, já que sociedades menos hierarquizadas economicamente estão menos propensas a desequilíbrios que aquelas onde há maior concentração de renda, fato observado em pesquisas realizadas na África, América Latina e Ásia (LURIE, 2003; PIOT, 2007; SHELTON, 2005). A subordinação feminina em cenários de dominação patriarcal aliada à precariedade econômica e concentração da renda indica que os recursos pessoais, incluindo a sexualidade, adquirem valor de mercado, e o contingente feminino passa a ser considerado fonte de mais valia, ficando as mulheres mais expostas a sofrer toda a sorte de iniquidades (SHELTON, 2005).

Políticas internacionais e intergovernamentais de desenvolvimento econômico no bojo do neoliberalismo produzem a desintegração de estruturas econômicas tradicionais, o que tem contribuído para a severidade da epidemia em mulheres em todos os países do mundo. A feminização da pobreza pode ser considerada como, possivelmente, um dos eventos centrais na determinação da epidemia, e a literatura sobre o tema enfatiza a poderosa interação entre pobreza e outras formas de desigualdade, instabilidade e discriminação social na disseminação do HIV/aids (FARMER et al., 1996; SINGER, 1998).

As mulheres entrevistadas nesta pesquisa viviam em contextos socioeconômicos e sociais identificados como propícios para acentuar a vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. Como Castells (1998) descreveu para o cenário global, elas estavam expostas a múltiplas desigualdades que, conjuntamente com fatores estruturais e ambientais, combinam-se para produzir e reproduzir condições que impulsionam a epidemia: movimentos migratórios femininos; falta de poder nas relações entre os sexos; pobreza; raça negra; falta de oportunidades e qualificação para inserção no mercado formal de trabalho; desintegração social produzida pelo crime organizado e o tráfico de drogas; dificuldades para romper com relacionamentos abusivos; falta de acesso à educação e a serviços de saúde e início precoce das práticas sexuais.

A feminização da pobreza no contexto da epidemia de HIV/aids em mulheres mostra que o processo de desenvolvimento capitalista cria, com frequência, formas de deslocamento, migração e mobilidade social, que aumentam o risco de infecção. Nestes contextos, muitas mulheres precisam migrar para buscar trabalho, muitas vezes encontrando oportunidades restritas ao mercado sexual, precisando exercer a prostituição ou estabelecer relações de subordinação ou conjugalidade para garantir sustento financeiro (LUKE, 2003; PARKER, 1997). *“Voltei a morar na rua, depois mudei de cidade, morei de novo na casa de amigas, voltei pra zona [de meretrício]. Não tinha paradeiro. Fui uma andarilha”.*

A ausência de perspectivas econômicas obriga grandes contingentes de mulheres a sair de seus locais de origem e as expõe ao HIV/aids em novos territórios. Nesse quadro, incluem-se as trabalhadoras sazonais no sul da África (ROMERO-DAZA; HIMMELGREEN, 1998) e na África Ocidental (DECOSAS et al., 1995); migrantes da República Dominicana e Estados Unidos (KRENISKE, 1997); migrantes rurais/urbanas no Haiti (FARMER, 1992, 1999) e Zaire (SCHOEPF, 1992); filipinos trabalhando por empreitada no exterior (TAN, 1993); prostitutas na Tailândia (ARCHAVANITKUL; GUEST, 1994), em Gana (ANARFI, 1993), no Zimbábue (WILSON et al., 1990) e nas Filipinas (TAN, 1993), assim como migrantes e prostitutas no Brasil (LARVIE, 1997; PARKER, 1993, 1997). A migração feminina também é um fator de risco para o feminicídio, já que as jovens migrantes, trabalhadoras precárias ou sazonais ficam

isoladas, destituídas de redes familiares e comunitárias e à mercê de gangues e criminosos, da exploração sexual e do tráfico de pessoas e de drogas (SEGATO, 2007).

A relação entre mobilidade e disseminação do HIV/aids é complexa. Homens migrantes, por exemplo, frequentam prostitutas com regularidade (frequentemente, elas também migrantes) e/ou estabelecem famílias secundárias no campo de trabalho, ocasionando aumento das DSTs e do HIV/aids em locais usualmente carentes de serviços adequados de atenção à saúde. De volta à comunidade de origem, as mulheres são infectadas pela doença e se defrontam com demandas econômicas severas, que tentam equacionar, muitas vezes, mediante a prática do sexo comercial. Finalmente, uma vez que trabalhadoras migrantes deslocam-se continuamente entre dois ou mais locais, o HIV/aids pode-se disseminar de áreas com alta incidência a outras onde é menor ou mesmo inexistente (PARKER, 2000).

Análises etnográficas salientam a importância dos fatores culturais subjacentes à vulnerabilidade feminina ao HIV/aids. Kammerer et al. (1995) descrevem como a penetração do capitalismo produziu colapso da economia em regiões rurais de muitos países. Como resultado, as mulheres migraram para outras cidades para trabalhar - às vezes na prostituição - enquanto a sexualidade tradicional, com seus valores de "vergonha e culpabilização", constitui um obstáculo à adoção de medidas preventivas contra o HIV/aids, incluindo o não uso de preservativos em atividades sexuais de risco (ABIA, 1999; BARBOSA, 1999).

No patriarcado, as assimetrias entre homens e mulheres são mantidas e as normas que regulam a relação entre os sexos são reforçadas. Assim, as normas sobre a sexualidade permitem que os homens façam sexo com muitas parceiras, sem preocupar-se com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, aumentando as possibilidades de disseminação dessas doenças entre elas. Além disso, o patriarcado continua ditando as atribuições de papéis de acordo com os gêneros, a definição do exercício da sexualidade, a heterossexualidade obrigatória e a manutenção da tradicional separação entre o grupo de mulheres destinadas ao casamento e àquelas destinadas ao prazer sexual remunerado (RAO GUPTA, 2000).

Nas narrativas ouvidas ficou patente o quanto as mulheres seguem mantendo relações sexuais desprotegidas devido à falta de conhecimento, às hierarquias entre os

sexos ou ao medo de exigir proteção, visto que a sexualidade segue sendo um tema tabu na sociedade do interior do Rio Grande do Sul, e supõe-se que de modo similar em outras cidades interioranas brasileiras. Muitas mulheres referiram que o desejo de melhorar de vida, sair de situações de violência na família e ter um companheiro foram motivos do início da vida sexual, decisões fortemente influenciadas pelos padrões societários de gênero (MINAYO, 2003; TAQUETTE et al., 2003, 2004).

O início da vida sexual na adolescência ocorre em contextos de heteronomia, já que a socialização de gênero das meninas as condiciona para ser objeto de satisfação dos desejos de outros em detrimento de seus próprios anseios. Há uma forte pressão social para a atividade sexual e uma cultura de erotização precoce, em que o sexo é visto como objeto de consumo. As adolescentes têm relacionamentos muitas vezes sem saber o nome dos parceiros, e neste período de experimentação muitas abrem mão do que gostariam para seguir a tendência do grupo. Elas querem ser adultas, manifestam curiosidade e sentem desejos sexuais estimulados por uma sociedade em que o sexo também é um objeto de consumo e, quando não há estrutura familiar ou social protetora, mais precocemente elas se expõem a riscos (PIOT, 2007; TAQUETE, 2008; ZOYSA, 1996).

Pesquisa realizada na África do Sul e que pode ser válida para o Brasil observou que, para as meninas, a iniciação sexual foi mais precoce em famílias que vivem em agregados, com muitas pessoas na mesma residência e em situação econômica precária (DINKELMAN, 2007). Do mesmo modo, um estudo de coorte prospectivo rural na África do Sul verificou que o uso de preservativos foi menor entre jovens de famílias pobres. Em pesquisa sobre atividade sexual de adolescentes femininas, foi demonstrado que aquelas que são providas de investimento afetivo familiar se apropriam mais de sua sexualidade, protegem-se e não se submetem à satisfação dos desejos de outrem, exercendo a sexualidade em condições mais seguras e com menos risco (BECKERMAN, 2005; TAQUETTE e col., 2008).

As mulheres relataram dependência econômica aos parceiros e membros da família, o que pode aumentar o risco de infecção pelo HIV. Além disso, muitas têm pouco controle sobre assuntos que envolvem a sexualidade em seus relacionamentos e o medo pode comprometer discussões sobre estas questões. Mulheres cujos parceiros

ficam doentes e morrem por aids frequentemente sofrem discriminação e abandono e precisam arcar com as dívidas deixadas pelo companheiro, podendo perder casas, herança, bens e meios de subsistência, aumentando a precariedade econômica, conforme observado no excerto: *“E minha vida com o ele se resume a isso: na aids e nas surras, porque ele só foi bom pra fazer filhos, porque pra cuidar e educar ele só atrapalhou. O infeliz só me deixou conta pra pagar, e a casa acabou ficando com a irmã dele. Não me deixou nada.”*

Muitas mulheres necessitam adotar comportamentos de risco, como a prostituição sem preservativo para garantir as necessidades básicas para si e para os filhos. Estudos etnográficos em países africanos mostraram que o empobrecimento induz o recurso ao sexo ocasional sem preservativo para sobreviver (BYRON, 2008). *“Precisava de dinheiro. Quem ia dar trabalho pra uma negra, pobre, que não sabe ler e não tem dente na boca? [...] Fui pra zona com 12 anos, fugida de casa”*.

Neste estudo foi possível observar que a prostituição foi motivada pela pobreza, que inclui a busca por necessidades humanas básicas, como alimentação e moradia. Na população feminina, a necessidade econômica está associada ao baixo uso de preservativo, troca de sexo por recursos materiais ou financeiros, falta de poder e autonomia nos relacionamentos com o sexo oposto, enquanto que para os homens, a pobreza não está relacionada a comportamentos sexuais de risco. A pobreza, portanto, aumenta a suscetibilidade ao HIV/aids, potencializa a subordinação feminina a figuras masculinas, restringindo a capacidade de recusa a relações sexuais indesejadas e de risco, a negociação do uso de preservativos e a prostituição (RAO GUPTA, 2000; SCHOEPF, 1991; 1992, 1992).

Pesquisas sugerem que as mulheres que possuem melhores condições econômicas, controle sobre os rendimentos, moradia segura e maior poder de barganha dentro das famílias conseguem se proteger contra o HIV/aids. Elas possuem maior autonomia para negociar abstinência, fidelidade e sexo seguro, e não precisam trocar sexo por dinheiro, comida ou abrigo (BARBOSA, 1999; FAO, 2014;; PARKER; GALVÃO, 1995; STEIN, 1990; UNAIDS, 2005; WEISER et al., 2007).

Em relação à educação formal, dados estatísticos mostram que as mulheres compreendem quase dois terços dos analfabetos do mundo. A maioria dos estudos

sugere que a educação é protetora contra o HIV/aids em mulheres e está associada a melhores condições de saúde independentemente da renda (DEATON, 2003). Neste estudo, muitas mulheres eram iletradas ou possuíam baixa escolaridade: *“Tudo isso tá assim porque não estudei. Não sei ler e nem escrever. É uma tristeza. Nem a bula dos remédios eu consigo. Ela até tentou nos matricular na escola, mas nunca conseguiu vaga. Que diretora ia querer filha de indigente, meu filho?”*.

O capital social tem sido definidor da organização social, estabelecendo normas e redes que podem melhorar a eficiência da sociedade e facilitar uma ação coordenada para a prevenção do HIV/aids. Existem evidências que sugerem que a falta de capital social nas comunidades pode limitar a eficácia de ações de prevenção da infecção e aumentar a vulnerabilidade de mulheres. A avaliação de um programa de prevenção em uma comunidade da África observou que a ausência de coesão comunitária ou a transformação das normas sociais e sexuais associadas à pobreza desempenhou papel importante para limitar o impacto de uma intervenção (BRYCESON, 2006; PUTNAM, 1993).

Para ser mais eficaz, a prevenção do HIV/aids em mulheres deve abranger uma gama de ações, que incluem microfinanciamentos e créditos financeiros, educação, formação profissional, sensibilização quanto aos direitos humanos, promoção de atividades geradoras de renda e garantia dos direitos de propriedade à terra e herança (HARGREAVES et al., 2007; HEILMAN, 2005; PNUD, 2000).

Estudos sobre HIV/aids em mulheres refutam algumas ações de redução de risco tipicamente utilizadas por Programas tradicionais de controle (ELIAS; HEISE, 1994; HEISE; ELIAS, 1995; GUPTA; WEISS, 1993; KAMMERER ET AL., 1995; MICHAL-JOHNSON, 1994; SCHOEPF, 1992, 1992; SCHOEPF et al., 1991; SYMONDS, 1998; ZOYSA et al., 1996). Heise e Elias (1995) argumentam que as estratégias de redução de parceiros, uso de preservativos e tratamento das DSTs utilizadas pela maior parte dos programas de prevenção da aids são ineficazes para proteger a maior parte das mulheres, principalmente as pobres e que não detêm poder de negociação nas relações sexuais. Ainda, o uso de preservativos em relações onde há fortes hierarquias de poder entre homens e mulheres depende da concordância masculina e limita ainda mais a capacidade de muitas praticarem sexo seguro, situação

agravada pela falta de tecnologias de prevenção do HIV controladas pelas mulheres (BARBOSA, 1999; ELIAS; HEISE, 1994; HEISE; ELIAS, 1995; MICHAL-JOHNSON, 1994; PARKER; GALVÃO, 1995; STEIN, 1990; ZOYSA et al., 1996;).

A infecção pelo HIV continuará atingindo as classes sociais de maior renda, expandindo-se, porém, cada vez mais entre os pobres. Dentre esses, as mulheres ocupam lugar de destaque: são elas que menos condições têm de mudar as situações que as colocam em risco para a vida em geral. Além do mais, elas têm pouco ou nenhum acesso à informação nos serviços de saúde, sendo negligenciadas ou abordadas somente quando grávidas e vistas como assexuadas ou sua sexualidade associada à reprodução (CAROVANO, 1991; O'LEARY; CHENEY, 1993).

É necessário minimizar os efeitos sociais da pobreza sobre as vidas das mulheres, e o Estado possui papel imprescindível na redistribuição de renda para as mais pobres. Além do mais, elas necessitam de autonomia sobre seus corpos e sexualidade, garantia de acesso à educação, saúde, moradia, alimentação e proteção social. Os serviços de saúde devem conhecer o contexto de vida das mulheres, garantir os meios de proteção ao HIV/aids, como o uso do preservativo masculino e feminino, diagnóstico em tempo oportuno e tratamento adequado, sensibilizando-as e ajudando-as a se fortalecer para refutar práticas sexuais desprotegidas ou indesejadas (SANTOS, 2007).



LEVASSEUR (2015)

4.5 Quarta narrativa: vidas descartadas

As trajetórias de vida das mulheres e as discussões tecidas nas seções anteriores acerca das desigualdades de gênero, raça e classe social evidenciaram itinerários femininos marcados pelos poderes interseccionados representados pelo capitalismo racista patriarcal. Nessas trajetórias, os limites entre autonomia e submissão, subordinação e resistência, saúde e doença, vida e morte estavam difusos e nem sempre possíveis de serem identificados. Como denunciou Peter Pelbart, é inegável que o capital nunca havia penetrado tão fundo na vida e na alma das pessoas, no núcleo de sua vitalidade, tornando-se a fonte de valor do mundo contemporâneo (PELBART, 2006).

A partir das narrativas produzidas e apresentadas anteriormente observou-se que as violências sofridas pelas mulheres estiveram presentes para todas elas, não se podendo identificar o quanto as agressões foram condições de risco para o adoecimento ou o quanto o HIV/aids produziu novas violências na vida destas mulheres. São trajetórias destituídas de valor e de autonomia, em que o Estado falhou em assegurar os direitos básicos de educação, trabalho, moradia, segurança e proteção. São vidas que se assemelham ao que Michel Foucault denominou de *anormais* para designar os variados grupos que a modernidade inventou, aqueles que não têm lugar, que são considerados “o outro”, quer seja o migrante, o pobre, o sem-emprego, sem-teto, sem-terra, sem-cidadania, sem-nada (VEIGA-NETO, 2001).

As mulheres com HIV/aids mostraram fragilidades, feridas, marcas e identidades fraturadas atravessadas por relações de poder. Não são exceções, e nem um desvio natural em relação a alguma suposta normalidade (VEIGA-NETO, 2001), mas incluem-se na concepção de “vidas sem valor”, que de alguma maneira ocupam o lugar da margem, fora das normas ditadas pela sociedade.

A concepção daquilo que atualmente conceituamos como “vida” apresentou significados diferentes ao longo da história. Os gregos não possuíam um termo único para designá-la, pois utilizavam dois sentidos distintos: *zoé*, que significava o simples viver dos animais, homens ou deuses, e *bíos*, o modo político de viver de um indivíduo ou de um grupo. O mundo clássico entendia que a vida natural, a simples *zoé*, era um

bem, mas a excluiu da política e a reduziu à mera vida reprodutiva. No direito romano arcaico, o *homo sacer* era um indivíduo insacrificável e eliminável e quando julgado por um delito poderia ser morto sem que isso constituísse homicídio, execução, condenação, sacrilégio ou sacrifício. Sua vida, excluída da comunidade por ser insacrificável, era nela incluída por ser matável. Portanto, o *homo sacer* deu origem ao elemento político referente à vida, pois incluiu a decisão soberana sobre ela e a implicação da ordem jurídico-política sob a forma paradoxal da exclusão-inclusão. O direito à vida, nesse contexto, é a contraparte de um poder que a ameaça de morte (AGAMBEN, 2004).

Durante a Idade Moderna, a vida natural passou a ser incluída nos mecanismos e arranjos do poder estatal, e a política se transformou em biopolítica. Se durante vários séculos o homem permaneceu um animal segmentado entre um aspecto natural e outro capaz de existência política, para o homem moderno a política investiu em sua vida enquanto ser vivente. O início da modernidade situou-se no ponto em que espécie e indivíduo tornaram-se a aposta que está em jogo nas estratégias políticas. Ocorre, neste período, a passagem do “Estado territorial” ao “Estado de população”, que manifesta interesse e preocupação com a vida biológica e com a saúde das pessoas, consideradas um assunto do poder soberano, que se transforma em governo dos homens (FOUCAULT, 1994; 1976). Essa transformação resultou em uma espécie de biologização do indivíduo, posta em prática através de técnicas políticas sofisticadas, cujo processo leva a vida biológica a ocupar o centro da cena política moderna (ARENDETT, 1958).

Para o sociólogo Boaventura Santos, a sociedade contemporânea ocidental tem como principal característica o pensamento abissal⁸, em que a vida está inserida em um sistema de distinções estabelecidas por linhas radicais que dividem a sociedade em dois grupos: "os deste lado da linha" e "os do outro lado da linha". A divisão é tamanha que "o outro lado" desaparece como realidade, tornando-se inexistente, o que significa não ser relevante ou compreensível, excluído porque é exterior inclusive à própria concepção de inclusão que o considera como "outro" (SANTOS, 2002; 2006; 2007).

⁸ Por abissal entende-se a incapacidade dialética de algo ocupar, ao mesmo tempo, os dois lados da linha.

A característica fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da presença simultânea nos dois lados da linha, sendo que o outro lado é um universo que se estende para além da legalidade e ilegalidade, produzindo ausência de humanidade, caracterizando a *sub-humanidade moderna*, onde vivem os excluídos. Assim, a exclusão se torna radical, uma vez que algumas pessoas não são consideradas sequer candidatos à inclusão social, já que a sociedade moderna separa os grupos por um *apartheid* social. Há uma sub-humanidade destinada ao sacrifício, condição que faz com que a humanidade composta pelos incluídos se afirme como universal (SANTOS, 2002; 2006; 2007).

Portanto, o pensamento moderno ocidental opera mediante linhas abissais que separam as vidas do mundo humano do subumano, sendo que a criação e a negação do outro lado da linha fazem parte de princípios e práticas hegemônicas. Atualmente, a prisão de Guantánamo⁹ representa uma das manifestações mais absurdas do pensamento jurídico abissal, da criação do outro lado como um não-território em termos jurídicos e políticos, um espaço impensável para o primado da lei, dos direitos humanos e da democracia (AMANN, 2004). Contudo, seria um erro considerá-la exceção, pois existem muitos Guantánamos, desde o Iraque até o Brasil e a Palestina. Mais do que isso, existem milhões de Guantánamos nas discriminações sexuais e raciais na esfera pública e privada em todos os países do mundo: nas zonas selvagens das megacidades, nos guetos, nas prisões, nas novas formas de escravidão, no tráfico ilegal de órgãos humanos, no trabalho infantil, na exploração da prostituição e na descartabilidade das mulheres, incluindo aquelas que vivem com HIV/aids (AMANN, 2004; SANTOS, 2007; 2002;).

A permanência das linhas abissais ao longo do período moderno não significa que elas se mantiveram fixas, já que historicamente sofreram mudanças, embora sua posição seja firmemente preservada em cada momento histórico. De forma mais ampla, a modernidade ocidental se expande globalmente na medida em que viola todos os princípios que legitimam o paradigma da regulação e emancipação. Assim, direitos humanos são violados, a democracia é destruída e a vida é eliminada em nome da sua

⁹ Guantánamo é uma prisão estadunidense localizado em Cuba que ganhou grande repercussão internacional por causa das atrocidades cometidas, incluindo torturas, transporte inadequado de detentos, abuso sexual, espancamentos, intolerância às práticas religiosas e detenção de crianças.

preservação. As linhas abissais demarcam fronteiras e campos de morte; dividem cidades em zonas civilizadas e selvagens; consideram as prisões como locais de detenção legal e à margem da lei (ATKINSON, 2005; GLON, 2005; SANTOS 2007;). Essas situações, muitas vezes, resultam de uma nova forma de governo indireto, que emerge em situações que o Estado se retira da regulação social e os serviços públicos são privatizados ou exercidos ilegalmente, de modo que poderosos atores não-estatais adquirem controle sobre a vida e o bem-estar da população, gerando ainda mais desigualdades e violências (LUGARD, 1929; SANTOS, 2007, 2002, 2006).

Essa situação foi descrita por Boaventura de Souza Santos como resultante da ascensão do fascismo social, um regime de relações de poder extremamente desiguais, que concede à parte mais forte a prerrogativa de veto sobre a vida e decide o modo de existência dos mais fracos. O fascismo social não é um regime político, mas um sistema social e civilizacional, que ao invés de sacrificar a democracia às exigências do capitalismo, a trivializa a ponto de torná-la desnecessária. É um tipo de ordem pluralista, produzida pela sociedade e não pelo Estado, sendo que este é apenas testemunha complacente, em um período em que os Estados democráticos coexistem com sociedades fascizantes. Assim, o fascismo social caracteriza-se pela agudização dos processos de subordinação e diferenciação social como condições de desproteção político-jurídica, determinada pelo absentismo do Estado e pela atuação predatória de agentes não estatais. Neste tipo de ordem, as mulheres são expostas à volta de um conservadorismo de gênero, extremamente afetadas e vulnerabilizadas, servindo como troféu de guerra em conflitos, vivendo sob estrito controle em regiões onde prevalece a lei de gangues e máfias, podendo facilmente ser descartadas e eliminadas (SANTOS 2002; 2007). Nessa situação, como disse a narradora, *“a aids é o de menos”*.

O fascismo social apresenta quatro formas, que incluem (i) o fascismo do apartheid social, que significa a segregação dos excluídos mediante a divisão das cidades em zonas selvagens e civilizadas; (ii) o fascismo para-estatal, que se refere à usurpação das prerrogativas estatais; (iii) o fascismo da insegurança, que consiste na manipulação discricionária do sentimento de insegurança das pessoas e dos grupos sociais vulnerabilizados; e (iv) o fascismo financeiro, que controla os mercados financeiros e a economia (SANTOS, 2002; 2007).

Propomos neste estudo, a partir das narrativas produzidas pelas mulheres, um novo conceito, que designamos de *fascismo social de gênero*, caracterizado por um regime de relações sociais e experiências impostas através de desigualdades de poder entre homens e mulheres, que produzem formas extremas de opressão feminina, podendo ser severas e irreversíveis, como no caso dos feminicídios. O *fascismo social de gênero* utiliza a ideologia patriarcal, capitalista e racista para legitimar sua existência. Divide e separa, exclui e limita o acesso a direitos, incidindo principalmente sobre as mulheres mais vulneráveis econômica e racialmente. Instala-se em sociedades politicamente democráticas, ao menos em seus mecanismos formais, porém autoritárias, conservadoras, violentas e excludentes.

O fascismo social de gênero constitui um estado de exceção que opera usando a violência de gênero como mecanismo de controle, disciplinamento e submissão e onde esta violência é naturalizada e banalizada, obstaculizando o seu enfrentamento. O fascismo social de gênero mantém a linha abissal entre as mulheres que serão protegidas e cuidadas e aquelas cujas vidas são elimináveis, invisíveis e descartáveis. Vidas precárias, como a de mulheres negras e pobres que adquirem o HIV/aids e cuja única certeza é não ter futuro. Assim, na África as mulheres são eliminadas pelo HIV/aids, e no Brasil a epidemia avança incidindo cada vez mais em mulheres jovens, pobres e negras, sendo que em alguns contextos do país ela atinge os patamares da epidemia africana (SANTOS, 2002).

O controle e o descarte das mulheres, que se dá por meio de todos os tipos de violências, faz parte da atual fase do capitalismo, chamada de “apocalíptica” por Rita Segato, cujas vidas são organizadas a partir de uma “política da violência” (SEGATTO, 2003). As agressões perpetradas contra mulheres representam o mandato social patriarcal instaurado e agravado pelo fascismo social de gênero, apresentando alta prevalência na maioria dos países e regiões, em taxas que variam entre 10% e 52% (OMS, 2013).

As mulheres com HIV/aids narraram ter sofrido, ainda na infância, múltiplas agressões perpetradas por homens e mulheres que cumpriam função de cuidado. Foram doadas a pessoas que as submeteram ao trabalho infantil, algumas expulsas de casa, outras com histórias de violências físicas graves. À pobreza somaram-se outras

infrações de direitos, não frequentaram a escola, não foram protegidas adequadamente pelas famílias, desconhecidos tiveram acesso às suas vidas e a seus corpos desprotegidos. No enfrentamento a estas dificuldades, encontraram outros problemas que marcaram negativamente suas trajetórias (ZAMBON et al., 2012), conforme observado nos excertos: *“Desde criança, fui sacrificada pela família e tive que trabalhar cedo. Era uma casa com 10 irmãos, e eu, a mais velha, tinha que limpar, agradar, lavar, cozinhar, esfregar e cuidar. (...) Não pude estudar. Mal sei ler. Apanhava igual bicho, do pai e dos irmãos. De paulada, lasca de lenha e o que encontravam pela frente. Minha mãe também apanhava.”*

As agressões físicas eram práticas frequentes na família, lugar onde a violência é utilizada para “corrigir”, tanto as crianças quanto as mulheres (GARBIN, 2012; SILVA, 2002). Além do mais, as narrativas mostram o quanto é frequente a violência sexual infantil, visto que muitas das mulheres relataram ter vivido esta situação, que as deixava impotentes, culpadas e obrigadas a manter segredo. Em famílias marcadas por relações de violência, a hierarquia e a obediência do grupo familiar à figura masculina, característicos do sistema patriarcal, são naturalizadas e legitimam diversas formas de abusos masculinos, inclusive sexuais (NARVAZ, 2004).

As manifestações de violências na vida adulta incluíram abusos psicológicos, físicos e sexuais, exercidas por homens (maridos, companheiros ou cafetões) contra mulheres independentes do contexto ou fases de suas vidas. As violências, parte fundamental do *mandato social patriarcal*, são condições necessárias para a reprodução de relações desiguais de gênero, com posições marcadas pelo distanciamento hierárquico. Isto significa que a violência desempenha um papel necessário na reprodução da economia simbólica de poder entre os sexos (SEGATO, 2000). *“Ele me ameaçava de morte, me chamava de vadia, falava que eu dava pra todo mundo. Era grosseiro e estúpido. (...) Nunca apanhei tanto na vida. Todos os dias tomava uma surra. Depois que casamos, ele virou um demônio. O machão começou a me bater muito: me jogava na parede, me batia na cabeça, me derrubava. Ficava de olho roxo e com a cabeça dolorida.”*

Os diferentes tipos de violências possuem propósitos semelhantes, baseados nas desigualdades de poder em sociedades patriarcais. Assim, as agressões

psicológicas, físicas e sexuais funcionam como castigo ou vingança contra a mulher que saiu do seu lugar, da posição subordinada e tutelada em um sistema de *status*. Esse lugar mostra os sinais da sociabilidade e sexualidade feminina governadas pelas necessidades e interesses do homem, e o simples movimento da mulher em uma posição que não se destina à ela na hierarquia coloca em questionamento a posição masculina nessa estrutura, baseada no *status* como valor no sistema de relações. As violências são utilizadas para disciplinar e controlar, e o ato de castigar e retirar a vitalidade da mulher também é um gesto moralizador. Este mandato social é voltado para qualquer mulher, uma mulher genérica, já que sua sujeição resulta necessária para a economia simbólica do violador e para o equilíbrio da ordem de gênero manter-se intacta. A mulher genérica é aquela sujeita ao papel feminino, cujo itinerário fixo na estrutura reforça a necessidade da violência marcada pela desigualdade de gênero (SEGATO, 2003).

Os direitos das mulheres, muitas vezes inexistentes e confiscados em decorrência do fascismo social, fazem com que elas, ao invés de serem cidadãs, sejam subservientes aos homens em todos os âmbitos da vida, na forma de submissão ou pelo fato de possuírem um corpo apto a ser sancionado com violência sempre que romper com as normas. Portanto, o fascismo social de gênero pode ser considerado um dos modos de manter o sistema patriarcal e capitalista, estimulando a violência como prática corretiva, bloqueando a garantia de direitos, destituindo a cidadania, reduzindo as mulheres a vidas precárias e desprotegidas. *Vidas nuas*, conceito proposto por Giorgio Agamben quando se refere aos sujeitos excluídos socialmente, destituídos de desejos ou possibilidades, já que não existem mecanismos previstos para mantê-los protegidos. Entretanto, essas vidas não são eliminadas claramente, mas são “sacrificadas”, sua sobrevivência é tornada insustentável e o Estado, em seus mecanismos de governabilidade, é o ente que as deixa morrer (AGAMBEN, 2004; REIHLING, 2010).

Quando a política não reconhece outro valor senão a vida e faz da mulher não apenas um objeto, mas um sujeito inserido no contexto biopolítico, opera a politização da vida nua e torna únicos *zoé* e *bios*, fato e direito, voz e linguagem. A vida nua das mulheres com HIV/aids não é um estado biológico natural, que existiria originalmente

para depois ser incluída na ordem jurídica pelo estado de exceção. Ela é o próprio produto da máquina biopolítica, o seu resultado, o último estágio, o “fundo do poço”, como se não pudesse regressar para outra forma de vida produzida pela biopolítica (PELBART, 2011).

O conceito de vida nua é pertinente na análise de fenômenos contemporâneos, como a nulidade da vida das mulheres com HIV/aids, e inclui o estado de exceção como política de governo. Entretanto, este estado pode ser enfrentado. Valérie Mérange (2000) lembra que os sobreviventes de campos de concentração relatavam sentimentos de uma afirmação vital e política; ou mesmo no relato de Robert Antelme (2013) há um elogio no fato de viver em si, despojado de superestruturas morais e sociais, em uma espécie de vida desculpabilizada. Não que a vida nua seja bela, mas só é nua em aparência, pois há composição de relações, amizades, força produtora de formas de vidas, de estratégias, de transformações. Entretanto, esta condição, que poderíamos chamar de resistência, é mínima, pequena, destituída de poder, condicionada pelos poderes que a relegam à vida nua, desprovida de toda qualificação que poderia protegê-la. Portanto, a vida nua possui pouco espaço para resistir, senão apenas pensar-se para além do julgamento e da autoridade que a condena (PELBART, 2011).

As mulheres com HIV/aids são objeto da biopolítica e do fascismo social de gênero que regulam a sociedade capitalista-patriarcal-racista e lhes usurpam direitos e cuidado, além de expô-las a iniquidades e violências. Além do mais, elas vivenciam os efeitos sociais da pobreza, do racismo e da misoginia. Assim, as instâncias capazes de determinar o limite entre a vida protegida e a vida nua, politizando o fenômeno da vida ao incluí-la ou excluí-la da esfera jurídica são o regime biopolítico (FOUCAULT, 1976) e o fascismo social de gênero, que possuem o poder de proteger ou descartar a vida dessas mulheres. Dessa forma, o estado de exceção, no qual a vida nua era, simultaneamente, excluída da ordem jurídica e aprisionada nela, constitui a *regra contemporânea* e o fundamento oculto da organização soberana dos corpos políticos no Ocidente (AGAMBEN, 2004).

A figura ambígua do soberano, compreendido como Estado ou Governo, que está simultaneamente dentro e fora do ordenamento legal, pois possui o poder de

declarar o estado de exceção, no qual a lei é suprimida e se instaura a indiferenciação entre fato e direito, constrói a figura inversa à si, a do *homo sacer*, destituído de poder, o protótipo da vida nua, supérflua, desprotegida e exposta à morte social e violenta. O *homo sacer*, atualmente, é semelhante à figura definida no antigo direito romano, o homem incluído na legislação quando se encontrava totalmente desprotegido por ela: tratava-se do indivíduo que poderia ser morto pelo soberano sem que constituísse um delito, da mesma forma que, atualmente, as mulheres com HIV/aids são deixadas morrer sem que isso se caracterize como crime (AGAMBEN, 2004).

Embora o *deixar morrer* as mulheres com HIV não seja um ato deliberado de poder que se faz presente através da lei, a biopolítica opera através de mecanismos de coerção e controle ligados a práticas sutis que requerem a participação das próprias mulheres (REIHLING, 2010). Mesmo que suas vidas se reduzam à "vida nua", não é necessariamente mediante intervenções diretas que acontecem as formas de exclusão, mas através da inexistência de formas eficientes de prevenção, cuidado e atenção (DOUGLAS, 1996).

Quando não se disponibiliza à população (incluindo as jovens do sexo feminino) uma política de promoção à saúde que utilize modos eficazes de esclarecer e disponibilizar meios para a prevenção do HIV/aids, mas ao contrário, as meninas são educadas dentro de uma moral de gênero patriarcal para satisfazer o outro, sem autonomia sexual e reprodutiva, estamos expondo-as a riscos que podem significar "vidas nuas", quando elas são infectadas por não poderem ou disporem de proteção adequada, por terem sofrido abusos sexuais, estupros ou exploração sexual comercial. A feminização da aids no Brasil é indício de que permanece a hierarquia entre os sexos, que há um grande contingente de jovens não possuem autonomia para proteger-se, para usar preservativos, para refutar o sexo indesejado.

Quando os serviços de saúde centram a atuação apenas no aspecto clínico da aids e ignoram as condições de vida das mulheres, eles produzem, enquanto Estado, um cuidado fragmentado, excludente, ofertando práticas que objetivam apenas não deixá-las morrer, mas que não as atendem na sua integralidade. *"Aqui no SAE, quando descobri, me deram apoio. Mas queriam só saber dos remédios, das consultas e dos exames. As outras desgraças da vida eu tinha que me virar sozinha. Quem trabalha*

aqui não tem tempo de saber se tu apanha, se tu passa fome, se tu sofre.” Ou seja, não há tempo para ouvir “as outras desgraças da vida”.

O projeto de promover a saúde da mulher ocorre através de ações de prevenção indicadas pelas políticas de saúde, elaboradas pelo Estado e desenvolvidas pelos profissionais. Para as que já possuem o vírus, a proposta é a de intervenções biomédicas, através do diagnóstico precoce, realização de exames periódicos para o acompanhamento e fornecimento de medicação. Entretanto, essas ações não são realizadas da mesma maneira para todas as mulheres, havendo as que, pelas dificuldades de acesso ou adesão, ou mesmo pela raça, etnia, classe, identidade sexual ou inserção laboral receberão tratamento diferenciado, podendo haver discriminação. Essa situação ocorre pela presença do moralismo, muitas vezes oculto por trás da neutralidade do modelo clínico e biomédico, que não quer saber das necessidades sociais, psicológicas, afetivas e singulares dessas mulheres (REIHLING, 2010).

Os serviços de atenção especializada para atendimento de HIV/aids defrontam-se com o absenteísmo gradual dos pacientes. Sabe-se que uma parcela significativa de usuários e usuárias vão deixando de frequentar o serviço para buscar a medicação e realizar o controle periódico. Poucos se preocupam em procurar estas mulheres nos domicílios ou saber o que aconteceu com elas. Às vezes uma usuária dá a notícia de que uma delas morreu e, passados alguns meses, se não reaparecem os prontuários vão sendo colocados no arquivo “morto”. Não seria esta uma maneira de deixar morrer?

Mulheres com HIV/aids e histórias de violências de gênero deparam-se com a baixa efetividade das instâncias policiais e judiciárias. O atendimento jurídico-policia, como já observado em outros estudos (MENEGHEL, 2007; MENEGHEL, 2011), limita-se a inquirir acerca da materialidade da violência, pouco importando as trajetórias dessas mulheres. Os mecanismos usados para coibir as agressões também são ineficientes, tendo em vista que muitas entrevistadas procuraram a polícia em diversas ocasiões para realizar Boletins de Ocorrência em relação aos mesmos agressores. Historicamente, a atuação do setor policial tem sido pouco resolutiva quanto à proteção de mulheres agredidas e esse é um ponto crítico na rota das mulheres que buscam romper com a violência de gênero (MENEGHEL, 2007). Para superar as situações de

violência seria necessário que as mulheres pudessem desconstruir os mecanismos ideológicos que mantêm as hierarquias de poder entre os gêneros e, isso é mais difícil (MENEGHEL et al., 2013). A ideologia de gênero ou o fascismo social de gênero cimenta a heteronomia destas mulheres cujas trajetórias foram marcadas por tantas iniquidades que só resta considerá-las descartáveis, supérfluas, “vidas nuas”. Como em outros estudos, histórias e depoimentos, elas também narraram: *“Também já dei queixa na polícia várias vezes, botei na Maria da Penha. Está para ser processado, já fui até na audiência. Mas isso já faz tempo e não adiantou. Depois que ele quase me matou”*.

Neste estudo, portanto, não se pode pensar a figura do soberano (Estado) sem relacioná-lo à figura do *homo sacer* (mulheres com HIV/aids) de modo que enquanto houver poder soberano haverá vida nua e exposta ao abandono e à morte. Soberano é aquele que detém poder e que todos devem respeitar, que pode sacrificar qualquer um sem restrições, ao passo que o *homo sacer* é aquele que pode ter sua vida sacrificada, destituída de possibilidades e eliminado sem que se constitua um homicídio (AGAMBEN, 2004). Esse funcionamento está muito claro para as classes populares e excluídas, nos que vivem nos guetos e regiões de *apartheid* das grandes cidades, quando mostram descrédito total em relação ao aparelho policial, que comete muitas infrações de direitos (no Brasil, a polícia mata mais que os criminosos) e ao jurídico, para o qual essa população não tem acesso.

Seguindo a inspiração benjaminiana, Agamben observa que, se em nosso tempo o estado de exceção se tornou a regra, não devemos nos espantar pelo fato de que política comporte fenômenos como o totalitarismo, campos de extermínio, de concentração e de refugiados, favelas, prisões secretas, eliminação sumária de indesejáveis, incluindo feminicídios de mulheres pela condição de gênero. Vivemos sob um regime biopolítico cada vez mais rígido, continuamente redefinindo e reduzindo o limiar entre o que está dentro da ordem política ou as vidas que serão protegidas e o que está fora ou as vidas supérfluas (AGAMBEN, 2004).

A reflexão de Agamben também ajuda a identificar outros tipos contemporâneos do *homo sacer* além das mulheres com HIV/aids, como o *nomos* ou o estatuto legal da biopolítica moderna. Dentre estes tipos pode-se citar a cobaia humana de experimentos médicos; o doente em coma profundo mantido vivo por meios tecnológicos; os

sobreviventes em campos de refugiados; os suspeitos de vínculo com terrorismo ou imigração ilegal detidos e mantidos incomunicáveis; os habitantes dos guetos e favelas nas periferias das grandes cidades, sobretudo nos casos em que o confronto entre duas forças soberanas, a polícia e o crime organizado, gera um espaço de indistinção em que as vidas nuas são descartadas. Neste sentido, as prisões também constituem exemplo da biopolítica moderno, como espaços ambíguos de inclusão e de total exclusão do prisioneiro da legislação e da cidadania, o que permite que este, antes de ser considerado um cidadão portador de direitos temporariamente limitados, seja considerado uma vida que não merece viver, que pode ser descartada e assassinada sem que se cometa delito (AGAMBEN, 2004).

O preso, o favelado, o migrante, o pobre, o drogado, o morador de rua, o terrorista e o portador de doenças que produzem abjeção são outras tantas figuras que confirmam o caráter biopolítico das sociedades contemporâneas, democráticas ou autoritárias: eles constituem o elemento que não pode ser incluído no todo de que formam parte e o que não pode pertencer ao conjunto em que já está incluído. A sociedade é o espaço de politização da vida enquanto mera vida nua entregue ao sacrifício, enquanto vida matável, supérflua, descartável; espaço de exceção que escapa ao direito formal constituído, muito embora não seja uma pura exterioridade em relação ao direito (AGAMBEN, 2004).

Neste estudo, muitas mulheres relataram ter sido vítimas de tentativas de homicídio pelos companheiros, em situações de violência ascendente, em que o fato de serem portadoras de HIV/aids foi um agravante. A *necropolítica de gênero*, resultante da biopolítica e do fascismo social de gênero combinados e baseados na desigualdade social, constitui o ponto final desta política letal na qual alguns corpos são vulneráveis à exclusão, à instrumentalização e à morte. A necropolítica também está ancorada em sistemas de estratificação que geram biopoder a partir da noção de soberania, na capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é descartável e quem pode ser preservado (CASPER; MOORE, 2009; MBEMBE, 2003; SAGOT, 2013; 2000).

Considera-se então que a agudização da epidemia de aids em mulheres é um tipo de feminicídio resultante da necropolítica de gênero, em uma sociedade que produz uma instrumentalização generalizada sobre corpos femininos disponibilizados no

mercado do sexo, despidos de direitos e fragilizados pela violência sexual e pela prostituição forçada. A necropolítica de gênero leva a um regime de terror e morte para ambos os sexos. Para as mulheres, o feminicídio é a pena capital que cumpre a função de subjugar-las e, como expressão direta da necropolítica de gênero, tem o objetivo de obrigá-las a aceitar as regras e o *status* masculino (RADFORD; RUSSELL, 1992). Feminicídio também pode ser a morte de mulheres por HIV/aids resultante de ausência ou fragmentação do cuidado, do não fornecimento de medicação e do uso de parâmetros biomédicos inadequados. Significa tratar a mulher apenas nos aspectos biológicos, descurando da integralidade do cuidado.

O feminicídio é um tipo de crime que objetiva aterrorizar as mulheres e manter o poder masculino e, por meio desta política sexual letal, fazer com que elas interiorizem a ameaça e a mensagem de dominação (MENEGHEL, 2011; RADFORD; RUSSELL, 1992; SAGOT, 2000). O feminicídio, embora não consumado neste grupo de mulheres que ouvimos, pode ocorrer, quando elas são deixadas morrer com HIV/aids, como na África e em alguns contextos pobres e periféricos brasileiros onde está acontecendo um verdadeiro genocídio pela doença, as prevalências são maiores no sexo feminino e a doença é diagnosticada tardiamente.

A necropolítica de gênero não gera efeitos similares em todas as mulheres, e embora esta violência letal possa atingir quaisquer classes, grupos étnicos ou geracionais, acontece preferentemente em mulheres jovens, pobres e não brancas. Algumas estão mais expostas à morte por estar em relações íntimas e posições sociais mais vulneráveis, e vivem com uma condição que pode servir como justificativa para o feminicídio (SAGOT, 2013).

A necropolítica de gênero atua em contextos de exceção e autoritarismo, em que a vida humana perde valor, há ruptura com a ordem democrática, gerando conflitos e instabilidade política. Ocorre na vigência do patriarcado, um sistema hierárquico de poder em que os homens controlam as mulheres, usando a violência como mecanismo de subordinação e penalização por infração das normas, em que as mulheres são tratadas como propriedade, podendo até ser mortas se desafiam este pressuposto. Para vigorar este regime, se requer a existência de altos níveis de tolerância da sociedade à violência contra as mulheres, em particular contra as mais vulneráveis por

razões de classe, raça, idade, migração ou por viverem com HIV/aids (CASPER; MOORE, 2009; MBEMBE, 2003; SAGOT, 2013).

O funcionamento do Estado no contemporâneo indica que o modo de governo ancorado na biopolítica está voltado, cada vez mais, para o estado de exceção que vem se tornando a regra, tanto pela multiplicação das ocasiões em que é declarado quanto pela sua duração. Em outras palavras, cada vez mais vem se tornando tênue e instável a linha divisória que marca a fronteira entre a vida qualificada (*bios politikos*), a vida que merece ser vivida e, portanto, protegida e cuidada, e a mera vida (*zoe*), a vida nua desprovida de garantias e exposta à morte (AGAMBEN, 2004). Assim, as mulheres com HIV/aids, cada vez mais constituem um grupo de “vidas nuas”, marcadas pela pauperização, feminização e racialização da epidemia, superpondo as vulnerabilidades de cada um destes segmentos e mostrando que não se pode isolar um do outro, ou tratar a doença apenas em seus aspectos biológicos.



LEVASSEUR (2015)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese foram estudadas narrativas de mulheres com HIV/aids em situação de violência de gênero, buscando compreender como se constituíram suas trajetórias de vida em uma cidade do interior do país onde vigora o sistema econômico capitalista agrário e ideologias conservadoras com acentuado conservadorismo nas relações familiares e sociais, incluindo machismo, misoginia e racismo. O problema de pesquisa propiciou uma reflexão complexa, já que foram explorados muitos referenciais e categorias, das quais acreditamos ter apenas nos aproximado. Além do mais, a perspectiva qualitativa do estudo não permite afirmações conclusivas, mas abre espaço para produzir novas reflexões.

Consideramos desafiador investigar as duas temáticas da pesquisa entrelaçadas: a *violência de gênero* e o *HIV/aids* em mulheres. O envolvimento com o tema foi tal que este texto tornou-se também uma pesquisa-denúncia, na medida em que foram sendo descortinados e desvelados abusos e violações que incidem sobre estas mulheres, ainda pouco visibilizados pela sociedade e pelos profissionais de saúde. Também foi desafiador percorrer novos caminhos de pesquisa, já que esta é uma problemática recente no campo da saúde, pois não foram encontrados estudos que abordem estes temas sob a perspectiva crítica de gênero e do fascismo social.

Esta pesquisa dá seguimento a outros estudos já realizados na trajetória acadêmica do pesquisador e do grupo de pesquisa, produzidos a partir do engajamento pessoal e profissional dos autores, que militam por uma sociedade mais justa, igualitária e equânime. As narrativas das vidas das mulheres ouvidas neste estudo desvelaram o contexto social e cultural do local onde vivem, pois a identidade social das mulheres é produzida a partir das interações que mantêm com a sociedade, onde são exercidas relações de poder, onde sofrem com imperativos hegemônicos e onde circulam as ideologias que mantêm as desigualdades de gênero, raça e classe social.

As características culturais de um município do interior do Rio Grande do Sul, moldadas pela dominação patriarcal, pelo capitalismo agrário, pelas desigualdades raciais e pela hipervalorização da cultura gaúcha, formam um “mosaico” de situações que mantêm a submissão da mulher. Uma sociedade pensada para os homens e pelos homens que contribui para produzir iniquidades que oprimem as vidas femininas, imersas na pobreza,

nas desigualdades sociais e discriminações.

As mulheres que ouvimos representam um grupo semelhante quanto às características individuais e, além de possuírem histórias de vida marcadas pela violência de gênero, enfrentaram situações de discriminação, representadas pelo preconceito e estigmatização. A maioria era negra, jovem, solteira, desempregada ou inserida precariamente no mundo do trabalho. Todas eram pobres e possuíam baixa escolaridade, várias exerceram ou exerciam a prostituição no momento da pesquisa e muitas se contaminaram pelo companheiro, que não sabia ou não havia contado para elas acerca do HIV.

As trajetórias de vida foram marcadas por violências de todo o tipo: psicológicas, físicas, sexuais, patrimoniais. Em um contexto marcado pela desigualdade de gênero, elas experimentaram muitas vulnerabilidades ao HIV/aids, incluindo o início precoce e indesejado das relações sexuais, pouca autonomia para as decisões referentes ao sexo e dificuldade para romper com relacionamentos abusivos. Elas viveram uma vida de faltas de acesso a bens, serviços e direitos fundamentais e, embora estivessem sendo atendidas no SAE, onde consideraram estar recebendo um bom atendimento, os profissionais limitavam-se a tratar a doença.

As mulheres entrevistadas eram negras, pobres e sofriam violências decorrentes das desigualdades entre os sexos. Este perfil levou a escolher um referencial teórico que contemplasse a relação entre raça, classe social e gênero, entendendo que estes diferentes marcadores sociais produzem efeitos sinérgicos na vida das mulheres. Portanto, esse estudo reforça a ideia de que o capitalismo, o patriarcado e o racismo produzem vulnerabilidades ao HIV/aids e às violências, contribuindo para a precarização da vida das mulheres e para a pauperização, feminização e racialização da epidemia.

A vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV/aids remete ao fato de serem consideradas a *carne mais barata do mercado* (WERNECK, 2001) havendo dificuldades em terem assegurados os direitos civis e sociais. Além disso, possuem menor acesso aos serviços de saúde, sofrem racismo e relataram, assim como as brancas, a falta de autonomia para negociar sexo seguro. São discriminadas em decorrência da cor da pele e por viverem uma doença estigmatizada na sociedade, além de sofrerem com a manutenção de estereótipos específicos imputados às mulheres negras, referentes à hipersexualidade e

à erotização que leva a serem consideradas meros objetos e ao aumento da exploração (JACCOUD, 2009).

As condições de pobreza das mulheres investigadas dificultam o exercício da cidadania e o protagonismo feminino, pois elas se tornam dependentes economicamente dos homens. A pobreza levou-as a casamentos precipitados, a migração para procurar trabalho e melhores condições e vida. Devido à baixa escolaridade e qualificação, elas ocuparam apenas postos de trabalho precários, informais e desvalorizados e muitas precisaram prostituir-se para garantir as necessidades básicas. Todas elas sofreram discriminações, agudizadas pelo fato de serem portadoras de HIV/aids, indicando que os contextos socioeconômicos de pobreza e miséria aumentam a vulnerabilidade ao HIV/aids e pioram a vida das que adquirem a doença.

O fato de ser mulher significa estar na escala inferior da hierarquia social de gênero, no caso das narradoras, elas foram oprimidas e exploradas, como afirmava Helieth Saffiotti, sofrendo uma série de iniquidades ao longo da vida. Desempenharam papéis de gênero tradicionais, casaram e engravidaram muito cedo, muitas para fugir de contextos familiares de abusos e violências, acreditando no *mito do amor romântico*. Referiram dificuldade em negociar sexo seguro e no exercício de uma sexualidade prazenteira, tiveram companheiros violentos que não se preocupavam em protegê-las e muitas foram contaminadas por eles.

Elas mantiveram segredo em relação ao HIV/aids, pois quando a rede familiar e comunitária sabe da doença, costuma responder com culpabilização, rechaço e estigmatização. Enfim, mulheres pobres, negras e com hiv/aids estão aprisionadas em uma sociedade de controle, que segue a cartilha do capitalismo racista e patriarcal.

Este estudo descortinou as condições de sofrimento, violências e discriminações em que vivem mulheres com HIV/aids em um município do interior do Rio Grande do Sul. São vidas precárias, descartáveis, sem valor, destituídas de desejos ou possibilidades, por isso consideramos adequado designar a elas o conceito de *vidas nuas*, elaborado por Giorgio Agamben.

Na divisão social entre os que têm as vidas protegidas (zoé) e os que têm as vidas matáveis (bios) há uma linha abissal, embora invisível, conforme o entendimento de Boaventura Santos. Essa linha, no contemporâneo, é mantida pelo fascismo social e pela biopolítica. Assim, tomamos o conceito de Boaventura, agregando a perspectiva de gênero

ao fascismo social, que denominamos então de fascismo social de gênero, que incide sobre a vida e a saúde das mulheres na etapa atual e apocalíptica do capitalismo patriarcal e racista, como denomina Rita Segato, podendo-se ainda constituir-se como necrófilo. Assim, a biopolítica cuida apenas de não deixá-las morrer, neste caso por HIV/aids, não importando a qualidade destas vidas, pois o Estado e a sociedade não possuem interesse em mitigar o sofrimento das mulheres.

Esta pesquisa não esgota a análise dessa problemática, sendo necessárias outras perspectivas para produzir conhecimento e propor estratégias de enfrentamento, tanto das violências quanto das dificuldades de viver com HIV/aids. É necessário identificar e agir diante das iniquidades de gênero, raça e classe social vigentes na sociedade que aprisionam as mulheres, principalmente as negras e pobres, ao mandato patriarcal.

Além do mais, é responsabilidade do Estado produzir Políticas Públicas realmente efetivas para o HIV/aids e para as violências. Políticas com amplitude para incluir determinantes sociais, principalmente no que concerne a gênero, raça e classe social. Por fim, os profissionais de saúde precisam olhar de modo atento e sensível às condições sociais das mulheres além do biológico, para cumprirem de fato o protagonismo de atores sociais na produção de cuidado integral, equânime e resolutivo às mulheres com HIV/aids.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, M. H. M. B. **A aventura (auto)biográfica: teoria e empiria**. Porto Alegre: Edipuc, 2004.
- AGAMBEN, G. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.
- ALBUQUERQUE, V. S.; MOCO, E. T. M.; BATISTA, C. S. Mulheres negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 63-74, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/07.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.
- ALMEIDA, R. Religião na Metrópole Paulista. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo v. 19, n. 56, p. 15-27, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v19n56/a02v1956.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.
- ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. Significação e metáfora na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Org.). **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.171-186.
- AMÂNCIO, L. Sexismo e racismo - dois exemplos de exclusão do outro. In: ARAÚJO, H. G.; SANTOS, P. M.; SEIXAS, P. C. **Nós e os outros: a exclusão em Portugal e na Europa**. Porto: SPAE, 1998.
- AMANN, D. M. Guantánamo. **Columbia Journal of Transnational Law**, New York, v. 42, n. 2, p. 263-348, Nov. 2004.
- AMORÓS, Célia. **Hacia una crítica de la razón patriarcal**. Barcelona: Anthoropos, 1991.
- ANARFI, J. Sexuality, migration and AIDS in Ghana: a socio-behavioral study. **Health Transition Review**, Camberra, v. 3, n. 1, p. 45-67, 1993.
- ANDERSEN, M. **Thinking about women: sociological perspectives on sex and gender**. New York: Macmillan Publishing, 1997.
- ANDREFF, W. Evénementiel sportif, impact économique et régulation. In: DESBORDES, M.; RICHELIEU, A. **Néomarketing du sport, Regards croisés entre Europe et Amérique du Nord**. Bruxelles: Boeck, 2001.
- ANJOS, J. C. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p.97-119.

ANTELME, R. **L'espèce humaine**. Paris: Gallimard, 2013.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.

ARANGO, L. Família, trabajo e identidad de género. Analogias y contrastes entre dos categorías socioprofesionales en América Latina. In: ABRAMO, L.; ABREU, A. **Gênero e trabalho na sociologia latino-americana**. São Paulo: ALAST, 1998.

ARAUJO, C. L. F. et al. Os centros de testagem e aconselhamento (CTA) no município do Rio de Janeiro e o acesso ao diagnóstico do HIV entre a população negra: uma análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 85-95, dez. 2010.

ARCHAVANITKUL, K.; GUEST, P. Migration and the commercial sex sector in Thailand. **Health Transition Review**, Camberra, v. 4, p. 273-295, Oct. 1994.

ARENDT, H. **A condição humana**. Chicago: University of Chicago, 1958.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Métodos controlados pelas mulheres**. Rio de Janeiro: Abia, 1999.

ATKINSON, R.; BLANDY, S. International perspectives on the new enclavism and the rise of gated communities. **Housing Studies**, London, v. 20, n. 2, p. 177-186, Aug. 2005.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 6, p. 63-72, out. 2001.

_____. FRANÇA, J. R. I.; CALAZANS, G.; SALETTI-FILHO, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: UERJ, 1999. p. 49-72.

_____. FRANÇA-JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI-FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D.; Freitas, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

_____. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes**: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição, 1996.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3; p. 101-112, set. 2008.

BANDEIRA, L. **Fortalecimento da Secretaria de Políticas para as Mulheres**: avançar na transversalidade de gênero nas políticas públicas. Brasília: CEPAL, 2005.

BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado: poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. 1. ed. São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 73-88.

BARKER, G.; LOWENSTEIN, I. Where the boys are: attitudes related to masculinity, fatherhood and violence towards women among low income adolescent and young adult males in Rio de Janeiro, Brazil. **Youth e Society**, Michigan, v. 29, n. 2, p.166-196, set. 1997.

BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 365-732, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200015>. Acesso em: 15 mai. 2015.

BARROS, S.; Oliveira, M. A. F.; Silva, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 815-819, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. sup. 1, p. 65-76, jan. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700006>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 630-636, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003>. Acesso em: 10 set. 2016.

BECKERMAN, M. **Geração T.E.E.N.**: Transei e Esqueci o Nome. 1. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

BEDDOLA, L. G. Studying inequality: race, class, gender and sexuality. In: Consulado Geral dos Estados Unidos da América no Rio de Janeiro, organizador. **A intersecção das desigualdades de raça e gênero**: implicações para as políticas públicas e os direitos humanos. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal/Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher/ Consulado Geral dos Estados Unidos da América no Rio de Janeiro, 2004. p. 1-22.

BENJAMIN, W. O Narrador. In: BENJAMIN, W.; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. **Textos escolhidos**. 1. ed. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1975.

BERLINGUER, G.; GARRAFA, V. **Mercado humano**: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo. 1. ed. Brasília: Editora UnB, 1996.

BLACKWELL, M.; NABER, N. Interseccionalidade em uma era de globalização. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 189-198, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11637.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

BOLTANSKI, L. **El amor y la justicia como competências**: Tres ensayos de sociología de la acción. 1. ed. Buenos Aires: Editora Reviews, 2000.

BORN, C. Gênero, trajetória de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 1, n. 5, p. 240-265, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222001000100011>. Acesso em: 7 ago. 2016.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Razões Práticas**: sobre a teoria da ação. 1. ed. Campinas: Papyrus, 1996.

BRASIL. **LEI MARIA DA PENHA**. Lei N.º11.340, de 7 de Agosto de 2006. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília. - n. 1, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília. Ano III, n. 1, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS e DST**. Brasília, v. 6, n. 1, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS e DST**. Brasília, v. 6, n. 1, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde Duplica Distribuição de Preservativos Femininos**. Releases da CN-DST/AIDS. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2007.

_____. **Política Brasileira de enfrentamento da aids**: resultados, avanços e perspectivas. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2012.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 9-19, Feb. 2005.

BRYCE, J.; EI ARIFEEN, S.; PARKYO, G.; LANATA, C.; GWATIKIN, D.; HABICHT, J.P. Reducing child mortality: can public health deliver? **Lancet**, London, v. 362, n. 9378, p. 159-164, Jul. 2003.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BYRON, T. **Safer Children in a Digital World: The Report of the Byron Review** Byron Review. 1. ed. Nottingham: DCSF Publications, 2008.

CAMARGO, B. V. Relações Amorosas, Comportamento Sexual e Vulnerabilidade de Adolescentes Afrodescendentes e Brancos em Relação ao HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 36-50, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600005>.

Acesso em: 12 set. 2016.

CAMARGO-JÚNIOR, K. R. **As ciências da Aids & a Aids das ciências: o discurso médico e a construção da Aids**. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

CAMPBELL, T. Poverty as a violation of Human Rights: Inhumanity or Injustice? In: POGGE, T. **Freedom from poverty as a human right: Who owes what to the very poor?**. Oxford: Oxford University Press, 2007. p. 15-30.

CAMPOS, C.H. **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

CAMPOS, C. S. S. **A Face Feminina da Pobreza Em Meio à Riqueza do Agronegócio**. 1. ed. São Paulo: Editora Clacso Livros, 2011.

CARCEDO, A. **No ouvidamos ni aceptamos: Femicídio em Centro América 200-2006**. 1. ed. San José: Asociación Centro Feminista de Información y Acción, 2010.

CARNEIRO, S. A. A Batalha de Durban. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 209-214, set. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11639>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

_____. **A Construção do Outro como Não-Ser como Fundamento do Ser**. 2005. 339 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CAROVANO, K. More than Mothers and Whores: redefining the AIDS Prevention Needs of women. **International Journal of Health Services**, Estados Unidos, v. 1, n. 1, p. 131-142, Sep.1991.

CARVALHO, J. A. **O amor que rouba os sonhos: Um estudo sobre a exposição feminina ao HIV**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CARVALHO, M. E. P. **Family-school relations: a critique of parental involvement in schooling**. 1. ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.

CASPER, M. J.; MOORE, L. J. **Missing bodies: The politics of visibility**. 1. ed. New York: New York University Press, 2009.

CASTELLS, M. **A Era da Informação: A Sociedade em Rede**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. **The Information Age**. 3. ed. Oxford: Blackwell, 1998.

_____. **The Internet Galaxy, Reflections on the Internet, Business and Society**. 1. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.

_____. **The Network Society: A Cross-Cultural Perspective**. 2. ed. Cheltenham: Edward Elgar, 2004.

_____. HIMANEN, P. **The Information Society and the Welfare State: The Finnish Model**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2002.

CAVALCANTE, L.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CAVALLEIRO, E. **Racismo e anti-racismo na educação: repensando nossa escola**. 1. ed. São Paulo: Summus, 2001.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **HIV/AIDS surveillance report**. 1. ed. Atlanta: Department of Health and Human Services Public Health Service, 2001.

CECCON, R. F. **Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S.N. HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 37, n. 4/5, mai. 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a15.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S.N.; HIRAKATA, V.N. Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 758–765, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000500758&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2016.

COLLINS, P.H. **Black Feminist Thought: knowledge, consciousness and the politics of empowerment**. 1. ed. Nova York: Routledge, 2000.

COSTA, C. L. O sujeito no feminismo: revisitando os debates. **Cadernos Pagú**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 59-90, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n19/n19a04.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

COSTA, J. S. F. Balint e amor. In: BIANCO, A. C. **Cultura da Ilusão**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998. p. 37-65.

COUTO, M.T. **Saúde da população masculina na atenção primária: Tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP)**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2009.

COYLE, K.; BASEN-ENGQUIST, K.; KIRBY, D.; PARCEL, G.; BANSPACH, S.; COLLINS, J.; BAUMLER, E.; CARVAJAL, S.; HARRIST, R. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. **Public Health Report**, Washington, v. 116, n. 1, p. 82–93, Jan. 2011.

CRAIG, D.; PORTES, D. The third way and the third world: poverty reduction and social inclusion strategies in the rise of 'inclusive' liberalism. **Rev. of Int. Pol. Eco.**, v. 12, n. 2, p. 226–263, Sep. 2005.

CRENSHAW K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 20, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2016.

CUNHA, E. M. G. P. Infant mortality and race: the differences of inequality. In: HOGAN, D. J. **Population change in Brazil: contemporary perspectives**. 1. ed. Campinas: Núcleo de Estudos da População, 2001. p. 333-336.

D'OLIVEIRA, A. F. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. 2000. 286 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DANIEL, H.; PARKER, R. **Aids: A Terceira Epidemia**. 1. ed. São Paulo: Iglu, 1991.

DEATON, A. Health, Inequality, and Economic Development. **Journal of Economic Literature**, Estados Unidos, v. 41, n. 1, p. 113–158, Out. 2003.

DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência de Gênero, novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100011>. Acesso em: 15 set. 2016.

DECOSAS, J.; KANE, F.; ANARFI, J. K.; SODJI, K. D.; WAGNER, H. U. Migration and AIDS. **Lancet**, London, v. 346, no. 1, p. 826-828, Sep. 1995.

DEVRIES K, WATTS C, YOSHIHAMA M, KISS L, SCHRAIBER LB, DEYESSA N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Social Science Medicine**, London, v. 73, n. 1, p. 79–86, Out. 2011.

DINKELMAN, T.; LAM, D.; LEIBBRANDT, M. Household and community income, economic shocks and risky sexual behavior of young adults: evidence from the Cape Area Panel Study 2002 and 2005. **AIDS**, London, v. 21, n. 7, p. 49–56, Jan. 2007.

DOMENACH, J. M. La violencia. In: JOXE, A. **La Violencia y sus Causas**. 2. ed. Paris: Unesco, 1981. p. 33-45.

DONALD, J.; RATTANSI, A.I. **Race, culture & difference**. 1. ed. London: Sage, 1992.

DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**. 1 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.

EDLEY, N. Analysing masculinity: interpretative repertoires, ideological dilemmas and subject positions. In: WETHERELL, M.; TAYLOR, S.; YATES, S. **Discourse as data: a guide for analysis**. 2. ed. London: Sage, 2001. p. 189-228.

EICHLER, M. **Nonsexist research methods: A Practical guide**. 2. ed. Winchester: Allen & Unwin, 1988.

EISENSTEIN, Z. **Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism**. Nova Iorque e Londres: Monthly Review Press, 1979.

ELIAS, C.; HEISE, L. Challenges for the development of the female-controlled vaginal microbicides. **AIDS**, London, v. 8, n. 2, p. 1-9, Sep.1994.

ELLSBERG, M. **Confites en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua**. 1. ed. Leon: Umea University, 1998.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FAO. **O estado da Segurança alimentar e nutricional no Brasil: um retrato multidimensional**. Relatório Multidimensional. 1. ed. Brasília: FAO, 2014.

FARMER, P. **AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame**. 1. ed. Berkeley: University of California Press, 1992.

_____. **Infections and Inequalities**. 1. ed. Berkeley: University of California Press, 1999.

_____. Social inequalities and emerging infectious diseases. **Emergent Infectious Diseases**, Atlanta, v. 2, n. 4, p. 259-269, Dec.1996.

FARMER, P.; CONNORS, M.; SIMMONS, J. **Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence**. 1. ed. Monroe: Common Courage Press, 1996.

FENEMIAS, M.L. Poder y violencia sobre el cuerpo de las mujeres. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 42-65, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/04.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2016.

FERNANDES, J. V.; RODRIGUES, S. H. L.; COSTA, Y. G. A. S.; et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 851-858, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500015>. Acesso em: 15 out. 2016.

FERRANTI, D. **Inequality in Latin America and the Caribbean: breaking with history?** 1. ed. Washington: World Bank, 2003.

FONSECA, M. G.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia da AIDS no Brasil, 1989-1997. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2 p. 678-685, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700004>. Acesso em: 10 out. 2016.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450-459, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400012>. Acesso em: 18 set. 2016.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. 1. ed. Rio de Janeiro: Gallimard,1976.

_____. **Nascimento da clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FRAISSE, G. Entre igualdade e liberdade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 164-171, jan. 1995.

FRASER, N. Redistribuição ou reconhecimento? Classe e status na sociedade contemporânea. **Revista intersecções**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, jan. 2001.

FRY, P. **A persistência da raça**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: agenda de construção de uma epidemia**. 1. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

GARBIN, A. S.; QUEIROZ, C. D. G.; ROVIDA, A. S. R. A violência familiar sofrida na infância: Uma investigação com adolescentes. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 107-118, abr. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2012v18n1p107/4152>>. Acesso em: 18 set. 2016.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M.D. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 9-20, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003>. Acesso em: 19 set. 2016.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H.A; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS, C.H. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, London, v. 368, n. 9543, p.1260–1269, Jan. 2006.

GELLES, R. J.; CORNELL, C. P. **Intimate violence in families**. 2. ed. London: SAGE, 1985.

GERGEN, K. J.; GERGEN, M. M. Narrative from and the construction of psychological science. In: SARBIN, E. **Narrative psychology: the storied nature of conduct**. 1. ed. New York: Praeger, 1986. p. 3-21.

GERGEN, K.J. **An invitation to social construction**. 2. ed. Londres: Sage, 1999.

GIFFIN, K. Beyond empowerment: heterosexualities and the prevention of AIDS. **Social Science Medicine**, London, v. 46, n. 30, p.151-156, Feb.1998.

GIFFIN, K.; DANTAS-BERGER, S. M. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: TAQUETTE, S. R. **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2007. p. 55-60.

GILLIAN, A.; GILLIAN, O. Negociando a Subjetividade de Mulata no Brasil. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 525-543, set.1995. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16471/15041>>. Acesso em: 18 set. 2016.

GLON, J. C. Good fences make good neighbors: national security and terrorism - time to fence in our Southern border. **Indiana International & Comparative Law Review**, New York, v. 15, n. 2, p. 349-388, Feb. 2005.

GOFMMAN, E. **Stigma: notes on the management of spoiled identity**. 4. ed. Prentice-Hall: Touchstone Books, 1963.

GOLDSTEIN, D. **Laughter Out of Place: Race, Class, Violence, and Sexuality in a Rio Shantytown**. 2. ed. Berkeley: University of California Press, 2003.

GOTTERT, A.; BARRINGTON, C.; PETTIFOR, A.; MCNAUGHTON-REYES, H.; MAMAN, S.; MACPHAIL, C. et al. Measuring Men's Gender Norms and Gender Role Conflict/Stress in a High HIV-Prevalence South African Setting. **AIDS and Behavior**, New York, v. 20, n. 8, p. 1785-1795, Aug. 2016.

GREGORI, M. F. **Prazeres perigosos: erotismo, gênero e limites da sexualidade**. 1. ed. Campinas: Editora Companhia das Letras, 2010.

GROSSI, M. O significado da violência nas relações de gênero no Brasil. **Sexualidade, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 473-483, jan. 1995.

GROSSI, P. K.; TAVARES, F.; OLIVEIRA, S. B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 14, n. 3, p. 267-280, Sep. 2008.

GRUSKY, D. **Social stratification: class, race, and gender in sociological perspective**. 2. ed. Boulder: Westview Press, 1994.

GUIMARÃES, A.S. Democracia racial: o ideal, o pacto e o mito. **Revista Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, v. 1, n. 61, p. 147-162, nov. 2001.

GUIMARÃES, N. Desafios da equidade: reestruturação de gênero e raça no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 17, n. 18, p. 237-266, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a09.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

GUPTA, G. R.; WEISS, E. Women's lives and sex: Implications for AIDS prevention. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, Boston, v. 17, n. 4, p. 399-412, Dec. 1993.

HABERMAS, J. **O conceito de poder de Hannah Arendt**. 1. ed. São Paulo: Ática, 1980.

HARDING, S. **The science question in feminism**. 1. ed. Ithaca: Cornell University, 1986.

_____. **Feminism and methodology**. 1. ed. Indiana: Indiana University, 1987.

HARGREAVES, J. R.; BONELL, C. P.; MORISON, L. A.; KIM, J. C.; PHETLA, G.; PORTER, J. D.; WATTS, C.; PRONYK, P. M. Explaining continued high HIV prevalence in South Africa: socioeconomic factors, HIV incidence and sexual behaviour change among a rural cohort, 2001-2004. **AIDS**, London, v. 21, n. 7, p. 39-48, Dec. 2007.

HARGREAVES, J. R.; MORISON, L. A.; KIM, J. C.; BONELL, C. P.; PORTER, J. D. H.; WATTS, C.; BUSZA, J.; PRONYK, P. M.; PHETLA, G. The association between school attendance, HIV infection and sexual behaviour among young people in rural South Africa. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 62, no. 2, p. 113-119, Feb. 2008.

HARLING, G.; TSAI, A. C.; SUBRAMANIAN, S. V. Intimate partner violence and HIV: embracing complexity. **Lancet Glob Health**, London, v. 3, n. 6, p. 313-314, Jun. 2015.

HARTMANN, H. Capitalism, Patriarchy, and Job Segregation by Sex. **Spring**, London, v. 1, n. 3, p. 137-169, Jan. 1979.

HASENBALG, C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. **Raça, ciência e sociedade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro Cultural Banco do Brasil, 1996. p. 235-249.

HATCHER, A. M.; SMOUT, E. M.; TURAN, J. M.; STÖCKL, H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. **AIDS**, London, v. 29, n. 16, p. 2183-2194, Oct. 2015.

HAYASHI, H.D.; PATTERSON, T.L.; SEMPLE, S.J.; FUJIMOTO, K.; STOCKMAN, J.K. Risk Factors for Recent Intimate Partner Violence among Methamphetamine-Using Men and Women. **Journal Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 48, n. 2, p. 135-145, Apr. 2016.

HAYES, N.C. "Dying is dying, that's all": Structural violence and cultural projects in Malawian AIDS proverbs. **Africa Journal AIDS Research**, Grahamstown, v. 14, n. 3, p. 229-237, Aug. 2015.

HEBLING, E. M.; GUIMARÃES, I. R. F. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1211-1218, set. 2004. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/csp/v20n5/14.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

HEILBORN, M. L. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. **Cadernos Cepia nº 5**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 73-92, dez. 2002.

_____. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; MARA, H.A.G. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 197-208.

_____. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 13-45, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100002>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Violência e mulher. In: VELHO, G; ALVITO, M. **Cidadania e violência**. 1. ed. Rio de Janeiro: UFRJ/FGV, 1996. p. 89- 98.

HEILMAN, B.; STICH, S. **Revising the Script Taking Community Mobilization To Scale For Gender Equality**. 1. ed. London: International Center for Research on Women, 2016.

HEISE, L. **Violence against women**. The hidden health burden. 2. ed. Washington: The international Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, 1994.

HEISE, L.; ELIAS, C. Transforming AIDS prevention to meet women's needs: A focus on developing countries. **Social Science and Medicine**, London, v. 40, n. 7, p. 931-943, Apr. 1995.

HELD, B. The many truths of postmodernist discourse. **Journal of Theoretical e Philosophical Psychology**, Washington, v. 18, n. 2, p. 193-217, Apr. 1998.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público: A AIDS em seis jornais franceses. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 2, n. sup., p. 7-35, jan. 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a05.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. 1. ed. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.

HOOKS, B. Intelectuais Negras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 454-478, fev. 1995. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16465/15035>>. Acesso em: 13 set. 2016.

IBGE. BRASIL. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 de agosto de 2016.

ÍÑIGUEZ, L. **Análisis del discurso – Manual para las ciencias sociales**. 2. ed. Barcelona: Editorial UOC, 2004.

_____. El llenguatge en les ciències socials. In: ÍÑIGUEZ, L. **El llenguatge en les ciències humanes i socials**. 1. ed. Barcelona, España: Universitat Oberta de Catalunya, 2001.

_____. La psicología social en la encrucijada postcons-truccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: XII Encontro Nacional da ABRAPSO, n. 12, 2003, Porto Alegre, RS. **Anais do XII Encontro Nacional da ABRAPSO**, Porto Alegre: ABRAPSO, 2003. p. 1-15.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida**. 1. ed. São Paulo: IPG, 2003.

JACCOUD, L. B.; BEGHIN, N. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. 1. ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002.

JACCOUD, L. B. Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à promoção de uma política de igualdade racial. In: JACCOUD, L. **A construção de uma política de promoção da igualdade racial**. 1. ed. Brasília: Ipea, 2009.

JEWES, R. K.; DUNKLE, K.; NDUNA, M.; SHAI, N. Intimate partner violence, relationship k power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study.

Lancet, London, v. 376, n. 9734, p. 41–8, Feb. 2010.

JOHNSON, A. G. **The Blackwell Dictionary of Sociology: A User's Guide to Sociological Language**. 2. ed. Estados Unidos: Wiley-Blackwell, 2000.

_____. **The gender knot – unraveling our patriarchal legacy**. 2. ed. Filadélfia: Temple University Press, 1997.

JONES, E. Feminismo e terapia de família: Os casamentos complicados podem dar certo? In: PERELBERG, R. J.; MILLER, A. C. **Os sexos e o poder nas famílias**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 75-93.

KELLER, E. F. O paradoxo da subjetividade científica. In: SCHNITMAN, D. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 93-111.

_____. **Reflections on gender and science**. 2. ed. New Haven: Yale University, 1985.

KERGOAT, D. Em defesa de uma sociologia das relações sociais. In: KERGOAT, D. **O sexo do Trabalho**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

KOLLONTAI, A. **A nova mulher e a moral sexual**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

KRENISKE, J. AIDS in the Dominican Republic: Anthropological reflections on the social nature of disease. In: BOND, G.C.; KRENISKE, J; SUSSER, I.; VINCENT, J. **AIDS in Africa and the Caribbean**. 2. ed. Boulder: Westview Press, 1997. p. 33-50.

KRIEGER, N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. **American Journal of Public Health**, New York, v. 93, n. 2, p. 194-199, Feb. 2003.

KRIEGER, N.; ROWLWY, D. L.; HERMAN, A.A.; AVERY, B.; PHILLIPS, M. T. Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease and wellbeing. **American Journal Medicine**; v. 9, no. 2, p. 82-122, Dec.1993.

LAPOUJADE, D. **Textes et entretiens 1953-1974: Gilles Deleuze. L'Île déserte et autres textes**. 2. ed. Paris: Éditions de Minuit, 2002.

LARROSA, J. **Déjame que te cuente: ensayos sobre narrative y educación**. 2. ed. Barcelona: Laertes, 1995.

LARVIE, P. Homophobia and the ethnoscape of sex work in Rio de Janeiro. In: HERDT, G. **Sexual Culture and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives**. 1. ed. Oxford: Clarendon, 1997. p.143-164.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado; a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 151-178.

LAVALLE, C. T. **Paridad es la meta: mujeres en los ayuntamientos de Quintana Roo, 1975-2010**. 1. ed. México: Instituto Nacional de las Mujeres, 2010.

LEAL, O. M. F. **The gauchos: male culture and identity in the pampas**. 1989. 210 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - University of California, Califórnia, 1989.

LEGRAND, S.; REIF, S.; SULLIVAN, K.; MURRAY, K.; BARLOW, M.L; WHETTEN, K. A Review of Recent Literature on Trauma Among Individuals Living with HIV. **Curr. HIV/AIDS Rep.**, Philadelphia, v. 12, n. 4, p. 397-405, Dec. 2015.

LERNER, G. **Definitions: The Creation of Patriarchy**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 1986.

_____. **The creation of patriarchy**. 1. ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 1986.

LESSA, S. **Abaixo à família monogâmica!** 2. ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LEVASSEUR, A. **Alexandra Levasseur** © 2015. Disponível em: <<http://alexandrolevasseur.com/>>. Acesso em: 25 set. 2016.

LIPSZYC, C. **Prostitución o esclavitud sexual?** 2. ed. Lima: CLADEM, 2003.

LOPES, F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.595-1.601, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034>. Acesso em: 07 out. 2016.

LOPES, L. M. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2283-2297, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202283>. Acesso em: 16 set. 2016.

LÓPEZ, L. C. Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 590-603, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300006>. Acesso em: 09 nov. 2016.

LOURO, G. L. O currículo e as diferenças sexuais e de gênero. In: COSTA, M. V. (Org.). **O currículo nos limiares do contemporâneo**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999. p. 85-92.

LOWY, Michael. **Ideologia e Ciência Social: Elementos Para Uma Análise Marxista**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

LUGARD, F. D. **The dual mandate in British tropical Africa**. 1. ed. Londres: W. Blackwood, 1929.

LUKE, N. Age and Economic Asymmetries in the Sexual Relationships of Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa. **Studies in Family Planning**, London, v. 34, n. 2, p.67-86, Feb. 2003.

LURIE, M. N.; WILLIAMS, B. G.; ZUMA, K.; MKAYA-MWAMBURI, D.; GARNETT, G.; STURM, A. W. The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. **Sex Transmision**, London, v. 30, n. 2, p. 149-156, Jul. 2003.

MACHADO, L.; GOMES, R.; XAVIER, E. Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava. **Inteligência**, v. 15, n. 1, p. 37-52, fev. 2001.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. **AIDS in the World II**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1996.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. W. **A AIDS no Mundo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993.

MARCONDES FILHO, C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 15 n. 2, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000200004>. Acesso em: 06 nov. 2016.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 41-65, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400003> Acesso em: 10 nov. 2016.

MARRE, J. História de Vida e método biográfico. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 55-88, fev. 1991.

MARTÍNES, D.H.; NAVARRETE, ML.; LORENZO, I.V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac. Sanit**, Barcelona, v. 23, n. 1, p. 280-286, Ago. 2009.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. D. Mulheres negras e mortalidade no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 27-38, fev. 2000.

MARTINS, R. B. **Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente**. 1. ed. Santiago do Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004.

MBEMBE, A. Necropolitics. **Public Culture Winter**, New York, v. 15, n. 1, p. 11-40, Jan. 2003.

MEHRA, R. The equity premium: why is it a puzzle? **Financial Analysts Journal**, Cambridge, v. 59, no. 1, p. 54-69, Feb. 2003.

MENEGHEL, S. N. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300015>. Acesso em: 15 set. 2016.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-574, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/1931.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

MENEGHEL, S. N.; IÑIGUEZ, L. Contadores de histórias – práticas discursivas e violência de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1815-1824, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800008>. Acesso em: 18 set. 2016.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** – reescrevendo o público. 1. ed. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998. p. 103-20.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, D. Corpo, violência e educação: uma abordagem de gênero. In: JUNQUEIRA, R. D. **Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. 1. ed. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2009. p. 213-234.

_____. Gênero e Educação: teoria e política. In: LOURO, L. G.; NECKEL, F. J.; GOELLNER, V. S. (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-27.

MICHAL-JOHNSON, P. The dark side: Barriers to changing high-risk behaviors. **AIDS and Public Policy**, v. 9, n. 1, p. 18-19, Aug. 1994.

MILLS, E. "When the skies fight": HIV, violence and pathways of precarity in South Africa. **Reprod Health Matters**, Bethesda, v. 24, n. 47, p. 85-95, May. 2016.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 13-22.

_____. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 375-383, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015>. Acesso em: 18 set. 2016.

_____. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl. 1, p. 7-18, jan. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002>. Acesso em: 19 set. 2016.

MIRANDA-RIBEIRO, P. Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 21-35, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600004>. Acesso em: 21 set. 2016.

MISHLER, E. Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. In: LOPES, L.P.M.; BASTOS, L.C. Eds. **Identidades**: recortes multi e interdisciplinares. 1. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2002. p.97-119.

_____. **Research interviewing**. Context and narrative. 1. ed. Cambridge: Harvard University Press, 1986.

_____. **Storylines**: craftartists' narratives of identity. 1. ed. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

MOHAMMADI, N.; KOCHAK, H.E.; GHARACHEH, M. The Lived Experience of Domestic Violence in Iranian HIV-Infected Women. **Global Journal Health Science**, Canadá, v. 7, n. 5, p. 43-50, Feb. 2015.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 7-20, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200002>. Acesso em: 15 set. 2016.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias, gênero e violências: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: STREY, A. J. **Violência, gênero e políticas públicas**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da PUCRS, 2004. p.149-176.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Understanding and preventing violence**. 1. ed. Washington: National Academy Press; 1993.

NEGRÃO, T. Feminismo no plural. In: TIBURI, M. M.; MENEZES, E. (Orgs.). **As mulheres e a filosofia**. 1. ed. São Leopoldo: UNISINOS, 2002. p. 271-280.

NEUHOUSER, K. Sources of women's power and status among the urban poor in contemporary Brazil. **Signs**, Chicago, v. 14, n. 3, p. 685-702, Aug. 1989.

NIETO, J. A. **Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género**. 2. ed. Barcelona: Bellaterra, 2008.

NOGUEIRA, C. Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 107-128, fev. 2001.

O'LEARY, S.; CHENEY, B.; Em que medida as mulheres correm risco? In: O'LEARY, S.; CHENEY, B. **A Tripla Ameaça: AIDS e Mulheres**, 1. ed. Rio de Janeiro: Dossiê Panos, 1993. p. 213- 234.

O'TOOLE L. L.; SCHIFFMAN J. R. **Gender Violence: Interdisciplinary Perspectives**. 1. ed. New York and London: New York University Press, 1997.

OCHS, E.; LISA CAPPS. **Living Narrative: creating lives in everyday storytelling**. 1. ed. Cambridge: Harvard University Press, 2001.

OEA. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: Convenção de Belém do Pará**. 1. ed. São Paulo, CLADEM/IPÊ, 1996.

OJIKUTU, B. O.; PATHAK, S.; SRITHANAVIBOONCHAI, K.; LIMBADA, M.; FRIEDMAN, R.; LI, S; MIMIAGA, M. J. Community Cultural Norms, Stigma and Disclosure to Sexual Partners among Women Living with HIV in Thailand, Brazil and Zambia (HPTN 063). **PLoS One**, San Francisco, v. 11, n. 5, p. 1-15, May. 2016.

OKAREH, O. T.; AKPA, O. M.; OKUNLOLA, J. O.; OKOROR, T. A. Management of conflicts arising from disclosure of HIV status among married women in southwest Nigeria. **Health Care Women International**, Washington, v. 36, n. 2, p. 149-60, Jun. 2015.

OLINTO, M. T. A.; GALVÃO, L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: Estudos comparativos e planejamento de ações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 64-72, fev. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000100009>. Acesso em: 11 set. 2016.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: em exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1137-1142, ago. 2000. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n4/3618.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Oficina Regional para las Américas. 1. ed. Washington: OMS, 2002.

PADUA, I. M. SIDA, doença estigmatizante. **An. Fac. Med. Univ. Fed. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 35, n. 1, p. 22-7, jan. 1986.

PAIXÃO, M. **Desenvolvimento humano e relações raciais**. 1. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

PARKER, R. Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS. **AIDS**, London, v. 10, n. 3, p. 27-31, Dec. 1996.

_____. Migration, sexual subcultures, and HIV/AIDS in Brazil. In: HERDT, G. **Sexual Culture and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspective**. 1. ed. Oxford: Clarendon, 1997. p. 55-69.

_____. **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. The Global HIV/AIDS Pandemic, Structural Inequalities, and the Politics of International Health. **Am. J. Public Health**, New York, v. 92, n. 3, p. 343–347, Mar. 2002.

_____. The negotiation of difference: Male prostitution, bisexual behavior and HIV transmission in Brazil. In: DANIEL, H; PARKER, R. **Sexuality, Politics and AIDS in Brazil**. 1 ed. London: The Falmer Press, 1993. p. 85-96.

PARKER, R.; CAMARGO, J. R.; KENNETH, R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 89-102, ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700008>. Acesso em: 28 set. 2016.

PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1995.

PATEMAN, C. Críticas feministas a la dicotomía público/privado. In: CASTELLS, C **Perspectivas feministas en teoría política**. 1. ed. Barcelona: Paidós, 1996.

_____. **O contrato sexual**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PELBART, P. P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. 2. ed. São Paulo: Editora Iluminuras, 2011.

_____. Vida nua, vida besta, uma vida. **Trópico**, v. 1, n. 1, p.1-5, abr. 2007. Disponível em: <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

PERISTIANY, J. G.; J. PITT-RIVERS. **Honor and Grace in Anthropology**. 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

PIOT, P.; GREENER, R, RUSSELL, S. Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development. **PLoS Med.**, San Francisco, v. 4, n. 10, Oct. 2007.

PITANGUY, J.; MIRANDA, D. As mulheres e os direitos humanos. In: PUGLIA, J. **O progresso das mulheres no Brasil**. 2. ed. Brasília: ONU Mulheres, 2006. p. 14-31.

PITTA, A. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 35-60, abr. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901996000200004>. Acesso em: 18 set. 2016.

PLUMMER, F. A; SIMONSEN, J. N; CAMERON, D. W; NDINYA-ACHOLA, J. O. Cofactors in male to female transmission of HIV-1. **Journal Infect Dis.**, St. Paul, v. 74, n. 10, p. 233-239, Oct. 1991.

PORTELLI, A. Memória e diálogo: desafios da história oral para a ideologia do século XXI. In: ALBERTI, V., FERNANDES, T. M., FERREIRA, M. M. **História oral: desafios para o século XXI**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. P. 67-70.

PRÁ, J. R. Políticas de gênero, feminismo e novas institucionalidades. In: NAZZARI, R. K. **Temas de Ciência Política**. 1. ed. Cascavel: EDUNIOESTE, 2004. p. 223-243.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Informe sobre desarrollo humano: Derechos humanos y desarrollo humano**. 1. ed. Brasília: ONU, 2000.

PUTNAM, D. R. **Making democracy work: civic traditions in modern Italy**. 1. ed. Princeton: Princeton University Press, 1993.

RADFORD, J.; RUSSELL, D. E. H. **Femicide**. The politics of woman killing. 1. ed. New York: Twayne Publishers, 1992.

RAMOS, L.; VIEIRA, M. L. Determinantes da desigualdade de rendimentos no Brasil nos anos 90: discriminação, segmentação e heterogeneidade dos trabalhadores. In: HENRIQUES, R.; BARROS, A. **Desigualdade e pobreza no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000. p. 159-176.

RAO GUPTA, G. Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How. In: GEETA RAO GUPTA'S PLENARY PRESENTATION, n. 4, 2000, Canadá, **XIII International AIDS Conference**, Canadá: Canadian HIV/AIDS policy & law review, 2000. p. 86-93.

REIHLING, H. Rejeitar ou priorizar a vida? Ambiguidades da biopolítica da aids no Uruguai. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 1, p. 1159-1168, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700024>. Acesso em: 22 out. 2015.

RENESTO, H. M. F.; FALBO, A. R.; SOUZA, E.; VASCONCELOS, M. G. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 36-42, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0036.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

RIBEIRO, M. A.; OLIVEIRA, R. S. **Território, sexo e prazer: olhares sobre o fenômeno da prostituição da geografia brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2011.

RIESSMAN, C. K. **Narrative Analysis**. 1. ed. Newbury Park: Sage, 1993.

_____. **Narrative methods for the human sciences**. 2. ed. California: Sage, 2008.

ROCCO, S. Telling Tales and Making Excuses. **Feminism and Psychology**, New Zealand, v. 13, n. 4,1 p. 459-463, Aug. 2003.

ROHDEN, F. Para que Serve o Conceito de Honra, ainda hoje? **Campos**, Curitiba, v. 7, n. 2, p.101-120, ago. 2006. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/campos/article/view/7436/5330>>. Acesso em: 13 out. 2016.

ROMERO-DAZA, N.; HIMMELGREEN, D. More then money for your labor: Migration and the political economy of AIDS in Lesotho. In: SINGER, M. **The Political Economy of AIDS**, 1. ed. Amityville: Baywood Publishing Co, 1998. p. 185-204.

RONALD, A.R. Slowing heterosexual HIV transmission. **Infect. Dis. Clin. North. Am.**, Philadelphia, v. 9, no. 2, p. 287-296, Jun. 1995.

ROSEMBERG, F. **Educação infantil, classe, raça e gênero: notas preliminares**. 1. ed. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1995.

RUBIN, G. El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economia política' del sexo. **Nueva Antropología**, México, v. 8, no. 30, p. 95-145, Nov. 1986.

SAFFIOTI, H. I. B. **A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 1969.

_____. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A., GUERRA, V. N. de A. (Orgs.). **Crianças vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder**. 1. ed. São Paulo: Iglu, 1989. p. 13–21.

_____. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 115-136, set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2014.

_____. **O poder do Macho**. 2. ed. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

_____. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, M. (org.). **Violência em debate**. 1. ed. São Paulo, Editora Moderna, 1997. p.39-57.

_____. **Gênero, patriarcado e violência**. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, set. 1999.

_____. **A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade**. 1. ed. São Paulo: Livraria Quatro Artes Editora, 1979.

SAFFIOTI, H. I. B., ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero: poder e impotência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAGOT, M. R. El femicidio como necropolítica en Centroamérica. **Labrys, études féministes**, San Jose, v. 1, n. 1, Jul. 2013.

_____. Socialización de género, violencia y femicidio. **Revista Reflexiones**, Costa Rica, v. 41, no. 1, p. 17-26, Feb. 1995.

SAGOT, M. R.; CARCEDO, A. **La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina**. 1. ed. Estudios de caso en diez países. San José, Costa Rica: OPS/OMS, 2000.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C. Gênero, relações afetivas e aids no cotidiano da mulher soropositiva. In: SIDANET ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA. **O HIV no mundo lusófono**. 1. ed. Santarém: Normagrafe Lda., 2002. p. 35-47.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SANTOS, A. C. A violência contra a mulher e o mito do amor romântico. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 105-120, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1810/1065>>. Acesso em: 18 set. 2016.

SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. 2013. 334 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Os processos da globalização. In: SANTOS, B. S. **Globalização e ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-104.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos – CEBRAP**, São Paulo, v. 79, n. 1, p. 71-94, abr. 2007.

SANTOS, C. O.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2896-2905, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200011>. Acesso em: 05 mai. 2016.

SANTOS, N. J. S. A Aids no estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e as perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 286-310, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000300007>. Acesso em: 22 set. 2016.

SANTOS, N. J. S.; BARBOSA, R. M.; PINHO, A. A.; VILLELA, W. V.; AIDAR, T.; FILIPE, E. M. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. sup. 2, p. 321–332, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014>. Acesso em: 09 set. 2016.

SCHOEPF, B. G. Women at risk: Case studies from Zaire. In: HERDET, G; LINDENBAUM, S. **The Time of AIDS: Social Analysis, Theory and Method**. 1. ed. Beverly Hills: Sage Publications, 1992. p. 259-286.

_____. Gender relations and development: Political economy and culture. In: SEIDMAN, A.; ANANG, F. **Twenty-First Century Africa: Toward a New Vision of Self-Sustainable Development**. 1. ed. Trenton: Africa World Press, 1992.

SCHOEPF, B. G.; WALU, E.; RUKANGIRA, W. N.; PAYANZO, N.; SCHOEPF, C. Gender, power, and risk of AIDS in Central Africa. In: TURSHEN, M. **Women and Health in Africa**, 1. ed. Trenton: Africa World Press, 1991. p. 187-203.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 205-216, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/03.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A.P.L. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. **Interface - Comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 3, n. 5, p. 11-27, jan.1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000200003>. Acesso em: 25 abr. 2015.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JR, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A.P.; LUDERMIR, A.B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em duas regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[89102007000500014](#)>. Acesso em: 07 out. 2015.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C.R.S.; CASTILHO, E.A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 237-245, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v13n2/06.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2015.

SCHULKIND, J.; MBONYE, M.; WATTS, C.; SEELEY, J. The social context of gender-based violence, alcohol use and HIV risk among women involved in high-risk sexual behaviour and their intimate partners in Kampala, Uganda. **Cult. Health Sex**, London, v. 18, no. 7, p. 770-784, Jul. 2016.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 1-35, jan. 1990.

SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade**: uma ferramenta útil em seu consultório. 1. ed. Brasília: Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, 2006.

SEGATO, R. L. Qué es un feminicidio. Notas para un debate emergente. In: MELGAR, L. **Belausteguigoitia Fronteras, violencia, justicia**: nuevos discursos. 1. ed. México: PUEG/UNIFEM, 2007. p. 35-48.

_____. **Las estructuras elementales de la violencia**. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. 2. ed. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes/Prometeo, 2003. p. 131-148.

SERNAU, S. The gordian knot of race, class and gender. In: SERNAU, S. **Worlds apart**: social inequality in the global economy. 2. ed. California: Pine Forge Press, 2000. p. 61-86.

SHELTON, J. D.; CASSELL, M. M.; ADEYUNJI, J. Is poverty or wealth at the root of HIV? **Lancet**, London, v. 366, no. 9491, p. 1057-1058, Sep. 2005.

SILVA, M. R. T. Uma reflexão sobre a CIDM e o seu percurso como mecanismo institucional para a igualdade. **Notícias**, Lisboa, v. 64, n. 2, p. 22-30, Out. 2002.

SILVA, W. A. E.; OLIVEIRA, C. A. B.; MORGADO, M. G. HIV infection and AIDS in a small municipality in Southeast Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 950-955, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600013>. Acesso em: 16 set. 2016.

SILVEIRA, M. F.; BÉRIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 670-677, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

SIMÕES, J. A. O Brasil é um paraíso sexual - para quem? **Cad. Pagu**, Campinas, v. 1, n. 47. ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n47/1809-4449-cpa-18094449201600470015.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SINGER, M. **The Political Economy of AIDS**. 1. ed. Amityville: Baywood Publishing Co, 1998.

SMIGAY, K. Mulheres: (re)partidas e excluídas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 4, n. 7, p. 11-18, 1989.

SONTAG, S. **La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas**. 2. ed. Madrid: Taurus, 1996.

SPIASSI, A. L. O Movimento Negro do ABC Paulista: diálogos sobre a prevenção das DST/aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 121-133, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600012>. Acesso em: 10 set. 2016.

SPINK, M. J. P.; CARVALHEIRO, J. R. Os múltiplos sentidos das vacinas para a Aids. **Psicol. USP**, São Paulo, 13, n. 1, p. 79-106, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 set. 2016.

SPINK, M. J. P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

_____. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

STARK, E., FLITCRAFT, A. Spouse abuse. In: ROSEMBERG, M. L.; FENLEY, M.A. **Violence in America: A Public Health approach**. 2. ed. New York: Oxford University Press., 1991. p.123-157.

STARK, E., FLITCRAFT, A. **Women at risk-domestic violence and women's health**. 1. ed. London: Sage, 1996.

STEIN, Z. A. HIV prevention: The need for methods women can use. **American Journal of Public Health**, New York, v. 80, no. 4, p. 460-462, Apr. 1990.

STIEGLER, B. Nietzsche et la critique de la Bildung. **Noesis**, Paris, v. 10, n. 1, p. 215-233, ago, 2006,

SYMONDS, P. V. Political economy and cultural logics of HIV/AIDS among the Hmong n Northern Thailand. In: SINGER, M. **The Political Economy of AIDS**. 1. ed. Amityville: Baywood Publishing Co, 1998. p. 205-266.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.; ANDRADE, C.L.T. A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 7-19, out. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700002>. Acesso em: 23 nov. 2015.

TAN, M. L. Socioeconomic impact of HIV/AIDS in the Philippines. **AIDS Care**, London, v. 5, n. 3, p. 283-288, Aug. 1993.

TAQUETTE, S. R. O paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/aids. In: TAQUETTE. **Aids e juventude: gênero, classe e raça**. 1. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2009. p. 135-154.

_____. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/aids. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1437-1444, jan. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500022>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 51-62, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600006. Acesso em: 24 set. 2016.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 282-290, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/46.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 105-114, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 dez. 2016.

TOLEDO, C. **Mulheres: o gênero nos une, a classe nos divide**. 1. ed. São Paulo: José Luís e Rosa Sundermann, 2003.

TOMAZELLI, J.; CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1049-1061, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16854.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Socialização de gênero e adolescência. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n1/a10v13n1>>. Acesso em: 15 set. 2016.

UNAIDS. **AIDS: epidemic up date**. 1. ed. London: UNAIDS/WHO, 2005.

UNITED NATIONS. **General Assembly passed the Declaration on the Elimination of Violence against Women**. 1 ed. Londres: ONU, 1993.

_____. **Declaration on the elimination of violence against women**. 1. ed. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1993.

VANCE, C. Pleasure and danger: toward a politics of sexuality. In: VANCE, C (ed.). **Pleasure and Danger: exploring female sexuality**. 1 ed. London, Pandora Press, 1992. p.1-27.

VEIGA-NETO, F. Incluir para excluir. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. **Habitantes de babel**. 2. ed. Porto Alegre: Ed. Autêntica, 2011.

VERMELHO, L. L.; SIMÕES-BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 369-379, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200021. Acesso em: 11 set. 2016.

VIANA, N. A constituição das políticas públicas. **Revista Plurais**, Anápolis, v. 1, n. 4, p. 94-112, jul. 2006.

VILLELA, W. Sobre Desejos, Direitos e Necessidades. In: BRITO, N. **Cidadãos PositHIVas**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. In: PARKER, R. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 1999. p.177-226.

_____. Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R., organizadores. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34, 1999. p. 199-213.

VLAHOV, D.; WIENTGE, D.; MOORE, J.; FLYNN, C.; SCHUMAN, P.; SCHOENBAUM, E. et al. Violence among women with or at risk for HIV infection. **Aids Behav**. London, v. 2, n. 1, p. 53-60, Mar. 1998.

WADE, P. **Raça e etnicidade em Latinoamérica**. 1. ed. Quito: Abya Yala, 2001.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012 – A cor dos homicídios no Brasil**. 3 ed. São Paulo: CEBELA – Centro de Estudos Latino Americanos/FLASCO, 2012.

WATTERS, M. **Globalization**. 1 ed. London: Routledge, 1995.

WEISER, S. D.; LEITER, K.; BANGSBERG, D. R.; BUTLER, L. M; PERCY-DE KORTE, F. et al. Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. **PLoS Med.** London, v. 4, no. 10, p. 1589-1597, Jun. 2007.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas.** Florianópolis, v. 9, n. 2, fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

WERNECK, J. A vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Rede Saúde,** Porto Alegre, v. 1, n. 23, p. 53-58, mar. 2001.

WHO, UNODC, UNAIDS. **Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision.** 1. ed. Geneva: WHO, 2013.

WILKINSON, S. Feminist research: Focus groups in feminist research: Power, interaction and the co-construction of meaning. **Women's Studies International Forum,** v. 21, n. 1, p. 111-125, Jan. 1998.

_____. **Feminist social psychology.** 1. ed. Milton Keynes: Open University, 1986

WILLIAMS, D. Race and health: basic questions, emerging directions. **Ann Epidemiol,** New York, v. 7, n. 1, p. 322-333, Jul. 2001.

WILSON, D.; SIBANDA, B.; MBOYI, L.; MSIMANGA, S.; DUBE, G. A Pilot Study for an HIV prevention program among commercial sex workers in Bulawayo, Zimbabwe. **Social Science and Medicine,** London, v. 31, n. 1, p. 609-618, Aug. 1990.

WOOD, C. H.; CARVALHO, J. A. M. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais,** Campinas, v. 11, n. 1, p. 3-15, ago.1994.

YOSHIHMA, M.; HORROCKS, J. Risk of intimate partner violence: Role of childhood sexual abuse and sexual initiation in women in Japan. **Children and Youth Services Review,** v. 32, n. 1, p. 28-37, Jan. 2010.

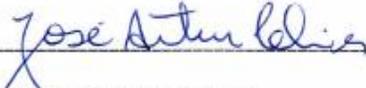
ZAMBON, M. P.; JACINTHO, A. C. A.; MEDEIRO, M. M.; GUGLIELMINETTI, R.; MARMO, D. B. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Rev. Assoc. Med. Bras.,** São Paulo, v. 58, n. 4, p. 465-464, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000400018>. Acesso em: 22 set. 2016.

ZIERLER, S.; CUNNINGHAM, W. E.; ANDERSEN, R.; SHAPIRO, M. F.; NAKAZONO, T.; MORTON, S, CRYSTAL, S, STEIN, M, TURNER, B.; CLAIR, S. P. ST.; BOZZETTE, S. A. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. **Am. J. Public Health,** New York, v. 90, n. 2, p. 208–215, Feb. 2000.

ZOYSA, I.; SWEAT, M.; DENNISON, J. Faithful but fearful: Reducing HIV transmission in stable relationships. **AIDS**, London, v. 10, n. 5, p. 197-203, Sep.1996.

ZURIFF, G. Against metaphysical social constructionism in psychology. **Behavior and Philosophy**, Littleton, v. 26, n. 1, p. 5-28, Aug.1998.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

	U F R G S UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	PRÓ-REITORIA DE PESQUISA Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs	
CARTA DE APROVAÇÃO			
Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:			
Número: 22209			
Título: MULHERES QUE (CON)VIVEM COM HIV: VIOLÊNCIA DE GENERO E IDEACAO SUICIDA			
Pesquisadores:			
Equipe UFRGS:			
STELA NAZARETH MENEGHEL - coordenador desde 15/03/2011			
Roger Flores Ceccon - pesquisador desde 15/03/2011			
 Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 05/04/2012 - Sala 01 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.			
Porto Alegre, Quarta-Feira, 18 de Abril de 2012			
 _____ JOSE ARTUR BOGO CHIES Coordenador da comissão de ética			

APÊNDICE A – Autorização para coleta de dados**Autorização para Realização de Pesquisa**

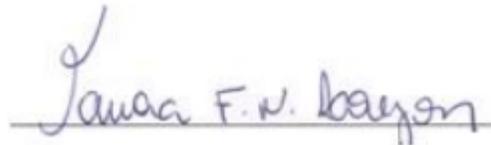
Porto Alegre, junho de 2011.

Eu, Tamara Fernanda Nagel Lorenzon, coordenadora do Serviço Regional de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS (SAE) do município de Cruz Alta – RS, autorizo a realização do estudo intitulado “Mulheres que (Con)Vivem com HIV: Violência de Gênero e Ideação Suicida”, por pesquisadores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Autorizo também a realização das entrevistas com as mulheres nas dependências físicas do SAE.

Declaro que foram explicitados todos os preceitos éticos que envolvem o estudo. Estou ciente e concordo plenamente com a realização da pesquisa.

Sem mais para o momento.



Serviço de Assistência
Especializada - SAE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tamara Fernanda Nagel Lorenzon
Coordenadora do Serviço de Assistência Especializada

APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa “Mulheres com HIV em situação de violência”

Convidamos a Sra _____ para participar de uma pesquisa que objetiva conhecer histórias de vida, violência de gênero e ideação suicida entre mulheres que vivem com HIV. A pesquisa faz parte de um projeto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Consideramos que sua participação será de extrema importância, uma vez que a troca de informações sobre o assunto poderá ajudar as pessoas que estão vivendo nesta situação. Esta pesquisa poderá trazer riscos e ocasionar sofrimento psíquico, uma vez que fará você lembrar situações difíceis. Entretanto, possibilitará pensar ações que possam ajudá-la no enfrentamento do problema. A forma de participar dessa pesquisa é autorizar a realização de uma entrevista em que será focada sua história de vida.

Gostaríamos de acrescentar que todos os cuidados éticos serão respeitados, principalmente o que concerne ao seu anonimato, confidencialidade e ao sigilo das informações que a Sra. nos prestar. Os dados serão armazenados em local próprio, com acesso realizado apenas pelos participantes da pesquisa. A divulgação dos dados será realizada sem identificação dos participantes. Também lhe esclarecemos que a pessoa que irá entrevistá-la tem formação científica e profissional para apoiá-la e oferecer-lhe orientações. A participação nesse estudo é voluntária e, caso a Sra. aceite conversar conosco, ainda assim, poderá desistir a qualquer momento sem qualquer consequência ou prejuízo. A participação na pesquisa não terá nenhum custo financeiro.

Durante a entrevista seremos cuidadosos e cautelosos, evitando juízos de valor e constrangimentos. A partilha de experiência não pretende lhe expor ou causar desconforto, apenas contribuir para compreender o ocorrido e acolher as emoções dolorosas que possam surgir, apoiando e favorecendo a superação das mesmas. Estou suficientemente esclarecida e dou consentimento para participar da pesquisa e, por isso, assino ou registro a seguir: _____

Local _____ Data _____

Em caso de dúvida ou reclamações contatar a pesquisadora Stela Nazareth Meneghel, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51) 3308-5081, situado na Rua São Manoel 1515 Rio Branco. Porto Alegre/RS ou o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51) 3308 3738.

APÊNDICE C – Carta Convite

Nós, pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, viemos por meio deste convidar o Serviço de Assistência Especializado em DST/HIV/AIDS – SAE, do município de Cruz Alta/RS, a participar da pesquisa intitulada: Mulheres com HIV em situação de violência.

O estudo tem por objetivos compreender as histórias de vida de mulheres com HIV, verificar a prevalência e as características da violência de gênero perpetradas contra elas, identificar a presença de ideação suicida e estabelecer o perfil epidemiológico e socioeconômico das mulheres.

Sendo assim, estima-se que seja grande a vulnerabilidade à violência contra mulheres que vivem com Hiv/Aids e, quando associado à violência sexual, percebem-se em maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Supõe-se também que, devido o impacto psicológico da doença e à vulnerabilidade a episódios de violência aos quais as mulheres estão expostas exista, dentre elas, ideação de suicídio.

Sendo o que tínhamos para o momento.

Atenciosamente,

Stela Nazareth Meneghel
Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Roger Flores Ceccon
Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

APÊNDICE D – Termo de compromisso de utilização de dados**Termo de compromisso de utilização de dados**

Nós, **Stela Nazareth Meneghel** e **Roger Flores Ceccon**, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto intitulado: **Mulheres com HIV em situação de violência**, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 196/96 do Ministério da Saúde.

Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito às histórias de vida de mulheres com HIV, violência de gênero e produção do cuidado.

Porto Alegre, outubro de 2015.

Nome

Assinatura

Stela Nazareth Meneghel



Roger Flores Ceccon

