



Mulheres e Aids no Brasil

Carolina Cordeiro Mazzariello
1º semestre 2013

1. Introdução

A Síndrome da imunodeficiência humana representada pela sigla em inglês HIV – (human immunodeficiency vírus) é a denominação do vírus causador da Aids. O HIV é um tipo de vírus, mais especificamente um retrovírus¹ que ataca o sistema imunológico, isto é, o sistema responsável por defender o organismo de doenças. O fato de uma pessoa ser portadora do vírus HIV não significa que ela esteja com Aids, a Aids deve ser entendida como a manifestação do vírus por meio da presença de doenças relacionadas ao HIV, no entanto, há um longo intervalo biológico entre a infecção e o aparecimento dessas doenças, o que significa dizer que é possível viver durante anos com o vírus sem que ele se manifeste (MANN et al, 1933:21). Isso faz com que o HIV, em muitos casos, seja diagnosticado de forma tardia somente com a chegada dessas *doenças oportunistas* – enfermidades que surgem quando a pessoa está com imunidade abalada pelo vírus – ou mais raramente, caso a pessoa por alguma razão decida fazer o teste. No caso das mulheres, uma vez se cumprido o protocolo do pré-natal, é mais comum que a descoberta ocorra durante a gravidez. Essa característica silenciosa dificulta o controle da epidemia e faz com que muitas pessoas acabem sendo infectadas por outras que não sabiam ter o vírus. Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), no Brasil estima-se que 135 mil pessoas que vivem com HIV/Aids não saibam que são portadoras; e no mundo cerca de metade das 34 milhões de pessoas que vivem com o vírus também não tem ciência da infecção. Atualmente a transmissão via relação sexual é a forma mais comum de contaminação pelo vírus HIV/Aids, no entanto, é possível contrai-lo também por meio de transfusão de sangue; compartilhamento de seringas

¹ A principal característica desse tipo de vírus é que eles sofrem constantes mutações e por isso é difícil combatê-los.



infectadas ou *via transmissão de pais para filho*², isto é, quando a criança nasce com o vírus tendo sido infectada ou durante o parto ou por meio da amamentação. Segundo o UNAIDS *World Day Report 2012*, a região mais afetada pelo HIV/Aids continua sendo a África subsaariana, seguida pela Ásia Central e Leste Europeu.

Os primeiros casos de HIV/Aids foram diagnosticados, em junho de 1981, nos Estados Unidos, tem sido nomeada inicialmente como nome de *Doença dos 5 H*, em razão de casos registrados em homossexuais, hemofílicos, haitianos, *heroin addict* (usuários de heroína injetável) e *hookers* (prostitutas em inglês). Por isso, a construção histórica e social da Aids fez com que durante muito tempo a doença fosse vista como uma questão que dizia respeito somente a categorias consideradas *desviantes*, isto é, pessoas com comportamentos tradicionalmente considerados como inadequados. Com efeito, no plano científico essa visão errônea foi superada, e, hoje sabemos que a Aids é um problema social que pode atingir a todos, independentemente do sexo, idade ou orientação sexual. No entanto, cabe questionar quais as consequências que essa construção histórica trouxe para o imaginário social. Será que homens e mulheres heterossexuais têm consciência de que se não se prevenirem podem contrair a doença? Ou será que as pessoas ainda continuam achando que *Aids é coisa de homossexual ou dos que mantêm comportamentos desviantes*? E os jovens como lidam com a questão, eles estão se prevenindo? Além disso, sabemos que a desigualdade de gênero³, é uma realidade em nossa sociedade e quando o assunto é sexo muitas mulheres têm dificuldade em lidar com o assunto. Diante disso, como será que as mulheres se posicionam frente à prevenção do HIV/Aids? Se para muitas é difícil lidar com a sexualidade, como será lidar com a questão do uso do preservativo? Ademais, é fato que os jovens atualmente iniciam sua vida sexual cada vez mais cedo, e, nesse sentido, como será para as adolescentes lidar com a prevenção?

Dada à relevância do tema e da importância de discuti-lo com os jovens - a fim de informar bem como de desfazer alguns mitos que envolvem o HIV/Aids, é que

² O termo original Prevention of parente to child transmission program, foi utilizado na Índia, em substituição do comumente usado mother-to-child-transmission. Essa medida buscava se contrapor à tendência prevalente naquela sociedade com fortes assimetrias de gênero, de responsabilizar e culpabilizar exclusivamente a mulher por essa forma de contágio (HOLLEN, 2010).



julgamos de extrema importância que sejam feitas algumas considerações sobre a epidemia no Brasil, especialmente entre as mulheres, tendo em vista as consequências que a construção histórica da Aids - um tanto equivocada - pode ter trazido para a prevenção e controle da doença entre este segmento da população.

Frequentemente os trabalhos que tem discutido o tema *mulheres e Aids* têm dedicado especial atenção às relações de gênero e suas implicações neste contexto, seguindo essa mesma orientação pretendemos, a partir do referencial das Ciências Sociais e Humanas, apresentar ao leitor um breve panorama sobre questões associadas à epidemia de Aids entre mulheres no Brasil. Para contextualizar o leitor, na primeira parte do artigo traçaremos um breve histórico do HIV/Aids. Em sequência faremos algumas considerações sobre o referencial socioantropológico do conceito de gênero - essencial para o entendimento do tema que será tratado. E, por fim, realizaremos uma discussão específica sobre Aids e mulheres no âmbito das Ciências Sociais e Humanas. Ressaltamos que a intenção não é esgotar a temática e sim introduzi-la de modo a oferecer caminhos úteis e que facilitem sua abordagem dentro da escola.

2. Breve contexto sobre HIV/Aids

A disseminação em massa do vírus HIV no mundo teve início no final da década de 70 e em menos de duas décadas tornou-se a primeira pandemia moderna. Em 1981, quando pela primeira vez a Aids foi descrita cerca de 20 países estavam sendo afetados pelas infecções, com estimativa de 100 pessoas infectadas (MANN et al, 1993:19). O desconhecimento que assolou as ações de enfrentamento da pandemia durante a década de 1980 trouxe consequências que ainda perduram no imaginário social. O resultado da incompreensão inicial sobre a doença causou pânico associado à imagem de antigas epidemias e misturado aos estereótipos sobre sexo, raça e geografia (MANN et al, 1993:14). Tal como a sífilis, a Aids foi encarada como castigo e concebida como um mal que afetava um grupo perigoso de pessoas “diferentes”. Contudo, a sífilis ao contrário da Aids não era identificada com a morte certa e precedida por agonia prolongada (SONTAG, 1989). Os mitos em torno da doença ocasionados por uma série de preconceitos e tabus fez com que a história social da Aids fosse associada a

³ O conceito de gênero será melhor explorado adiante, por ora, entende-se por desigualdade de gênero diferenças de poder atribuídas a homens e mulheres na sociedade.



estereótipos negativos e, por conseguinte, também as pessoas afetadas por ela. Muitas vezes as próprias vítimas foram consideradas culpadas por estar doente, isso porque de acordo com uma concepção carregada de juízo de valores e de moralidades elas eram consideradas pessoas que mantinham comportamentos inadequados e indesejáveis. Contrair HIV passou a ser considerado um sinal de perversão sexual, de irresponsabilidade ou vício – isso porque os primeiros diagnósticos ocorreram em homossexuais masculinos e usuários de drogas.

Para pensar sobre o impacto do HIV/Aids na vida das pessoas é preciso considerar como os fatores sociais, econômicos, culturais, sexuais - assim como a violência contribuem para determinar a vulnerabilidade frente à Aids. E desta maneira, a Aids apresenta-se como um campo fértil para a discussão das complexas relações entre biológico e social bem como as intersecções entre gênero e classe.

2.1 Dados globais da Aids

Os dados divulgados pelo documento UNAIDS World Day Report 2012 estimam que um total 34 milhões no mundo de pessoas vivam com HIV/Aids, dessas pelo menos a metade não sabe que está infectada. O número estimado de mortes ligadas à Aids no último ano foi de 1,7 milhões e no número de novos casos de 2,3 milhões. Das 14,8 milhões de pessoas que necessitam de tratamento somente 8 milhões estão sendo tratadas. O maior número de casos está concentrado na África Subsaariana cerca de 23,5 milhões; seguida da Ásia com cerca de 4,8 milhões; Leste Europeu com 1,4 milhões; América Latina também com 1,4 milhões; somadas América do Norte e Europa Ocidental e Central com 2,3 milhões e, por fim, Oceania com 53 mil casos.

2.2 Dados da Aids no Brasil

De acordo com o último Boletim Epidemiológico, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil tem 656.701 casos registrados de Aids (condição em que a doença já se manifestou). Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de aids entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de aids entre



homens para cada 1 caso entre mulheres. Em 2011, último dado disponível, a razão diminuiu para 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres.

Se observarmos a epidemia em relação a faixa etária em que a aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. O que chama a atenção na análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos, é que essa é a única faixa etária em que o número de casos de aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV entre esse segmento.

Quanto à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 43,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e de pais para filho.

No Brasil, a epidemia está concentrada nos grandes centros urbanos, onde também estão as maiores proporções de casos de Aids nas populações em situação de maior vulnerabilidade (usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres profissionais do sexo. No entanto, a epidemia tem se disseminado dos grandes centros para municípios de médio e pequeno porte.

3. O conceito de gênero nas Ciências Sociais

O termo gênero é comumente utilizado para referir-se ao caráter cultural das diferenças existentes entre homens e mulheres. Geralmente as discriminações quanto aos espaços de atuação na sociedade são justificadas por meio de atribuições de qualidades e traços temperamentais distintos entre homens e mulheres. Frequentemente esses traços são tidos como características “naturais”, isto é, traços que supostamente se nasce, e decorrentes das distinções corpóreas, em especial as associadas às capacidades reprodutivas. As desigualdades de poder existentes entre homens e mulheres quando são vistas como resultantes de diferenças tidas como naturais também tendem a ser “naturalizadas” (PISCITELLI, 2009). Portanto, o termo desigualdade de gênero é utilizado para designar as diferenças de poder existentes entre homens e mulheres, que



decorrem de uma visão que naturaliza características como sendo femininas ou masculinas. E, de fato, se olharmos atentamente para a nossa sociedade é possível perceber como a desigualdade de gênero é uma realidade concreta. Basta pensar nos espaços ou profissões ocupadas por homens e mulheres para percebermos como certas atividades são tidas como tipicamente masculinas e outras tipicamente femininas, mesmo sem nenhuma razão real para tal diferença. Por exemplo, é muito mais comum encontrarmos homens que dirigem ônibus, taxis ou aviões, ocupações tradicionalmente tidas como masculinas, mas que na prática não há impedimento nenhum para que mulheres as exerçam. Por outro lado, há muito mais mulheres enfermeiras, professoras, babas ou em qualquer outra profissão associada ao “cuidado dos outros”, característica naturalizada feminina, em decorrência da sua capacidade reprodutiva. Isso para não falar das diferenças de salários existentes entre homens e mulheres, da violência contra a mulher, das posturas esperadas em relação ao exercício da sexualidade feminina, de seu papel preponderante na realização das tarefas domésticas, etc. Estes são somente alguns indicativos da existência da desigualdade gênero entre homens e mulheres.

Para entendermos conceituarmos brevemente gênero nas Ciências Sociais podemos entendê-lo como uma categoria relacional que se refere à construção social das características que definem o feminino e o masculino, ou seja, tal conceito postula que homens e mulheres são constituídos a partir da cultura (HEILBORN, 1997). Nas décadas de 1930 e 1940 os trabalhos de Margaret Mead (1936) e Marcel Mauss (1934) já indicavam que certos padrões de conduta não estavam relacionados com a natureza de homens e mulheres, mas antes aos diferentes processos culturais e de socialização. Foi a partir desta discussão sobre natureza e cultura que os movimentos feministas buscaram entender a posição subordinada das mulheres nas sociedades. Nas décadas de 1960 e 1970 os estudos antropológicos atribuíram lugar de destaque a análises que enfatizavam as diferenças biológicas. Posteriormente, a produção antropológica sobre gênero buscou respostas em processos sociais que atualizavam a assimetria dos sexos em contextos específicos, neste tipo de análise homens e mulheres foram inseridos no mesmo sistema e postos em relação (RAMIREZ, 2002).

Ao tratar de gênero como uma categoria de análise histórica, Joan Scott afirma que gênero é uma maneira de indicar as “construções sociais”, um modo de se referir as



origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres (SCOTT, 1990). Para a autora é preciso examinar as maneiras como as identidades de gênero são construídas, em relação a uma série de atividades, organizações sociais e representações culturais historicamente situadas. Portanto, gênero torna-se um meio de decodificar as complexas interações humanas, ou ainda uma maneira de compreender as complexas formas de poder que permeiam os indivíduos. E mesmo que diferenciações de gênero não sejam explícitas estas constituem uma dimensão decisiva da organização, igualdade e desigualdade entre homens e mulheres. “Gênero tem que ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclui não só o sexo, mas também a classe e a raça”, (SCOTT, 1989:21). Existem muitas correntes teóricas que abordam a temática de gênero nas Ciências Sociais⁴, mas para além das diferentes abordagens e perspectivas epistemológicas sobre o tema, nos interessa aqui entender gênero como uma forma de significar as relações de poder existentes entre homens e mulheres.

4. Mulheres e Aids: o poder público e a mídia brasileira no início da epidemia

Foi em 1992, durante a VIII Conferência Internacional da Aids, realizada em Amsterdam, que o mundo tomou conhecimento oficialmente sobre o risco das mulheres diante do HIV/Aids (BARBOSA, 1999). No Brasil, apesar deste reconhecimento, a mulher modo geral continuou por algum tempo a ser ignorada, o foco era especificamente atribuído às prostitutas (GUIMARÃES, 1992). A respeito da explicitação pública do alastramento da epidemia entre mulheres no Brasil Parker e Galvão (1996:11) relatam:

Trata-se, parece, do resultado da complexa interação entre as relações de gênero e poder na sociedade brasileira, as imagens deformadas que estiveram por longo tempo associadas com a epidemia de Aids e suas supostas vítimas, e a absoluta falta de eficiência por parte dos formuladores de políticas públicas.

Apesar dos primeiros casos de Aids terem sido identificados em homossexuais, como já foi dito, o padrão de transmissão no continente africano desde o início da

⁴ No site do LES – Laboratório Didático – USP ensina Sociologia - há outros repertórios didáticos especificamente sobre gênero, e, que, portanto, abordam o tema de maneira mais consistente e sistemática.



epidemia sempre foi heterossexual. E, no entanto, mesmo diante de tais evidências, o discurso científico relutou em reconhecer que as mulheres estavam sendo infectadas pela Aids. No Brasil não foi diferente e silêncio prevaleceu também no poder público:

De fato, é surpreendente que os mesmos órgãos responsáveis por obter e difundir os dados epidemiológicos, que de forma tão convincente demonstram a feminização da epidemia de Aids no Brasil, tenham mantido um silêncio tão insistente diante de seus próprios relatórios sobre a epidemia, (PARKER & GALVÃO, 1996:9).

Sobre o descaso e a omissão do poder público em relação ao risco das mulheres, a constatação de Regina Barbosa é ainda mais alarmante. A autora aponta que quando a situação tornou-se insustentável e não era mais possível fechar os olhos, “descobriu-se um grande contingente de mulheres notificada na rubrica outros e as especulações as associaram às prostitutas, usuárias de drogas injetáveis e mulheres do terceiro mundo” (Barbosa, 2001:13). Ou seja, a constatação do vírus HIV entre mulheres ocorreu desde o início, mas levou algum tempo até ser divulgada.

No início da epidemia, a mídia, como principal formadora de opinião, manteve-se inerte em relação ao crescente número de vítimas infectadas pelo HIV/- Aids, negligenciando a existência da transmissão por via heterossexual (PARKER & GALVÃO, 1996).

De modo geral, no princípio da epidemia de Aids a mídia se ausentou da discussão sobre a disseminação do vírus entre as mulheres e em alguns momentos, deixou de esclarecer a forma com que a transmissão da epidemia de fato acontecia. Desse modo, mesmo sendo o meio responsável por levar informação às massas, a mídia tornou-se uma fonte de considerável de imprecisão e distorção dos fatos ao desconsiderar o risco do contato heterossexual. Esse tipo de postura acabou obscurecendo a possibilidade de contaminação entre as mulheres, além de impossibilitar que as mensagens transmitidas tivessem impacto sob esse segmento da população (PARKER & GALVÃO, 1996).

5. Mulheres, sexualidade e Aids

O exercício da sexualidade está intimamente ligado com a forma que as relações de gênero estão organizadas no espaço e no tempo. Deste modo, o peso dos condicionantes de gênero sobre as mulheres e as consequências dessas assimetrias para



a epidemia de Aids vêm sendo abordado em diversas pesquisas como um dos principais fatores para a maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo vírus HIV (MARTIM, 1995; KNAUTH, 1996, GUIMARAES, 1996; PAIVA et al, 1998). As mulheres atingidas pelo HIV/Aids não são uma categoria diferenciada de mulheres que se expuseram mais ao risco ou foram “vítimas” de seus parceiros. Elas são antes o retrato da condição feminina no Brasil, no qual a Aids torna-se mais uma consequência da falta de poder da mulher na sociedade. Dada a construção social da Aids, ainda persiste entre as mulheres a dificuldade em perceber o risco de contrair o vírus HIV, principalmente aquelas envolvidas em relações monogâmicas e dedicadas ao trabalho doméstico (MARTIM, 1995; KNAUTH, 1996, PAIVA et al, 1998). E assim, essa falta de percepção não pode ser encarada por ignorância ou falta de informação, mas antes por um conjunto de fatos históricos que contribuem para ofuscar a percepção do risco e a prevenção das mulheres frente à epidemia de HIV/Aids no Brasil.

Para pensar a questão do HIV entre mulheres é preciso considerar que fatores sociais, econômicos, culturais e sexuais - assim como a violência contribuem para determinar a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids. Desta maneira, a discussão das complexas relações entre biológico e social e as intersecções entre classe e gênero são pertinentes as reflexões sobre a Aids entre mulheres. A história da Aids mapeia exclusões, traz à tona preconceitos e tabus e coloca em xeque o modo como homens e mulheres se relacionam socialmente. Há entre as mulheres uma dificuldade na percepção do risco de contrair o HIV e nisso estão implicados fatores socioculturais como as construções desiguais entre os gêneros (MARTIN, 1995; KNAUTH, 1996). As mulheres que têm parceiros sexuais estáveis de longa duração, sejam elas casadas ou não, enfrentam dificuldades ainda maiores quanto à prevenção, e quando recebem a confirmação do diagnóstico misturam-se o susto e a surpresa de saber-se doente, como expresso no relato a seguir:

“Nem sonhava o que era isso. Jamais, não sabia nem o que era Aids, você nunca vai imaginar. Sabe, a gente escuta na televisão, mas pensar que um dia a gente vai passar por isso, nunca. Não imaginava que corria risco, ficava com um homem só, vai imaginar o que? Nunca vai imaginar que aquilo vai acontecer na sua casa com



você". Ana - descobriu o seu diagnóstico e o da filha após o adoecimento do marido⁵.

A respeito da percepção do risco e as dificuldades enfrentadas pelas mulheres quanto à prevenção da Aids, Denise Martin (1995) argumenta sobre a necessidade de distinguir a informação sobre a doença e a capacidade de se perceber em risco e se prevenir. Saber sobre a Aids não significa estar consciente do risco de contrair a doença, e isso não pode ser justificado por ignorância ou falta de responsabilidade, já que valores de cunho moral como fidelidade, honestidade e compromisso na maioria das vezes norteiam essas relações. Os relatos abaixo podem ser ilustrativos:

"Sabia pela televisão e tinha um colega que morreu de Aids, mas nunca achei que corria risco, ele foi meu único homem". Tais - descobriu no oitavo mês de gravidez teve um único parceiro e estava grávida de gêmeas, as duas tiveram a soropositividade confirmada logo após o nascimento.

"Eu nunca imaginei. É engano, né. Você pensa que tá com seu marido só e não vai pegar doença nenhuma, sou casada. Mas só que você não sabe o que seu marido faz lá fora". Tânia - descobriu o HIV um mês após o nascimento da filha.

Além dos fatores já citados é fato que muitas mulheres ainda têm dificuldade em negociar o uso do preservativo e este é mais um impeditivo no quesito prevenção. O preservativo feminino ainda é pouco utilizado e, deste modo, as mulheres dependem do preservativo masculino, ou seja, é necessário que haja negociação e acordo quanto ao uso. O fato de atualmente grande parte da população urbana ter acesso gratuito ao preservativo em postos de saúde também não garante que as pessoas façam uso deste recurso de prevenção.

Para pensar o momento da testagem para o HIV/Aids, Martin (1995) faz analogia aos ritos de passagem atribuindo ao teste médico um importante poder simbólico para separar, ainda que do ponto de vista biológico, os contaminados pelo HIV daqueles que não entraram em contato com o vírus. Knauth (1996) faz uso da mesma analogia, porém referindo-se ao estado de *liminaridade*⁶ dos ritos, para pensar a

⁵ Todos os relatos deste texto foram extraídos da pesquisa de iniciação científica realizada por mim, com financiamento do CNPQ – FESPSP – edital 2010-2011, sob a orientação da Profa. Dra. Sonia N. Hotimsky. Todos os nomes foram alterados.

⁶ A liminaridade, ou fase liminar, é a fase intermediária entre o distanciamento e a reaproximação em que as características do indivíduo que está *transitando* são ambíguas, misturando sagrado e profano, por exemplo. Sobre esse conceito ver: Turner (1974).



maneira como as mulheres soropositivas, levando em conta a invisibilidade dos sintomas, percebem a soropositividade como um estado intermediário entre a saúde e a doença. E, assim, situa estas mulheres no mesmo estado ambíguo dos iniciados, em que uma série de medidas especiais ou preventivas demarcam a diferença dos normais. A maioria das mulheres descobre a Aids durante a gravidez ou com o adoecimento de um filho ou marido. Nesse momento o papel comumente atribuído às mulheres de cuidadora dos outros entra em evidência e esses cuidados parecem assumir um lugar central nas suas vidas. Porém, se a Aids reserva uma condição específica a elas, essa experiência cotidiana reordenada pode ser pensada como decorrente de um processo de aceitação e negação, em que esse desvelar implica reconhecer-se portadora de uma doença estigmatizante. Essa tensão revela um contexto de valores, crenças e expectativas, que perpassam projetos de vida, mas também pensamentos associados à morte (CUNHA, 2010).

Outra questão a ser levada em consideração entre as mulheres e a Aids são os estereótipos associados à doença. A construção social da Aids foi cristalizada na imagem dos grupos de risco (homossexuais, prostitutas ou usuários de drogas). Deste modo, muitas mulheres ainda se imaginam fora desses “grupos de risco”. Porém, atualmente sabe-se que não há grupos de risco e que o HIV pode atingir qualquer pessoa que não se previna adequadamente. Knauth (1996a) referiu-se à Aids como uma doença do outro, uma doença à qual as mulheres não querem ser associadas, por estar vinculada a tais estereótipos. Para a autora aquelas que já estão contaminadas tendem a se diferenciar desses outros por meio da forma de contaminação e assim garantir o seu status social. De tal modo que as mulheres que se contaminaram por meio de relação sexual dentro da relação conjugal estariam com a sua legitimidade garantida. E, de fato, o que percebemos nas entrevistas é que por trás do discurso dessas mulheres há uma preocupação em afirmar que a sua contaminação se deu por meio de relação sexual e dentro de um relacionamento estável. E estas afirmações seriam uma tentativa de afastar a imagem da mulher promíscua ou a mulher que teve vários parceiros sexuais durante a vida. Ou seja, o estereótipo de gênero que dita como a mulher deveria se comportar está totalmente internalizado por estas mulheres, que precisam reafirmar as suas atitudes relacionadas à sexualidade.



Associada aos desvios sexuais, à prostituição, à homossexualidade, à promiscuidade e às drogas, a Aids provoca temor quanto ao julgamento social. Essas imagens negativas associadas à Aids, construídas por meio de práticas culturais e linguísticas, dificultam que algumas pessoas aceitem que possam estar infectadas pelo HIV (PARKER & AGGLETON, 2001). Isso porque a Aids percebida como uma metáfora do mal e da imoralidade fere os valores morais (SONTAG, 1989). As pessoas que têm a opção de revelar o diagnóstico à família se defrontam com uma situação ambígua, a resposta pode ser de apoio, carinho e compreensão, ou reações preconceituosas e de afastamento. Essa preocupação com a revelação envolve o estigma⁷ de ser soropositivo e o medo da discriminação, porque o HIV/Aids pode tornar-se uma vergonha para a família e para a comunidade. Além disso, muitas vezes o estigma pode ser estendido à própria família e à comunidade (PARKER & AGGLETON, 2001). Com a descoberta da soropositividade as mulheres sentem que seu status social pode ser ameaçado pelo estigma. Uma alternativa para se proteger dessa situação tida como ameaçadora é conferir sentido social para o acontecimento e enfatizar que a contaminação se deu dentro de um relacionamento conjugal. Essa maneira de contaminação é tida entre as mulheres como social e moralmente legítima. E assim a forma de contaminação coloca-se como uma forma de se distanciar do outro indesejável associado à Aids (KNAUTH, 1995).

Por ser a Aids uma doença incurável e carregada de estigma descobrir-se soropositivo traz aos indivíduos sofrimento, preocupação e incerteza quanto ao futuro, além disso o medo e um possível autoisolamento também dificultam as possibilidades das pessoas afetadas conversarem sobre sua condição. A fala a seguir é ilustrativa: “*Eu tenho medo de arranjar alguém e depois jogar na minha cara que eu tenho... (Aids)*”. O estigma pode afetar tão fortemente a vida dos soropositivos, que muitas pessoas há dificuldade até em pronunciar o nome da doença, que é comumente substituído por outro termo esse fato pode ser observado na fala anterior em a pessoa termina a frase

⁷ Uma das breves descrições que Erving Goffman (2008) utilizou para se referir aos estigmatizados – isto é, pessoa que carrega um estigma, é a de pessoa que possui uma “diferença indesejável”. Além disso, o autor apontou a aceitação como a característica central na vida das pessoas estigmatizadas.



antes de pronunciar o termo. É possível dizer que para os soropositivos a própria palavra Aids/HIV tornou-se um tabu.

Martin (1995) conclui que as representações que os outros fazem sobre os pacientes de Aids não estão associadas à patologia em si. Também não são individuais e autônomas, mas produtos da forma como a sociedade vê determinadas relações, especialmente as que envolvem a sexualidade, a transgressão, o desvio, a doença e a morte. Dos dados apresentados por Knauth (1996a) também vale destacar como o discurso que confere ao homem uma natureza que não é capaz de controlar seus impulsos sexuais é naturalizado na fala de suas entrevistadas à medida que elas não culpam seus maridos por contaminá-las e nem por traí-las. Além disso, estas mulheres buscam afastar a imagem indesejada da promiscuidade sexual associada à infecção pelo HIV/Aids pelo fato de que foram contaminadas dentro de um relacionamento estável. Isto é, a contaminação é tida como legítima – por estar dentro de uma conduta de gênero esperada e desejável – heterossexual e casada - diferente de outros sujeitos que teriam se contaminado fora desse contexto.

Assim, se o fato de ter uma doença como a Aids lhes identifica, a princípio, com o outro associado à doença (drogados, prostitutas, promíscuos), a forma de contaminação é o único recurso que podem acionar a fim de estabelecer uma distinção (KNAUTH, 1996:13).

Paiva et al (2002) ressaltam que os portadores de HIV passam por um processo de adaptação ao diagnóstico que inclui diversas fases e maneiras de lidar com a sexualidade, mas que o modo como irão lidar com a sexualidade dependerá da qualidade do apoio e aconselhamento que estes recebem nesse processo. No entanto, é importante ressaltar que a maneira como cada sujeito irá lidar com a sua sexualidade após o diagnóstico de HI/Aids dependerá de uma série de fatores, dentre os quais, a própria trajetória de vida e o contexto sociocultural em que estão inseridos. Além disso, Paiva et al (2002) apontam para o fato de que o tempo de conhecimento do diagnóstico não necessariamente implica em maior facilidade para contar sobre o diagnóstico para os parceiros. Para Lima (2012) o conhecimento da condição de portadoras do HIV além de experiências de adoecimento pode resultar em situações de violência com os parceiros. Ao partir do pressuposto que as representações amorosas e os ideais de



conjugalidade e família podem influenciar no cuidado da saúde dessas mulheres, a autora também constatou que para se manter na condição tradicional de cuidadoras elas muitas vezes se submetem à manutenção da família diante de parceiros violentos. Mas aqui cabe ressaltar que além dessas representações outros fatores levam as mulheres a sujeitarem-se a situações violentas como, por exemplo, a falta de recursos materiais ou o próprio medo da violência.

6. Maternidade e Aids

Outra questão a ser levantada é que boa parte dos programas voltados à Aids e mulheres centra sua atenção na prevenção dos casos pediátricos de HIV, isto é, são esquemas voltados à prevenção da *transmissão de pais para filhos*⁸. Apesar de a gestação durar poucos meses e do fato das doenças relacionadas à Aids ocorrerem em sua maior parte fora do período de gestação, essa preocupação voltada ao período da reprodução é também um reflexo da percepção da mulher como um ser reprodutivo. Essa interface entre saúde reprodutiva e Aids enfatiza a necessidade de discussão política em termos de direitos reprodutivos e sexuais, afinal saber-se portadora do HIV é um fator a ser considerado nas decisões reprodutivas, por todas as questões que envolvem tanto a saúde da mulher como a do bebê (BARBOSA & LAGO, 1997).

Se a terapia antirretroviral aumentou significativamente a perspectiva de vida das pessoas soropositivas, e a adoção no Brasil do protocolo 0763, que prevê o controle da transmissão de pais para filho, diminuiu drasticamente o número de crianças infectadas, essas medidas não foram capazes de eliminar completamente os casos de transmissão vertical. Isso porque apesar da prevenção da transmissão *materno-infantil* do HIV estar no topo das ações globais para HIV/Aids desde 1998⁹, muitos desses programas ainda contam com falhas de implementação. De modo geral, as ineficiências que atrapalham a resposta ao HIV/Aids podem ser atribuídas à deficiência dos serviços, a políticas ineficazes e sistemas fragmentados e ineficientes de saúde¹⁰. Além disso, outros fatores de ordem estrutural como a pobreza e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (FARMER, 1996), contribuem para que essa forma de transmissão do vírus

⁹ Preventing mother-to-child transmission of HIV – Strategic vision 2010-2015 (www.unaids.org)

¹⁰ Relatório da ONU Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011-2015 Chegando a Zero (www.unaids.org)



HIV ainda ocorra. Ao tocar neste assunto, é preciso enfatizar o quão difícil é para uma mãe lidar com a contaminação de seu filho, principalmente quando se trata das camadas populares em que se impõe também uma série de limitações materiais. Desde o nascimento à primeira infância as crianças soropositivas necessitam de muitos exames laboratoriais, consultas médicas; administração constante de medicamentos distintos, e diante disso a mãe sofre constantemente com o medo da criança não sobreviver ou contrair uma doença oportunista grave. Com o avançar da idade e se a criança não teve complicações mais sérias a frequência dos exames e consultas tende a diminuir. Porém, a dependência dos pais continuará até o dia em que estas crianças estejam crescidas e conscientes de sua soropositividade.

7. Considerações Finais

A presença da Aids representa um rompimento na vida cotidiana e na biografia das pessoas afetadas, essa quebra provoca questionamentos sobre as atitudes “naturais” e exige a construção de uma nova ordem de significados. Esse processo de reordenação física e simbólica trazida pela doença pode alterar os ritmos vitais do corpo e violentando uma rotina considerada “normal” (GARCIA, 2009). No caso da Aids essas transformações podem ocorrer em diversos planos, da dependência do medicamento à possibilidade constante do aparecimento de doenças oportunistas, o que implica um controle minucioso do estado imunológico para o resto da vida. Entre estas possíveis rupturas estão as separações conjugais por causa da descoberta do diagnóstico, o afastamento dos familiares, por preconceito ou por recriminação e não aceitação da doença. O próprio distanciamento efetuado em busca de se preservar de uma possível exposição a uma situação estigmatizante. A impossibilidade de trabalhar pela fragilidade do corpo ou por ter que cuidar de outros familiares também doentes, geralmente filhos ou cônjuges. Além, das transformações sentidas no próprio corpo da pessoa afetada pela Aids, que podem ser físicas como a perda de peso ou o ganho de gordura em determinadas regiões do corpo, por causa do antirretrovirais; ou psíquicas como a depressão, a baixa autoestima e a ansiedade. Diante de tais considerações, é importante frisar que é possível que as pessoas soropositivas levem uma vida saudável, apesar de controlada, vivenciando o HIV/Aids como uma doença crônica que requer alguns cuidados específicos.



8. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST/Aids**. Brasília, DF, Ano x - nºx 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids no Brasil**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em: 08/04/2013

BARBOSA, R. **Mulheres, Reprodução e Aids: As tramas da ideologia na assistência à saúde**. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do Título de Doutor, 2001.

_____. Aids, gênero e reprodução. **Estudos Feministas**. 419 N.2/93. Semestre. Disponível em <http://www.journal.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16074/14609>: Acesso em: maio/2011

_____. **Mulheres, Reprodução e Aids: As tramas da ideologia na assistência à saúde**. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do Título de Doutor, 2001.

BARBOSA, R.; LAGO, G. T. Aids e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical, in: PARKER, R. (org.) **Políticas, instituições e Aids. Enfrentando a epidemia no Brasil**. Jorge Zahar Editor/ ABIA, rio de Janeiro, 1997.

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n.35, p. 257-296, jan/jun.2011.

CUNHA, C. C. “Jovens vivendo” com HIV/Aids: dramas, emoções e aspectos indizíveis. IN: VELHO, G., DUARTE, L. F. D. (orgs.) **Juventude contemporânea – Culturas, gostos e carreiras**. 7 Letras, Rio de Janeiro, 2010.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - FFLCH
Departamento de Sociologia
Laboratório Didático - USP ensina Sociologia

FONSECA C. - Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p.50-59, maio-ago 2005. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/06.pdf>] Acesso em: dez. 2010.

_____ Ser mulher, mãe e pobre. In: PRIORE, M. D. (org), **História das Mulheres**, São Paulo: Contexto, 2009.

FARMER, P. Women, Poverty and AIDS. In: **Women, Poverty and AIDS: sex, drugs and structural violence**. (org.) Paul Farmer, Margaret Connors, Jannie Simmons. MA: Partners in Health, chapter 1, pp. 3-38, 1996.

KNAUTH, D. Um problema de família: a percepção da AIDS entre mulheres soropositivas. In: LEAL, O. F., **Corpo e Significado: Ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1995.

_____ **Aids, reprodução e Sexualidade: Uma abordagem antropológica das mulheres contaminadas pelo vírus da Aids**. Programa de treinamento e pesquisa sobre direitos reprodutivos na América latina (II PRODIR), Porto Alegre, 1996a

_____ Uma Doença dos Outros: A construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS - **Cadernos do NUPACS**, 1996b - Disponível em: [http://www.nupacs.ufrgs.br/comuns/imagensDB/cadernos/arquivo_22.pdf]

GUIMARAES, C. D. “Mais merece”: O estigma da infecção sexual pelo HIV/Aids em mulheres. **Estudos Femininas**, Florianópolis, Ano 4: 296, 2º semestre/1996.

HEILBORN, M. L. & GOUVEIA, P. **Classes trabalhadoras, Mulheres e Sexualidade no Contexto da Aids**. In: GALVÃO, J. II Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de Aids, ABIA e Programa de Estudos em Gênero, Sexualidade e Saúde – IMS/UERJ, Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1997, 43-54p.

HOLLEN, C. (inserir).

LAURETIS, T. A Tecnologia de Gênero. In: HOLLANDA, H. B. (Org.) **Tendências e impasses – O feminismo como crítica da cultura**. Rocco, Rio de Janeiro, [206-242], 1994.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - FFLCH
Departamento de Sociologia
Laboratório Didático - USP ensina Sociologia

LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/Editora Vozes, 1976.

LIMA, M. **Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids**: repercussões para a saúde. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012.

MANN, J. Et al. **A aids no mundo. História Social da Aids**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Abia: IMS – UERJ, 1993.

MARTIN, D. **Mulheres e Aids: Uma abordagem antropológica**. Dissertação apresentada ao Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre, 1995.

MAUSS, M - As técnicas do corpo, 1934. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003, (1934).

MALINOWSKI, B. **Sexo e repressão na sociedade selvagem**. Petrópolis: Vozes, 1973, (1927).

MAZZARIELLO, C, C. **A maternidade no contexto da Aids: Um estudo de caso na ONG Projeto Criança Aids**. Disponível em: http://www.fespsp.org.br/sic/papers/2011/SOC/A%20MATERNIDADE_NO_CONTEXTO_DA_AIDS%20%20-%20CAROLINA%20C%20MAZZARIELLO.pdf Acesso em 24-01-2013.

_____. Ser mulher, mãe, soropositiva e pobre – sexualidade, revelação diagnóstica e gênero – **Ponto Urbe – Revista do núcleo de Antropologia Urbana da USP**, Disponível em: <http://www.pontourbe.net/edicao9-graduacao-em-campo/197-ser-mulher-mae-soropositiva-e-pobre--revelacao-diagnostica-sexualidade-e-genero-> Acesso em: 24-01-2013.

MEAD, M. **Sexo e Temperamento**. São Paulo: Perspectiva, 2000, (1936).



Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - FFLCH
Departamento de Sociologia
Laboratório Didático - USP ensina Sociologia

PAIVA, V. et al. **A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero?** Artigo publicado e traduzido do Cuadernos Mujer Salud 3 (1998) , RED de SALUD de las MUJERES LATINO AMERICANAS Y DEL CARIBE, 34-38p.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos Humanos, nº 1.

PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996, História Social da Aids, 7.

PISCITELLI, A. (inserir)

SILVA, N., COUTO, M.. Sorodiscordância para o HIV e decisão de ter filhos: entre risco e estigma social. In: BERQUO, E. et al (org). **Sexualidade, Reprodução e Saúde**, Editora FGV, Rio de Janeiro, 2009.

SCOTT, J. **Gênero: Uma categoria útil para análise histórica**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html> Acesso em: mar. 2010.

STOLKE, V. Is sex to gender as race is to ethnicity? VALLE, T. D. (edit) In **Gendered anthropology**, Routledge, London, 1993. (Series European Association of Social Anthropologists).

TURNER, Victor W. **O processo ritual**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1974.

UNAIDS World AIDS Day Report | 2012 – Disponível em:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf - Acesso em: 10/05/2013