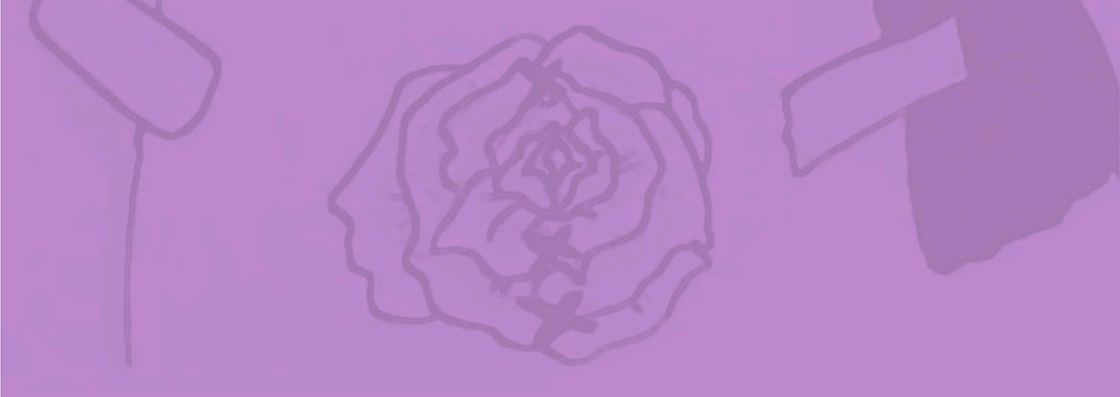


Roger Flores Cecon  
Stela Nazareth Meneghel

# VIDAS NUAS





Este livro surge do compromisso ético-estético-político em defesa da vida e do campo da Saúde Coletiva. É fruto dos arranjos de trabalho experienciados pelos autores na saúde pública brasileira, que passa pela atuação na assistência, gestão, ensino e pesquisa em serviços voltados à produção do cuidado a pessoas com HIV, além de uma longa trajetória de investigações sobre gênero e violências. É daí que surge a potência para o livro, em uma escrita cuidadosa e comprometida em denunciar as situações vivenciadas por mulheres que possuem uma doença “maldita”, carregada de estigma e preconceito. Pretendemos visibilizar como se constituíram as trajetórias de mulheres que vivem com aids e como foram vulnerabilizadas ao longo da vida. A obra divide-se em duas partes, uma primeira que contempla os aportes teóricos, o percurso metodológico e a descrição do cenário sociocultural do município onde foi realizado o estudo. Na segunda parte do livro, são apresentadas as narrativas acerca das trajetórias de vida das mulheres, construídas através de histórias contadas e do imaginário dos autores. Todas as narrativas foram amplamente analisadas, tecendo uma discussão crítica dos principais achados, como um mosaico, talhado pela memória e pela lembrança evocada no encontro e no ato de narrar. Elas formam uma grande colcha de retalhos, construída por múltiplas vozes, sonoridades, experiências, vivências e lembranças. Um conjunto polifônico, plural e diverso.



**Vidas Nuas**



# Vidas Nuas

**Aids, gênero e violências**

Roger Flores Ceccon  
Stela Nazareth Meneghel



**Diagramação:** Marcelo A. S. Alves

**Capa:** Carole Kümmecke - <https://www.conceptualeditora.com/>

**Ilustração de capa:** Lohanna Paiva | <https://www.behance.net/Lohannapaiva>

**O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.**



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR) [https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth

Vidas nuas: Aids, gênero e violências [recurso eletrônico] / Roger Flores Ceccon; Stela Nazareth Meneghel -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

116 p.

ISBN - 978-65-87340-90-6

DOI - 10.22350/9786587340906

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Aids; 2. Gênero; 3. Violências; 4. Estado; 5. Brasil; I. Título.

---

CDD: 172

Índices para catálogo sistemático:

1. Ética Política 172

# Sumário

## Parte 1

<b>Apresentação</b> .....	<b>11</b>
<b>Capítulo I</b> .....	<b>15</b>
<b>Primeiras palavras: Aids, gênero e violências</b>	
O território: nessa terra mulher tem dono .....	23

## Parte 2

<b>Capítulo II</b> .....	<b>29</b>
<b>Primeira narrativa: as vozes das mulheres</b>	
Iniquidades e ideologia de gênero .....	31
<b>Capítulo III</b> .....	<b>45</b>
<b>Segunda Narrativa: as vozes das mulheres negras</b>	
As desigualdades raciais .....	48
<b>Capítulo IV</b> .....	<b>60</b>
<b>Terceira Narrativa: As vozes das mulheres pobres</b>	
As desigualdades sociais .....	62
<b>Capítulo V</b> .....	<b>77</b>
<b>Vidas nuas</b>	
<b>Capítulo VI</b> .....	<b>93</b>
<b>Palavras finais</b>	
<b>Referências</b> .....	<b>97</b>





## **Parte 1**



## Apresentação

(1)

Este livro surge do compromisso ético-estético-político em defesa da vida e do campo da Saúde Coletiva. É fruto dos arranjos de trabalho experienciados pelos autores na saúde pública brasileira, que passa pela atuação na assistência, gestão, ensino e pesquisa em serviços voltados à produção do cuidado a pessoas com HIV, além de uma longa trajetória de investigações sobre gênero e violências. É daí que surge a potência para o livro, em uma escrita cuidadosa e comprometida em denunciar as situações vivenciadas por mulheres que possuem uma doença “maldita”, carregada de estigma e preconceito.

Pretendemos visibilizar como se constituíram as trajetórias de mulheres que vivem com aids e como foram vulnerabilizadas ao longo da vida. Para isso, reacendemos a arte de ouvir narrativas, embora Walter Benjamin tenha apontado a degradação da arte de contar histórias nas sociedades atuais. As velhas profissões artesanais que produziam contadores de histórias desapareceram: o marujo, que saía pelo mundo e voltava contando suas peripécias; ou o artesão, que possuía 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, olhos e mãos, essenciais para o contar histórias. E nem há tempo para ouvir em um mundo acelerado, onde não temos tempo nem para esperar as nossas almas (MENEGHEL, 2007).

Não se trata de um livro neutro, embora a lógica cartesiana acadêmica propugne certo “afastamento do pesquisador”. Desenvolvemos um olhar implicado sobre problemas presentes em uma sociedade capitalista, racista e patriarcal que necessitam ser visibilizados. 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 as histórias que nos foram contadas, rememoramos 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 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, do ato de afetar e ser afetado, que 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). Assim, nossa preocupação é com a vida das mulheres e o exercício de poder investido sobre elas. É a vida, e não a morte, que pretendemos investigar. Falar não só das violências, mas também sobre outros aspectos que envolvem suas trajetórias e emergiram das histórias. É uma escrita produzida ao lado dessas mulheres.

## (II)

Esse livro divide-se em duas partes, uma primeira que contempla os aportes teóricos, o percurso metodológico e a descrição do cenário socio-cultural do município onde foi realizado o estudo. Na segunda parte do livro, são apresentadas as narrativas acerca das trajetórias de vida das mulheres, construídas através de histórias contadas e do imaginário dos autores. Todas as narrativas foram amplamente analisadas, tecendo uma discussão crítica dos principais achados, como uma colcha de retalhos, talhada pela memória e pela lembrança evocada no encontro e no ato de narrar.

As três narrativas formam, de fato, uma grande colcha de retalhos, construída por múltiplas vozes, sonoridades, experiências, vivências e lembranças. Um conjunto polifônico, plural e diverso. Na primeira narrativa, denominada “As vozes das mulheres”, discute-se como operam as iniquidades de gênero e quais efeitos produzem sobre mulheres que vivem com aids, além de problematizar as ideologias que contribuem para a não garantia de direitos e para a precarização das vidas femininas em sociedades patriarcais, capitalistas e racistas.

A narrativa “*As vozes das mulheres negras*” discute como o racismo vulnerabiliza mulheres com aids; e a seção “*As vozes das mulheres pobres*” debate a relação entre pobreza, desigualdades sociais e aids em mulheres a partir dos efeitos do sistema capitalista patriarcal. A última seção, denominada *vidas descartadas*, aborda como se constituíram as vidas dessas

mulheres e como foram excluídas da sociedade. Tornam-se *vidas nuas*, expostas ao sacrifício e à morte. As “Palavras finais” articulam os elementos teóricos com os achados do estudo de acordo com os objetivos propostos no livro.

Enfim, esperamos que este livro se constitua como uma ferramenta de compreensão das vidas de mulheres que sofrem violências. 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 nossa resistência em tentar desfazer a estranheza e o medo que essa condição produz na sociedade. Uma situação que nos descortina. Por fim, um agravo que nos toca.

## Capítulo I

### **Primeiras palavras: Aids, gênero e violências**

(1)

Este livro busca produzir um olhar sensível e crítico acerca das vidas de mulheres que experienciam a aids e as violências. Para isso, além de um exaustivo trabalho de pesquisa de campo, mesclamos concepções teóricas da Filosofia, Sociologia, Saúde Coletiva e Psicologia Social, tendo em vista a complexidade do que se pretende e a necessidade de dialogar com diferentes perspectivas e vertentes do conhecimento. Foram ouvidas narrativas e analisadas trajetórias de vida de mulheres, todas marcadas por agressões psicológicas, físicas e/ou sexuais, além da vivência da aids, condição considerada na sociedade uma sentença e anúncio de morte. Mulheres silenciadas e invisibilizadas, tendo em vista os efeitos ideológicos mantenedores das desigualdades de gênero e poder nas relações sociais.

Em contraste às investigações baseadas em modelos biomédicos e/ou abordagens pautadas no comportamento individual, utilizamos uma perspectiva que considera as violências de gênero como 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, utilizamos narrativas de mulheres que sofreram agressões - todas cruéis e sexistas - tendo em vista a necessidade de compreender as consequências a partir das vítimas que as experienciaram.

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, são consequências de sociedades machistas, patriarcais, conservadoras e desiguais 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 existentes sobre os temas (HATCHER et al. 2015).

Ainda que haja opressões comuns a todas as mulheres, existem marcadores sociais de diferença que potencializam a vulnerabilidade social e de gênero de algumas em relação às outras, fato também explorado ao longo do livro. Portanto, entendemos que as “violências de gênero” e a “experiência da aids” são marcadores que estão relacionados, principalmente em mulheres negras e pobres.

A violência em mulheres que vivem com HIV apresenta elevada prevalência no Brasil. Pesquisas apontam que 72% delas sofreram algum tipo de agressão: 63% psicológica, 52% física e 28% sexual; violências físicas e sexuais, geralmente coexistentes, correspondem a mais da metade dos casos. Muitas mulheres sequer reconhecem as violências sofridas e naturalizam as agressões como forma de controle e/ou punição por não cumprirem os papéis socialmente impostos (MOHAMMADI, 2015; HARLING, 2015; SANTOS, 2009; BARROS, 2011).

O HIV/aids e as violências são condições com certo grau de semelhança, pois estão 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 intervenção do Estado. Além do mais, mulheres com HIV/aids e/ou que sofrem violências vivem, muitas vezes, em relações sociais marcadas por conflitos, preconceito, culpabilização e estigma (OKAREH, 2015; SCHRAIBER, BARROS, CASTILHO, 2010).



As violências podem ser marcadores sociais que acentuam a vulnerabilidade das mulheres para a aquisição do HIV – quando infectada por violência sexual – ou o vírus pode aumentar a possibilidade de ocorrer violências – quando, por exemplo, as mulheres revelam o diagnóstico ao companheiro. Entretanto, é difícil estabelecer relação de causa/efeito ou associação temporal entre estes eventos, embora 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 torná-las vulneráveis, como a dificuldade de acesso aos serviços, baixa escolaridade, pobreza, violência institucional, falta de redes sociais de apoio, maternidade e desemprego (JEWKES, 2010).

É imprescindível a utilização da categoria “gênero” para investigar as trajetórias e os contextos de vida desse grupo de mulheres. Olhar pelas lentes de *gênero* possibilita perceber o quanto elas são valorativamente subordinadas, dominadas e exploradas na sociedade, posto que a garantia social de sua dignidade e integridade estão condicionadas à tutela masculina. Ainda, a autoridade dominante busca impor às mulheres a passividade, o formalismo e o silêncio, como um “anteparo diante do público”, e as que vivem 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 a essas mulheres, podendo culminar em todos os tipos de violências, inclusive homicídios (GOTTERT, 2016).

## (II)

Supomos que as trajetórias de vida de mulheres com HIV/aids, em sociedades capitalistas, racistas e patriarcais, sejam marcadas por iniquidades 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 violências graves, como estupros e homicídios, visto que os corpos das mulheres podem servir como depositários da necessidade masculina. Essa situação é agudizada pelo fato de viverem com uma doença estigmatizada, sendo lhes imputada sentimentos de promiscuidade e culpa, o que acaba produzindo ainda mais rechaço social e dificultando a possibilidade de resistência.

Na literatura, há um debate intenso sobre as desigualdades de gênero e violências, havendo necessidade de estudos que priorizem grupos específicos, como mulheres negras, pobres, prostitutas, migrantes e com HIV/aids, visto que são condições sociais da diferença e possuem cenários, causas, efeitos e dinâmicas distintas. Especificamente sobre as desigualdades de gênero e as violências nas quais 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 estudadas nos últimos anos (HAYASHI, 2016; OJIKUTU, 2016; SCHULKIND, 2016).

Portanto, o estudo que culminou para a escrita deste livro foi realizado com o propósito de analisar criticamente e visibilizar a existência de situações ainda pouco exploradas, especialmente a interface entre HIV/aids e violência de gênero. Justifica-se pelo fato da aids ainda ser uma condição envolta por preceitos morais, discriminatórios e estigmatizantes; ser uma doença que apresentou rápido aumento na incidência entre mulheres; existir dificuldades sociais entre aquelas que vivem com a doença; haver iniquidades na atenção voltada aos diferentes grupos de mulheres (prostitutas, negras, pobres, adolescentes, gestantes); 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 da aids e das violências na vida das mulheres, foram elaboradas

questões que nortearam a escrita: Como vivem as mulheres vítimas de iniquidades de gênero, de violências e da aids em uma sociedade capitalista, patriarcal e racista? Que violências são essas e como se manifestam? Quais os efeitos do racismo, da pobreza e das desigualdades de gênero? Que narrativas são produzidas? Como se constituem as relações de poder?

Portanto, este livro objetiva conhecer as trajetórias de vida de mulheres com HIV/aids em situação de violência e analisar as vulnerabilidades decorrentes das desigualdades de gênero, raça e classe social.

### (III)

Para a compreensão das narrativas e dos achados que emergiram, nos fundamentamos no referencial teórico-metodológico do Construcionismo Social, que entende o conhecimento como o centro dos processos sociais (SPINK, 2010). Consideramos que, ao invés de descobrir uma realidade objetiva e independente sobre a trajetória de vida das mulheres, este livro constrói o conhecimento através do relato de interações sociais. O Construcionismo Social busca identificar os processos por meio dos quais as mulheres descrevem, explicam e compreendem o mundo em que vivem. 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 sóciohistoricamente, sendo a narrativa um dispositivo potente (IÑIGUEZ, 2001; 2003; 2004).

A narrativa é uma alternativa de expressar a realidade por meio de palavras, pois tem como característica ser um guia sensível à fluída e variável realidade humana. Neste livro, 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. As histórias foram produzidas por meio de relato oral, em entrevistas abertas. Ao solicitar que relatassem suas vidas, estava contido o reconhecimento e respeito à individualidade que a narrativa permite através da memória e da voz do narrador (MARRE 1991).

A memória individual, associada às relações sociais e culturais, é um componente essencial das narrativas e se constitui como um processo de criação de significados. 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) e serviu como ferramenta para reconstituir as trajetórias de vida das mulheres.

As trajetórias de vida foram entendidas como um conjunto de eventos que fundamentam suas vivências. 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 na investigação (BORN, 2001).

As trajetórias de cada mulher trazem em si os processos de exercícios de poder que se entrecruzam, configurando mudanças de relações a todo tempo. Esse processo de mudança implica rupturas que se manifestam em

desavenças, revoltas, resistências, deslocamentos e continuidades (FALEIROS, 2001), em que 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.

Foram ouvidas 61 mulheres que viviam com HIV/aids cadastradas no Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/aids (SAE) de um município do Rio Grande do Sul, todas com idade superior a 18 anos. A coleta de dados foi realizada no ano de 2013 na sede do SAE. A escolha pelo local considerou a elevada incidência da doença no município (82 casos/100 mil habitantes em 2015) e a acentuada feminização da epidemia. Ainda, 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).

Participaram do estudo mulheres que viviam com HIV/aids e que sofreram violência. Elas foram entrevistadas pelo pesquisador em local próprio de funcionamento do SAE quando procuraram o serviço por livre espontaneidade. Inicialmente, elas foram acolhidas, 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 sobre sua vida.*

As mulheres não foram interrompidas durante a narração, e pequenas interrupções só aconteceram quando o entrevistador foi incapaz de compreender o conteúdo relatado, pedindo esclarecimentos. Após indicação da participante de que a história acabou, o entrevistador realizou pequenas 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.

As entrevistas tiveram duração entre 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.

Para a compreensão das narrativas, as mesmas foram analisadas e recontadas, criando-se um mosaico analítico que culminou em três narrativas coletivas apresentadas no livro, contadas a partir do que foi recorrente nas histórias relatadas. A análise privilegiou os conteúdos produzidos, os discursos, os fatos mais relevantes, as situações comuns à maioria das mulheres e o que produziu maior sentido a elas, sendo possível articular o contexto macro-contextual, micropolítico e sócio-histórico. A partir dos relatos das mulheres, foram construídas três grandes narrativas, utilizando os fragmentos que contemplaram aspectos vividos pela maioria delas.

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.

## **O território: nessa terra mulher tem dono**

Nesta seção são apresentadas as características culturais e sociais do município onde foi realizada a pesquisa e descritas quem são as mulheres entrevistadas. Procura compreender como o território contribui na produção das desigualdades de gênero, na violência e na vulnerabilização feminina ao HIV/aids.

Ao ouvir sobre as trajetórias de vida das mulheres, observou-se que as situações vivenciadas têm estreita relação com o cenário social e cultural de onde vivem. Elas foram produzidas e são produtoras das interações interpessoais, onde são exercidas relações de poder e circulam ideologias mantenedoras de desigualdades de gênero, raça e classe social. Portanto, são situações que resultam de relações histórico-sociais, econômicas e culturais.

O município não será identificado, a fim de preservar as mulheres entrevistadas e os profissionais que atuam no SAE, não limitando em nada a análise realizada ao longo do livro. O local é localizado no interior do Rio Grande do Sul e caracteriza-se pela intensificação da pobreza e da 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 (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, visivelmente presentes no local, resultam da organização patriarcal e são moldadas pela cultura machista do

interior gaúcho (CAMPOS, 2011). O município, assim como outras cidades do Rio Grande do Sul, ao longo do processo histórico cultivou a figura do “gaúcho” como símbolo de identidade, de modo similar à Argentina e Uruguai, embora com algumas particularidades. 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 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, no município, 77% dos empregos formais e 99% dos informais eram ocupados por homens, 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 funções de “esposas” (CAMPOS, 2011).

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.

Observa-se, entre as mulheres entrevistadas, características e condições comuns à maioria delas, constituindo-se um grupo 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).

No município em questão, 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 elas. É necessário, portanto, analisar especificamente as vidas destas mulheres a partir dos eixos de raça, gênero e classe social, a fim de conhecer como operam as relações de poder moldadas por violências e como estas condições contribuem para o aumento do HIV/aids na população feminina.

## Parte 2



## Capítulo II

### Primeira narrativa: as vozes das mulheres

(1)

*Não lembro quase nada da minha infância, mas foi nela que comecei a pegar nojo de homem. Como pode, né? Tenho pavor, mas parece que sempre precisei de um. Minha mãe dizia que eu precisava encontrar um homem bom pra casar. Encarei isso como natural. Meu pai, se é que posso chamar aquilo de pai, me agredia. Me batia por qualquer motivo e bebia sem parar. Tomava cachaça. Perdeu a cabeça. Também passou a agredir minha mãe. 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. Eu tinha que pagar a estadia. Fazia todo o serviço da casa e cuidava dos filhos dela. Tive que largar o colégio. Foi lá também que sofri meu primeiro estupro. Eu estava 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. 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. 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. 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 muito triste. Logo casei. Fiquei casada 23 anos e infeliz. Ele tinha amantes. Tem boatos que ele saía 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 pingão 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 que me toque. Fugir*

*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.*

(II)

## **Iniquidades e ideologia de gênero**

Esta seção responde a uma indagação que acompanha o transcorrer e o fazer-pensar deste livro: como operam as iniquidades de gênero<sup>1</sup> e que efeitos produzem nas mulheres que vivem com HIV? Além do mais, discute sobre a ideologia de gênero<sup>2</sup>, 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 à saúde é produzida às mulheres, que recebem apenas um “cardápio” de testes e

---

<sup>1</sup> Iniquidades de gênero são entendidas como desigualdades entre homens e mulheres consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas.

<sup>2</sup> O conceito de ideologia utilizado neste estudo é 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 de direita e extrema direita 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).

medicamentos, resultando em quebra dos princípios constitucionais da equidade e da integralidade.

A narrativa apresentada, que ecoa a voz da maioria das mulheres ouvidas, relata um amplo leque de discriminações, preconceitos, violências e iniquidades. As mulheres relataram itinerários marcados 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 abusos, trabalho infantil e violência familiar. A essas relações sobrevivem filhos, rupturas e novos parceiros, sempre na esperança alicerçada nos mitos românticos de encontrar o companheiro ideal.

Illetradas, com pouca educação formal e qualificação para o trabalho, muitas encontraram na prostituição o único recurso para superar as dificuldades econômicas da vida. O diagnóstico do HIV 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, injustas e evitáveis, que vulnerabilizam as mulheres e reduzem sua capacidade de viver e enfrentar a doença (HARGREAVES et al., 2008; FONSECA, 2005; FERRANTI, 2003; CARVALHO, 2000).

As mulheres que ouvimos exerceram ao longo da vida os papéis designados ao feminino na sociedade patriarcal. O discurso que veicula o desempenho desses papéis é representativo da 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 com os homens. Ainda é comum a expulsão de casa de meninas que engravidaram ou rapazes que não se comportam de acordo com a heterossexualidade obrigatória.

A categoria *gênero* foi utilizada como ferramenta analítica para compreender os processos sociais e culturais e as relações de poder entre homens e mulheres, o que implica assumir que o corpo sexuado funciona como alvo da hierarquia social. Cabe considerar, também, que reconhecer-se como homem ou mulher é consequência da socialização 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. De maneira geral, houve melhoria nas condições de vida, e as desigualdades de gênero foram reduzidas desde o fim da Segunda Guerra Mundial, especialmente 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 a 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, além do 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 (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, representados por 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 negras, mais suscetíveis às barreiras de acesso a serviços e mais vulneráveis a agravos e doenças resultantes da pobreza, dentre as quais a aids (UNAIDS, 2005; PATEMAN, 1996).

Percebeu-se nos relatos o quanto é vigente a educação diferenciada segundo sexo, parte da *socialização de gênero*, que normatiza segundo a régua do patriarcado quais os valores, papeis e atribuições serão designadas e aceitas à homens e mulheres. Essa construção influi no modo como as pessoas elaboram suas escolhas e atribuem significados ao seu existir (TRAVERSO-YÉPEZ, 2005). 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 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, mostrando que as violações ao longo da vida, a necessidade de fazer sexo por dinheiro ou segurança econômica anularam a possibilidade de uma sexualidade prazerosa 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 (YOSHIHIMA; HORROCKS, 2010).

Normas sexuais estabelecidas para homens e mulheres fazem parte do regime 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.

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 grandes cidades. 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, 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, conforme consta no excerto: *“Nunca usei camisinha com ninguém. Até queria. Tentava colocar, fazia um boquete pra ajeitar e eles davam um jeitinho e tiravam. Ou arreventavam. Ficava só aquela borrachinha de cima”*.

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 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, 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 (HEBLING, 2004).

Algumas mulheres 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 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 da aids (WHO, 2013; HEILBORN, 2002, 2003).

As mulheres possuem poucas alternativas para romper com as violências familiares, sendo o *casamento* e a *gravidez precoce* estratégias utilizadas por meninas 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 engravidam para cumprir um script tido como ideal de competência. O amor romântico as enclausura em um 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. 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).

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. Usaram, como se viu na narrativa, 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 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, 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. 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).

Parte das mulheres 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. 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; CARCEDO, 2010).

O exercício da prostituição é, na maioria das vezes, realizado em territórios onde vigora a lei do mais forte e da violência, 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. 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 (LIPSYC, 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. Um grupo encontrou “proteção” no casamento e outros na prostituição, embora todos precisem “pagar” com os corpos, com a disponibilidade sexual e com os serviços domésticos (SERPA, 2010).

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 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 femininos, com casamentos arranjados, trocas de mulheres nos clãs, estupro, 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 narrativas evidenciam dificuldades de manter relações interpessoais devido ao estigma e discriminação, principalmente por serem mulheres e portarem um vírus carregado de 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 levar ao suicídio. Essa postura de silenciamento deve-se à discriminação, rechaço e humilhações que ainda são dirigidas às que vivem com HIV, 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).

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. 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 gera menos 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.

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”. 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 biomédicos da doença (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007).

As vidas femininas estão aprisionadas em uma sociedade de controle, subjetivadas pela 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. As mulheres, 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.

## Capítulo III

### Segunda Narrativa: as vozes das mulheres negras

*Sinhô<sup>1</sup>: nasci preta e pobre, o que podia esperar? Nasci preta e pobre como todas essas que fazem tratamento 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, são todas essas aqui. Todas! Mas já que pedi, vou contar um pedaço da minha 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, agradecer, lavar, cozinhar, esfregar e cuidar. Era a única mulher. A escravinha. 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. 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 soffro disso até*

---

<sup>1</sup> 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.

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 quem 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. Dizem que puta não se apaixonava. 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 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. 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 ele queria, na posição que o ele gostava, onde ele ficasse com vontade. Hoje sou uma mulher fria, tenho problemas ginecológicos e secura. 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 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 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. 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 queria 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!*

(IV)

## **As desigualdades raciais**

Nesta seção são discutidas as discriminações raciais que operam como fatores que vulnerabilizam as mulheres com HIV/aids, visto que a maioria era negra e sofria os efeitos sociais do racismo. A narrativa, neste caso, constitui-se como denúncia das violações racistas que as afetaram, na tentativa de visibilizá-las e sensibilizar a sociedade na busca por estratégias de resistência.

O papel da mulher negra na formação da cultura brasileira foi negado por muito tempo e as violações do homem branco contra elas desde o Brasil Colônia fazem parte de uma história que ainda não foi totalmente contada. A posse das mulheres negras como objeto de satisfação sexual dos senhores desmistifica 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, grande parte vivendo em contextos de risco (CARNEIRO, 2005, 2002).

A violação das mulheres negras permanece viva no imaginário e nas práticas sociais, 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 a classe e a raça (CARNEIRO, 2005; SAFFIOTI, 1987, 2004).

As 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 (SERNAU, 2000; FRASER, 2001).

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 (WILLIAMS, 2001; ANARFI, 1993).

É preciso compreender como o privilégio funciona entre as mulheres, visto a posição desvantajosa de algumas e a vantagem política 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. 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 de 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, denominando de “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. Cabe 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 Cavalleiro (2001), Martins (2004), Hasenbalg (1996), Cunha (2001), Jaccoud; Beghin (2002), Paixão (2003), Batista et al. (2004), Martins; Tanaka (2000), Wood; Carvalho (1994).

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).

Algumas das desvantagens da população negra brasileira, quando comparada à branca, aparecem nas maiores taxas de desnutrição e 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-las. 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 (OLINTO; OLINTO, 2000). A voz 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. Lambia bota de todo mundo. Era a única mulher. A escravinha desse mundo estúpido. Não pude estudar. Mal sei ler”*.

As mulheres negras tiveram vidas marcadas pelo racismo, exploração, opressão, violência, falta de acesso a bens e serviços, precarização no mundo do trabalho, corroborando com pesquisas que demonstram este contexto (GARCIA-MORENO, 2006; GARCIA; SOUZA, 2010; MIRANDA-RIBEIRO et.al, 2010; CAMARGO, 2010; TAQUETTE, 2010; ALBUQUERQUE, 2010; ARAÚJO, 2010; SPIASSI, 2010), 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, como a educação escolar, a seletividade do mercado de trabalho, a pobreza e a organização familiar (LOPES, 2014; 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 (SEFFNER, 2006; AYRES et al., 2003; 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.

O cotidiano de discriminação racial vivenciada por elas compromete a 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 existência 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 (ROSEMBERG, 1995; KRIEGER, 2003).

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 formal, 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 (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 (GIFFIN; DANTAS-BERGER, 2007; CAVALCANTE et al., 2006; LOPES, 2005; CRAIG; PORTES, 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.*” 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.

O lugar da mulher negra, historicamente, 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 também 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. Essa situação é 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).

## Capítulo IV

### Terceira Narrativa: As vozes das mulheres pobres

*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, 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 tínhamos 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. Minha mãe viveu isso, eu tô vivendo, e minhas filhas vão passar por tudo. É destino de gente pobre. Minha mãe não queria que eu trabalhasse como puta, o sonho dela era nos ver num emprego decente, de carteira assinada. Até tentou nos matricular na escola, mas nunca conseguiu vaga. Que diretora ia querer filha de indigente? 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 que mal me pagou. Tenho medo 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. Queriam 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 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.*

(VI)

### **As desigualdades sociais**

Esta segunda narrativa apresenta as condições de pobreza experienciadas pelas mulheres com HIV/aids, tendo em vista que todas eram

pobres e em situação de precariedade. Neste capítulo discute-se como o capitalismo produz 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.

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 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 (WATTERS, 1995; CASTELLS, 1999; 2001; 2002).

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 (MONTEIRO, 2003; LAURELL, 2002).

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 (UNDP, 2002; ECLAC, 2006; FAO, 2014).

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; GARRAFA, 1996).

A maioria da população pobre é constituída por mulheres 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 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 inter-geracional 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 diretos 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).

A narrativa apresentada simboliza o contexto de mulheres que vivem com HIV: pobres, ocupam 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 (SAFFIOTI, 2001; 1997; 1989; JOHNSON, 1997). 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 (SAFFIOTI, 1989; LERNER, 1986).

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 (PIOT, 2007; LURIE, 2003; 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 ouvidas 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

umentam 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, 1995). *“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, 1995). 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 (BARBOSA, 1999; ABIA, 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 interiores 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 (TAQUETTE et al., 2003, 2004; MINAYO, 2003).



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 (TAQUETE, 2008; ZOYSA, 1996; PIOT, 2007).

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 (WEISER et al., 2007; UNAIDS, 2005; PARKER; GALVÃO, 2000; BARBOSA, 1999; STEIN, 1990; FAO, 2014).

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 (HEILMAN, 2016; HARGREAVES et al., 2007; PNUD, 2000).

Estudos sobre HIV/aids em mulheres refutam algumas ações de redução de risco tipicamente utilizadas por Programas tradicionais de controle (SCHOEPF, 1992, 1992; SCHOEPF et al., 1991; GUPTA; WEISS, 1993; ELIAS; HEISE, 1994; HEISE; ELIAS, 1995; KAMMERER ET AL., 1995; 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 (MICHAL-JOHNSON, 1994; HEISE; ELIAS, 1995; PARKER; GALVÃO, 2000; ZOYSA et al., 1996; BARBOSA, 1999; STEIN, 1990; ELIAS; HEISE, 1994).

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).

## Capítulo V

### Vidas nuas

As trajetórias de vida das mulheres e as discussões tecidas nas seções anteriores acerca das desigualdades de gênero, raça e classe social evidenciaram vulnerabilidades decorrentes dos poderes 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, o capital nunca havia penetrado tão fundo na vida e na alma das pessoas como agora, se inserido 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. 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. 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 insacrável 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 insacrável, 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 (ARENDR, 1958).

Para o sociólogo Boaventura Santos, a sociedade contemporânea ocidental tem como principal característica o pensamento abissal<sup>1</sup>, 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).

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*. 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 Guantánamo<sup>2</sup> 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

---

<sup>1</sup> Por abissal entende-se a incapacidade dialética de algo ocupar, ao mesmo tempo, os dois lados da linha.

<sup>2</sup> 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.

exceção, pois existem muitas 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 (SANTOS, 2007; 2002; AMANN, 2004).

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 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 (GLON, 2005; ATKINSON, 2005). 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 (SANTOS, 2007, 2002, 2006; LUGARD, 1929).

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 livro, 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 serem 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. 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 (GARBIN, 2012; 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, 2003). *“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). A vida nua representa o resultado do processo de precarização de certas vidas.

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, estupro 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-policial, 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”*.

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, haverá precarização e abandono. 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).

As mulheres que ouvimos também 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, 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 (MBEMBE, 2003; CASPER; MOORE, 2009; 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 (RADFORD; RUSSELL, 1992; SAGOT, 2000; MENEGHEL, 2011). 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 (MBEMBE, 2003; CASPER; MOORE, 2009; SAGOT, 2013).

O funcionamento do Estado 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. As mulheres com HIV/aids constituem um grupo de “vidas nuas”, marcadas pela pauperização, feminização e racialização da epidemia. Vidas desprotegidas

## Capítulo VI

### Palavras finais

Neste livro foram apresentadas 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.

Consideramos desafiador investigar as duas temáticas entrelaçadas: a *violência de gênero* e o *HIV/aids* em mulheres. O envolvimento com o tema foi tal que este livro tornou-se também uma “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, 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.

As narrativas das vidas das mulheres ouvidas desvelaram o contexto social e cultural do local onde vivem. 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 do local demonstram a dominação patriarcal, o capitalismo agrário, as desigualdades raciais e a hipervalorização

da cultura gaúcha, formando um “mosaico” de situações que mantém 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 apresentam similaridades 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.

O referencial teórico utilizado ontemplou a relação entre raça, classe social e gênero, entendendo que estes diferentes marcadores sociais produzem efeitos sinérgicos na vida das mulheres. Portanto, o capitalismo, o patriarcado e o racismo resultam em vulnerabilidades ao HIV/aids e às violências, contribuindo para a precarização da vida das mulheres.

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, 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.

As condições de sofrimento, violências e discriminações em que vivem mulheres com HIV/aids em um município do interior do Rio Grande do Sul, remete à metáfora de que se constituem como 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

- AGAMBEN, G. *Homo Sacer: O Poder Soberano e a Vida Nua I*. trd. Henrique Burigo, 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, 19 (2), p. 63-74, 2010.
- AMANN, D. M. Guantánamo. *Columbia Journal of Transnational Law*, 42 (2), p. 263-348, 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*, vol. 3: 45-67, 1993.
- ANDREFF, W. Événementiel sportif, impact économique et régulation. In: ESBORDES, M.; RICHELIEU, A. *Néomarketing du sport, Regards croisés entre Europe et Amérique du Nord*. Bruxelles, Editions De Boeck, 2001.
- 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.
- ARCHAVANITKUL, K.; GUEST, P. Migration and the commercial sex sector in Thailand. *Health Transition Review*, vol. 4 :273-295, 1994.
- ARENDDT, H. *A condição humana*. University of Chicago Press, 1958.
- ABIA. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. *Métodos controlados pelas mulheres*. Boletim ABIA Especial, 43, 1999.

- ATKINSON, R.; BLANDY, S. International perspectives on the new enclavism and the rise of gated communities. *Housing Studies*, 20 (2), p. 177-86, 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, p. 117-139, 2003.
- BANDEIRA, L. *Fortalecimento da Secretaria de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade de gênero nas políticas públicas*. Brasília: CEPAL, SPM, 2005.
- BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado: poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. São Paulo: Ed. 34; p. 73-88, 1999.
- 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, 29 (2), p.166-196, 1997.
- BARROS, C.R.S.; SCHRAIBER, L.B.; FRANÇA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Revista de Saúde Pública*;45(2):365-72, 2011.
- 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*, 38, p. 630-6, 2004.
- BECKERMAN, M. *Geração T.E.E.N.: Transei e Esqueci o Nome*. 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. *A intersecção das desigualdades de raça e gênero: implicações para as políticas públicas e os direitos humanos*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal/Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher; p. 1-22, 2004.
- BENJAMIN, W. O Narrador. In: Walter Benjamin; Max Horkheimer & Theodor Adorno. *Textos escolhidos*. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1975.

- BERLINGUER, G.; GARRAFA, V. *Mercado humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo*. Brasília: Editora UnB, 1996.
- BLACKWELL, M.; NABER, N. Interseccionalidade em uma era de globalização. *Revista Estudos Feministas* 10(1): 19, 2002.
- BORN, C. Gênero, trajetória de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. *Sociologias*, n. 5, p. 240-265, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV-AIDS*. Brasília. Ano III - nº 01. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, 2007
- BYRON, T. Safer Children in a Digital World. *The Report of the Byron Review Byron Review*, 2008.
- CAMARGO, B. V. et al. Relações Amorosas, Comportamento Sexual e Vulnerabilidade de Adolescentes Afrodescendentes e Brancos em Relação ao HIV/aids. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 19 (2), p. 36-50, 2010.
- CAMPOS, C.H. *Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Editora Lumen Juris Rio de Janeiro, 2011.
- CAMPOS, C. S. S. *A Face Feminina da Pobreza Em Meio à Riqueza do Agronegócio*. Editora Clacso Livros, 2011.
- CARCEDO, A. *No ouvidamos ni aceptamos: Femicídio em Centro América 200-2006*. CEFEMINA, San José, C.R.: 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, 2002.
- CARNEIRO, S. A. *A Construção do Outro como Não-Ser como Fundamento do Ser*. [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo, 2005.

- CAROVANO, K. More than Mothers and Whores: redefining the AIDS Prevention Needs of women. *International Journal of Health Services*, 1(1), p. 131-142,1991.
- CARVALHO, M. E. P. *Family-school relations: a critique of parental involvement in schooling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.
- CASPER, M. J.; MOORE, L. J. *Missing bodies: The politics of visibility*. New York: New York University Press, 2009.
- CASTELLS, M. *A Era da Informação. A Sociedade em Rede*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- CASTELLS, M. *The Information Age*. III: End of Millenium. Oxford: Blackwell, 1998.
- CASTELLS, M. *The Internet Galaxy, Reflections on the Internet, Business and Society*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
- CASTELLS, M. *The Network Society: A Cross-Cultural Perspective*. Cheltenham, UK; Northampton, MA, Edward Elgar, 2004.
- CASTELLS, M.; HIMANEN, P. *The Information Society and the Welfare State: The Finnish Model*. Oxford, 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, 2006.
- CAVALLEIRO, E. *Racismo e anti-racismo na educação: repensando nossa escola*. São Paulo: Summus; 2001.
- CECCON R.F. *Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida*. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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 Publica* 37(4/5), 2015.
- CECCON, R.F; MENEGHEL, S.N.; HIRAKATA, V.N. Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida. *Revista de Saúde Pública*;48(5):758-65, 2014.

- COUTO, M.T. et al. *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)*. Relatório Final de Pesquisa. 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*, 116(1): p. 82-93, 2011.
- CRAIG, D.; PORTES, D. The third way and the third world: poverty reduction and social inclusion strategies in the rise of 'inclusive' liberalism. *Review of International Political Economy*, 12(2):226-263, 2005.
- CUNHA, E. M. G. P. Infant mortality and race: the differences of inequality. In: Hogan, D. J. *Population change in Brazil: contemporary perspectives* (). Campinas: Núcleo de Estudos da População, Universidade Estadual de Campinas, p. 333-6, 2001.
- DEATON, A. Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*. 41(1): 113-58, 2003.
- DECOSAS, J.; KANE, F.; ANARFI, J. K.; SODJI, K. D.; WAGNER, H. U. Migration and AIDS. *Lancet*, 346:826-828, 1995.
- 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*. 21 (7), p. 49-56, 2007.
- 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*, 8, p. 1-9, 1994.
- FALEIROS, V.P. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2001.
- FAO. *O estado da Segurança alimentar e nutricional no Brasil: um retrato multidimensional*. Relatório Multidimensional. Brasília, 2014.

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

FARMER, P. *Infections and Inequalities*. Berkeley: University of California Press, 1999.

FARMER, P. Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emergent Infectious Diseases*, 2:259-269, 1996.

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

FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 43 (5), p. 851-858, 2009.

FERRANTI, D. et al. *Inequality in Latin America and the Caribbean: breaking with history?* 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*, v.36, p.678-685, 2005.

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

FOUCAULT, M. *Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994.

FRASER, N. Redistribuição ou reconhecimento? Classe e status na sociedade contemporânea. *Revista Interseções*, Rio de Janeiro, 4 (1), p. 7-32, 2001.

GALVÃO, J. *Aids no Brasil: agenda de construção de uma epidemia*. 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*, 18(1), p. 107-118, 2012.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M.D. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde e Sociedade*, 19 (2), p. 9-20, 2010.

- 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*. 368(9543):1260-9, 2006.
- GIFFIN, K.; DANTAS-BERGER, S. M. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: TAQUETTE, S. R. (Org.). *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 55-60, 2007.
- GLON, J. C. Good fences make good neighbors: national security and terrorism - time to fence in our Southern border. *Indiana International & Comparative Law Review*, 15 (2), p. 349-88, 2005.
- GOLDSTEIN, D. *Laughter Out of Place: Race, Class, Violence, and Sexuality in a Rio Shantytown*. 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 Behav*; 20(8): 1785-95, 2016.
- GUIMARÃES, N. Desafios da equidade: reestruturação de gênero e raça no Brasil. *Cadernos Pagu*, 17-18, p. 237-266, 2002.
- GUPTA, G. R.; WEISS, E.; Women's lives and sex: Implications for AIDS prevention. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 17, p. 399-412, 1993.
- 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*. 21 (7), p. 39-48, 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*, 62(2), p. 113-119, 2008.
- HARLING, G.; TSAI, A. C.; SUBRAMANIAN, S. V. Intimate partner violence and HIV: embracing complexity. *Lancet Glob Health*; 3(6): e313, 2015.

- 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* (). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro Cultural Banco do Brasil, p. 235-49, 1996.
- 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*; 29(16): 2183-94, 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*; 48(2): 135-45, 2016.
- HEBLING, E. M.; GUIMARÃES, I. R. F. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. *Cadernos de Saúde Pública*, n.20, p.1211-8, 2004.
- HEILBORN, M.L. Articulado 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*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 197-208, 2003.
- HEILBORN, M.L. et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 8, n.17, p.13-45, jun.2002.
- HEILMAN, B.; STICH, S. *Revising the Script Taking Community Mobilization To Scale For Gender Equality*. International Center for Research on Women (ICRW), 2016.
- HEISE, L. et al. *Violence against women. The hidden health burden*. 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*, 40, p. 931-943, 1995.
- HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. *Improved health system performance through better care coordination*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.
- HOOKS, B. Intelectuais Negras. *Revista Estudos Feministas*, 3 (2), p. 454-478, 1995.



IBGE. BRASIL. *Censo Demográfico, 2010*. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) <acesso em 25 de agosto de 2016>.

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

ÍÑIGUEZ, L. El llenguatge en les ciències socials. In L. Íñiguez (Ed.), *El llenguatge en les ciències humanes i socials*. Barcelona, España: Universitat Oberta de Catalunya, 2001.

ÍÑIGUEZ, L. *La psicología social en la encrucijada postcons-truccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción*. In *XII Encontro Nacional da ABRAPSO*, Porto Alegre, RS, 2003.

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

JACCOUD, L. Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à promoção de uma política de igualdade racial. In: Jaccoud (org), *A construção de uma política de promoção da igualdade racial*. Brasília, Ipea, 2009.

JOHNSON, A. G. *The Blackwell Dictionary of Sociology: A User's Guide to Sociological Language*. Wiley-Blackwell. 432 pg. 2000.

JOHNSON, A. G. *The gender knot – unraveling our patriarchal legacy*. Filadélfia: Temple University Press, 1997.

KAMMERER, C.; HUTHEESING, O.; MANEPRASERT, R.; SYMONDS, P. Vulnerability to HIV infection among three hill tribes in Northern Thailand. *See Brummelhuus & Herdt*, p. 53-75. 1995.

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

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*: 33-50, Boulder: Westview Press, 1997.

- 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*, 93(2), p. 194-199, 2003.
- LAPOUJADE, D. *Textes et entretiens 1953-1974: Guilles Deleuze. L'Île déserte et autres textes*, Paris, Éditions de Minuit, 2002.
- LARVIE, P. Homophobia and the ethnoscape of sex work in Rio de Janeiro. In: HERDT, G. ed. *Sexual Culture and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives* (): 143-164, Oxford: Clarendon, 1997.
- LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado; a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, p.151-178, 2002.
- LEAL, O.M.F. *The gauchos: male culture and identity in the pampas*. [Tese]. University of California. Graduate Division. 1989.
- LERNER, G. *Definitions. The Creation of Patriarchy*. New York: Oxford University Press. p. 231-243, 1986.
- LIPSZYC, C. *Prostitución o esclavitud sexual?* Lima, CLADEM, 2003.
- LOPES, F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21 (5), p. 1.595-1.601, 2005.
- LOPES, L.M. et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 11, p. 2283-2297, 2014.
- LUGARD, F. D. *The dual mandate in British tropical Africa*. 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*, 34(2), p.67-86, 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. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2), p. 149-56, 2003.

- MANN, J. M.; TARANTOLA, D. *AIDS in the World II*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1996.
- MANN, J. M.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. W. *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993.
- MARRE, J. História de Vida e método biográfico. *Cadernos de Sociologia*, 3, 55-88; 1991.
- 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*, 10, p. 27-38, 2000.
- MARTINS, R. B. *Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente*. Santiago do Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2004.
- MBEMBE, A. Necropolitics. *Public Culture*, Duke, 15(1), p. 11-40, 2003.
- MEHRA, R. The equity premium: why is it a puzzle? *Financial Analysts Journal*, 59(1), 54-69, 2003.
- MELO, H. P.; BARROS, Flávio. O Desemprego no Feminino, *Archétypon*, n. 22, 2000.
- MENEGHEL, S. N. et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 (3), p. 691-700, 2013.
- MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 45 (3), p. 564-574, 2011.
- MENEGHEL, S.; INÍGUEZ, L. Contadores de histórias – práticas discursivas e violência de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1815-1824, 2007.
- MEYER, D. Corpo, violência e educação: uma abordagem de gênero. In: JUNQUEIRA, R. D. *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, p.213-234, 2009.

- MICHAL-JOHNSON, P. The dark side: Barriers to changing high-risk behaviors. *AIDS and Public Policy*, 9:18-19, 1994.
- 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*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p. 13-22, 2003.
- MIRANDA-RIBEIRO, P. et al. Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 19 (2), p. 21-35, 2010.
- MOHAMMADI, N.; KOCHAK, H.E.; GHARACHEH, M. The Lived Experience of Domestic Violence in Iranian HIV-Infected Women. *Global Journal of Health Science*; 7(5): 43-50, 2015.
- MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estudos Avançados*, 17 (48), p. 7-20, São Paulo, 2003.
- NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias, gênero e violências: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: Strey, A. *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Editora da PUCRS, p.149-176, 2004.
- NEUHOUSER, K. Sources of women's power and status among the urban poor in contemporary Brazil. *Signs*, 14, p. 685-702, 1989.
- NIETO, J. A. *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Bellaterra, 2008.
- OJIKUTU, B.O.; PATHAK, S.; SRITHANAVIBOONCHAI, K.; LIMBADA, M.; FRIEDMAN, R.; LI, S; MIMIAGA, M.J. et al A. Community Cultural Norms, Stigma and Disclosure to Sexual Partners among Women Living with HIV in Thailand, Brazil and Zambia (HPTN 063). *PLoS One*; 11(5): e0153600, 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 Int*; 36(2): 149-60, 2015.
- OLINTO, M.T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: em exemplo no sul do Brasil. *Cadernos deSaúde Pública*, 16: 1137-42, 2000.

- PAIXÃO, M. *Desenvolvimento humano e relações raciais*. Rio de Janeiro, DP&A; 2003.
- PARKER, R. Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS. *AIDS*, 10 (3): p. 27-31, 1996.
- PARKER, R. Migration, sexual subcultures, and HIV/AIDS in Brazil. In: HERDT, G. *Sexual Culture and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives*, p. 55-69, Oxford: Clarendon, 1997.
- PARKER, R. *O fim da AIDS?* ABIA, 2015.
- PARKER, R. *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.
- PARKER, R. The Global HIV/AIDS Pandemic, Structural Inequalities, and the Politics of International Health. *American Journal Public Health*, 92(3), p. 343-347, 2002.
- PARKER, R. The negotiation of difference: Male prostitution, bisexual behavior and HIV transmission in Brazil. In: DANIEL, H.; PARKER, R. *Sexuality, Politics and AIDS in Brazil*, p. 85-96, London: The Falmer Press, 1993.
- PARKER, R.; CAMARGO, J. R.; KENNETH, R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (1), p. 89-102, 2000.
- PARKER, R.; GALVÃO, J. *Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ, Editora Relume-Dumará, 1995.
- PATEMAN, C. Críticas feministas a la dicotomía público/privado. In: CASTELLS, C *Perspectivas feministas en teoría política*. Barcelona: Paidós, 1996.
- PELBART, P. P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Editora Iluminuras, 2011.
- PELBART, P. P. *Vida nua, vida besta, uma vida*. 2006.
- PIOT, P.; GREENER, R, RUSSELL, S. Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development. *PLoS Med*, 4(10), 2007.

- PITANGUY, J.; MIRANDA, D. As mulheres e os direitos humanos. In: PUGLIA, J. *O progresso das mulheres no Brasil*. Brasília. p. 14-31, 2006.
- PUTNAM, D. R. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press, 1993.
- RADFORD, J.; RUSSELL, D. E. H. Femicide. The politics of woman killing. 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. (orgs.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000.
- RAO GUPTA, G. *Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How*. Geeta Rao Gupta's plenary presentation of 12 July 2000 at the XIII International AIDS Conference, 5 (4), 2000.
- REIHLING, H. Rejeitar ou priorizar a vida? Ambiguidades da biopolítica da aids no Uruguai. *Ciência e Saúde Coletiva*. vol.15, suppl., pp. 1159-1168, 2010.
- 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*, 48(1), p. 36-42, 2014.
- RIBEIRO, M. A.; OLIVEIRA, R. S. *Território, sexo e prazer: olhares sobre o fenômeno da prostituição da geografia brasileira*. Rio de Janeiro, Gramma, 2011.
- ROCCO, S. Telling Tales and Making Excuses. *Feminism and Psychology*, 13 (4), p. 459-463, 2003.
- ROMERO-DAZA, N.; HIMMELGREEN, D. More than money for your labor: Migration and the political economy of AIDS in Lesotho. In: SINGER, M. *The Political Economy of AIDS*, p. 185-204, Amityville: Baywood Publishing Co, 1998.
- ROSEMBERG, F. *Educação infantil, classe, raça e gênero: notas preliminares*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1995.

- SAFFIOTI, H. I. B. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A., GUERRA, V. N. de A. (Orgs.). *Crianças vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder*. São Paulo: Iglu, p. 13-21, 1989.
- SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu* (16): p.115-136. Campinas – São Paulo, 2001.
- SAFFIOTI, H. I. B. *O poder do Macho*. Editora Moderna. São Paulo, 1987.
- SAFFIOTI, H. I. B. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, M. (org.). *Violência em debate*. São Paulo, Editora Moderna, p.39-57, 1997.
- SAFFIOTI, H.B. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SAGOT, M. R. El femicidio como necropolítica en Centroamérica. *Labrys, études féministes*, 2013.
- SAGOT, M.; CARCEDO, A. *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso en diez países*. San José, Costa Rica: OPS/OMS, 2000.
- SAGOT, R.M. Socialización de género, violencia y femicidio. *Revista Reflexiones*, Vol. 41, Núm. 1, 1995.
- 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*. Santarém, Portugal: Normagrafe Lda., p. 35-47, 2002.
- SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):319-324, 2007.
- SANTOS, B. S. *Globalização e ciências sociais*. São Paulo: Cortez, p. 25-104, 2002.
- SANTOS, B. S. *Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes*. Novos estud. – CEBRAP, São Paulo, 79, p. 71-94, 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. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n.12, p.2896:2905, 2007.

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*, v.15, n.2, p.286 -310, 2002.

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 Publica*. 25(supl 2):321-332, 2009.

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

SCHOEPEF, B. G. 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** (), Trenton: Africa World Press, 1992.

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

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*, v.13, n.2, p.237-45, 2010.

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. *Culture, Health & Sexuality*; 18(7): 770-84, 2016.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, vol. 20, nº 2. 1990.

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



- SEGATO, R. L. Qué es un feminicidio. Notas para un debate emergente. In: MARISA/MELGAR, L. *Belausteguigoitia Fronteras, violencia, justicia: nuevos discursos*. México. PUEG/UNIFEM, p. 35-48, 2007.
- SEGATO, R.L. *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes/ Prometeo 3010. pp 131-148, 2003.
- SERNAU, S. *Worlds apart: social inequality in the global economy*. California: Pine Forge Press, 2000.
- SERPA, N. C. *A inserção e a discriminação da mulher no mercado de trabalho: Questão de Gênero*, 2010.
- SHELTON, J. D.; CASSELL, M. M.; ADEYUNJI, J. Is poverty or wealth at the root of HIV? *Lancet*, 366(9491), p. 1057-8, 2005.
- SINGER, M. *The Political Economy of AIDS*. Amityville: Baywood Publishing Co, 1998.
- SOARES, S. S. D. *O perfil da discriminação no mercado de trabalho - homens negros, mulheres brancas e mulheres negras*. Texto para Discussão do Ipea, n° 769, 2000.
- SPIASSI, A. L. et al. O Movimento Negro do ABC Paulista: diálogos sobre a prevenção das DST/aids. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 19 (2), p. 121-133, 2010.
- SPINK, M.J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 72 p., 2010.
- STEIN, Z. A. HIV prevention: The need for methods women can use. *American Journal of Public Health*, 80:460-462, 1990.
- STIEGLER, B. *Nietzsche et la critique de la Bildung*. 1870-72 : les enjeux métaphysiques de la question de la formation de l'homme. p. 215-233, 2006.
- SYMONDS, P. V. Political economy and cultural logics of HIV/AIDS among the Hmong in Northern Thailand. In: SINGER, M. *The Political Economy of AIDS*, p. 205-266, Amityville: Baywood Publishing Co, 1998.

- TAN, M. L. Socioeconomic impact of HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Care*, 5, p. 283-288, 1993.
- TAQUETTE SR. O paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/aids. In: TAQUETTE. *Aids e juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro, EDUERJ, p. 135-154, 2009.
- TAQUETTE, S. R. et al. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/aids. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (5), p. 1437- 1444, 2003.
- TAQUETTE, S. R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 19 (2), p. 51-62, 2010.
- 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, 20 (1), p. 282-290, 2004.
- TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. *Psicologia em Estudo*, 13 (1), p. 105-114, 2008.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Socialização de gênero e adolescência. *Revista Estudos Feministas*, 13 (1), 2005.
- UN. *General Assembly passed the Declaration on the Elimination of Violence against Women*, Londres. 1993.
- UNAIDS. *AIDS: epidemic up date*. UNAIDS/WHO, 2005.
- VANCE, C. *Pleasure and Danger: exploring female sexuality*. London, Pandora Press, p.1-27, 1992.
- VEIGA-NETO, F. Incluir para excluir. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. *Habitantes de babel*. Ed. Autêntica, 2011.
- VIANA, N. A constituição das políticas públicas. *Revista Plurais*, Anápolis, 1 (4), p. 94-112, 2006.
- WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2012 - A cor dos homicídios no Brasil*. São Paulo: CEBELA - Centro de Estudos Latino Americanos/FLASCO, 2012.

- WATTERS, M. *Globalization*. 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 Medicine*. 4(10), p. 1589-97, 2007.
- WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis: v. 9, n. 2, 2001.
- WERNECK, J. Aids: a vulnerabilidade das mulheres negras. *Rede Saúde*. n. 23, 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*. Geneva, 2013.
- WILLIAMS, D. Race and health: basic questions, emerging directions. *Annals Epidemiology*; 7:322-33, 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*, 31, p. 609-618, 1990.
- WOOD, C. H.; CARVALHO, J. A. M. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 11, p. 3-15, 1994.
- YOSHIIHMA, 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*, 32(1), p. 28-37, 2010.
- ZALESKI, E. G. F. *A culpa existencial do portador de HIV/AIDS: Pesquisando e compreendendo seu significado*. [Tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto -SP, 2001.
- ZAMBON, M. P.; JACINTHO, A. C. A.; MEDEIRO, M. M.; GUGLIELMINETTI, R.; MARMO, D. B. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(4), p. 465-464, 2012.

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. *American Journal of Public Health*. 90(2), p. 208-215, 2000.

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

A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de pesquisa acadêmica/científica das humanidades, sob acesso aberto, produzida em parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil. Conheça nosso catálogo e siga as páginas oficiais nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.



**[www.editorafi.org](http://www.editorafi.org)**  
**[contato@editorafi.org](mailto:contato@editorafi.org)**