



**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DISCURSOS DE MULHERES SOBRE A CONDIÇÃO FEMININA E  
SOROPOSITIVIDADE**

**PALOMA COUTINHO DA SILVA**

**Rio de Janeiro  
Abril de 2021**

**PALOMA COUTINHO DA SILVA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**DISCURSOS DE MULHERES SOBRE A CONDIÇÃO FEMININA E**  
**SOROPOSITIVIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Almeida

**Rio de Janeiro**  
**Abril de 2021**

À Maria, Carlos, Rodrigo e Sara (*in memoriam*), pelo amor e carinho transmitidos ao longo da vida, por todo apoio e incentivo durante a minha jornada acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

Foi longa a caminhada até aqui. Apesar dos muitos obstáculos, foi uma experiência enriquecedora. O Serviço Social possibilitou-me um novo olhar sobre o mundo e contribuiu, sobremaneira, para que eu reconhecesse o meu lugar nele. Trabalhar, estudar e morar longe dos locais em que eu passava a maior parte do tempo foi um processo exaustivo e desafiador. Mas tive ao meu lado pessoas que tornaram os dias mais leves e divertidos. Sou grata a todos e todas que compartilharam comigo afetos, conhecimento e companhia durante todos esses anos de formação acadêmica.

Agradeço a toda a minha família, que de perto ou de longe, ofereceu-me carinho, estímulo, compreensão, paciência, escuta e amor. Em especial, a uma das pessoas mais importantes em minha vida, àquela que sem o seu apoio e dedicação eu jamais venceria, ou sequer existiria, à minha querida mãe, Maria. Ao meu pai Carlos, por acreditar nos meus passos e me ensinar a importância da busca por conhecimento ao longo da vida e que, apesar da preocupação constante com o percurso da volta da faculdade, sempre me ofereceu seu apoio pra que eu não desistisse. Aos meus pais, agradeço por sempre estar ao meu lado e por todo o amor dedicado ao longo da minha vida.

Ao meu querido irmão Rodrigo, que é meu maior exemplo de superação, coragem e lealdade, pois, me ensinou de uma forma tão linda sobre não desistir em meio a tantos acontecimentos. A ele – a quem tenho como exemplo desde muito nova – agradeço imensamente por me incentivar, acreditando neste sonho. Meu irmão e grande amigo durante toda vida, obrigada por tudo.

À minha avó Helena (*in memoriam*), por ser fonte de generosidade, simplicidade e empatia. Foi ela quem, com muito amor, ensinou-me tanto sobre a vida, mesmo sem ter ido à escola. É o amor mais puro e o ser mais bondoso que conheci.

Ao meu avô Pedro pelo carinho imensurável, amor e humor gentil. À minha querida avó Dorca e meu avô João (*in memoriam*), pelo apoio, dedicação e carinho que foi transmitido entre gerações.

À minha tia Crizelite (*in memoriam*), grande mulher, professora incrível, que foi muito amada e admirada por tantas pessoas. Ela é aquela de quem eu tenho imenso orgulho ao falar sobre a sua vida e suas conquistas, que lutou pelos seus sonhos e se tornou a primeira mulher da família a ter um diploma de graduação. É nela que eu me inspiro todos os dias. Minha eterna moça.

Ao meu querido tio Ednaldo (*in memoriam*), pela simplicidade nas palavras, transmitidas com muita humildade e carinho. E pela dedicação e amor nos cuidados ao meu querido avô Pedro.

À Sara Cristina (*in memoriam*), que nem cabe nas palavras, expande-se. Minha cunhada, amiga, musicista formada pela UFRJ, professora com um vasto campo de competência, em quem eu me inspirei durante todos os anos de amizade que compartilhamos. Sara foi grande em todos os papéis que desempenhou e uma das pessoas mais incríveis que já conheci. Se hoje estou realizando o sonho de concluir uma graduação, também devo muito a ela, que me encorajou e que faz parte da minha memória mais profunda.

À minha tia Antônia, por quem eu tenho muito carinho e admiração. É uma mulher que sempre me incentivou e sempre esteve presente de alguma forma.

À minha prima Helena, pelo carinho, irmandade e lealdade desde nossa infância.

Aos meus amigos e amigas; colegas de trabalho e de graduação, pelas escutas, trocas, reflexões, apoio e descontração nesse processo todo. Agradeço a todas as pessoas incríveis que tive o prazer de conhecer. Em especial, a minha amiga Thayane que esteve ao meu lado em todos os momentos em que pensei em desistir e me auxiliou sempre que precisei.

A todas e todos as/os Assistentes Sociais e todas e todos os colegas do curso de Serviço Social que cruzei pelo caminho de formação

A toda equipe da Coordenação de estágio e extensão da UFRJ, pela acolhida, pelos conhecimentos adquiridos e troca diária durante o tempo em que estive presente como estagiária da instituição.

A toda equipe do estágio – Programa Municipal IST/Aids – que me acolheu e apoiou o projeto, pelos seus ensinamentos, ideias e exemplos, pois mostraram que é possível realizar uma escuta ética e um trabalho em equipe qualificado.

Agradeço a todos e a todas os/as colegas de estágio que se tornaram amigas e amigos queridos.

Não poderia deixar de agradecer ao meu supervisor José Rodolfo Santos e às minhas supervisoras – Débora Taís Linhares e Glória Beatriz Gomes – que foram fundamentais na minha aproximação com a prática profissional. Grata por todo conhecimento transferido, com muito empenho, disponibilidade e incentivo.

Aos muitos professores que, colaboraram com minha formação, em especial à Joana Garcia, por suas contribuições dentro e fora do meu campo de estágio, pelos ensinamentos e tamanha generosidade que tornaram mais leves todo processo de formação.

Ao meu orientador Guilherme Almeida, pelas contribuições na construção e na defesa deste trabalho. Agradeço o carinho e paciência durante os encontros *online*, num trabalho conjunto, que agregou muita empatia e compreensão, neste período tão difícil de pandemia que todos nós enfrentamos. Professor, saiba que levarei comigo seus modelos de ser e agir no sentido pessoal e profissional.

Às mulheres participantes deste estudo, pela disposição em falar sobre suas experiências e seus modelos inspiradores de ‘ser mulher’.

A toda a classe trabalhadora do *campus* – além dos professores e professoras já citados – terceirizados/as, técnicos(as)-administrativos(as), profissionais da limpeza, trabalhadores/as do conhecido “sujinho”, do DCE e

demais estabelecimentos que dignamente realizam seu trabalho e fazem parte do dia-dia de docentes, discentes e de todos/as que 'vivem' a universidade.

Por fim, aos que continuam na luta pelo acesso a uma universidade pública, gratuita e de qualidade. E que acreditam na ciência e não compactuam com um governo negacionista e genocida.

Escrever este trabalho em meio a uma pandemia (Covid-19) teve um peso muito maior. Isso porque não tem como construir um trabalho e não ser afetada(o) de alguma forma com tudo o que está acontecendo. Medo, inquietação, ansiedade e desejo de que um parente melhore, um amigo de amigo sobreviva, de que seus avós estejam seguros, sem contar a constante espera/expectativa da chegada da vacina. São sentimentos que me atravessaram durante a construção deste trabalho e fizeram com que eu prolongasse a conclusão do curso. Agradeço a todas as pessoas que se fizeram presentes – ainda que distantes, por meio de mensagens, videochamadas, ligações – nesse contexto tão difícil em que vivemos. Mesmo sem poder abraçar, nunca foi tão importante acolher.

O HIV não escolhe bicha, machão  
Santa ou ateu  
Para o HIV, tanto faz onde você  
se meteu  
Ou com quem você meteu  
O HIV é meu, é teu  
É de quem cruzar seu caminho  
Seja monogâmica, “fiel”,  
bolsominion  
Esquerdomacho, idosa, tarado  
Mãe de família, trava,  
empresário  
O HIV se lixa se você tá no  
armário!  
Ele chegou como quem não quer  
nada  
Me encheu de beijinho  
E me levou ao orgasmo  
O HIV é um vírus apaixonado  
E, não, isso não é um  
pleonasma [...]

Trecho de “Exposta”, de Marina Vergueiro, participante deste estudo.



## **Resumo**

SILVA, PALOMA COUTINHO. **Condições e possibilidades de vida de mulheres soropositivas: um estudo de seus vídeos autorais no Youtube.** Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, abril, 2021.

Diante da epidemia da Aids, deparamos-nos com diversos fatores socioculturais que permeiam a trajetória de mulheres vivendo com HIV/Aids e que influenciam no seu tratamento. Objetivando melhor compreender este fenômeno, o presente trabalho busca analisar os discursos de mulheres sobre condição feminina e soropositividade. Nesse sentido, o estudo pretende, por meio da análise de vídeos autorais e nacionais no site Youtube, compreender o cotidiano das mulheres analisadas e as dificuldades e entraves destacados por elas, desde a descoberta da soropositividade, além de analisar como essas mulheres percebem as condições de vida a que estão expostas e como estas influenciam na sua vulnerabilidade à infecção. Por fim, pretende-se identificar como os impactos do HIV/Aids incidem na forma como elas vivem. Tendo em vista que a infecção pelo vírus reflete socialmente sobre a população feminina de uma forma específica – quanto ao exercício da sexualidade e a responsabilização pelas questões de reprodução – faz-se necessário, na presente pesquisa, tomar como base teórica as configurações históricas e temporais que perpassam pelos estudos de gênero, de sexualidade, de identidades sociais, de raça e violência contra a mulher. Categorias essas que contemplam o contexto de feminização da epidemia de HIV/Aids. A partir disso, constrói-se – por meio de um estudo de abordagem qualitativa e de revisão bibliográfica de diferentes áreas do conhecimento – a exploração de novas formas de sociabilidade e de viver com HIV/Aids enquanto mulher. Em seguida, apresentam-se os resultados da pesquisa no âmbito do campo de discussão de gênero, que expõe reflexões acerca de estigmas, discriminações e vulnerabilidades das mulheres especificamente. A partir das exposições e das evidenciadas falas das mulheres, que apresentaram seus conflitos e sentimentos, as considerações finais apontam para necessárias reflexões sobre como as desigualdades de gênero impactam no enfrentamento da doença, assim como as redes sociais apresentam-se como um importante recurso no âmbito da saúde e possível parte integrante do tratamento.

**Palavras-chaves:** HIV/Aids. Mulheres. Relações de gênero. Redes sociais.

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIDS</b>	Sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>COAS</b>	Centro de Orientação Sorológica
<b>GAPA</b>	Grupo de Apoio à prevenção da Aids
<b>HIV</b>	Sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana (Human Immunodeficiency Virus)
<b>IST</b>	infecções sexualmente transmissíveis
<b>LGBT</b>	Sigla de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OPAS</b>	Organização Pan Americana de Saúde
<b>PNDST/AIDS</b>	Programa Nacional de DST/AIDS
<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SNI</b>	Serviço de Inteligência
<b>STF</b>	Supremo Tribunal Federal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
<b>UDI</b>	Usuários de Drogas Injetáveis
<b>UIT</b>	União Internacional das Telecomunicações

## SUMÁRIO

<b>Apresentação .....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1 - Breve histórico do HIV/Aids: de “a peste gay” à feminização da epidemia .....</b>	<b>17</b>
1.1. Aids no mundo .....	18
1.2. As respostas brasileiras à epidemia de HIV/AIDS .....	20
1.3. Heterossexualização, pauperização e feminização da epidemia .....	23
1.4. Noções de vulnerabilidade no contexto de feminização do HIV/Aids.....	25
1.5. Violências no contexto de vulnerabilidade: a partir da perspectiva de gênero .....	30
<b>Capítulo 2 - Pertencimento de classe, gênero e étnico-racial e a produção de desvantagens sociais especialmente para as mulheres .....</b>	<b>35</b>
2.1. Construção no conceito de gênero no eixo dos movimentos sociais .....	36
2.2. Imbricações entre Identidades Sociais, Gênero, sexualidade, normalidade e diferença .....	41
2.3. Divisão sexual do trabalho e trabalho reprodutivo das mulheres/classe...	47
<b>Capítulo 3 - Percurso metodológico e resultados da pesquisa .....</b>	<b>54</b>
3.1. Metodologia adotada .....	55
3.2. Resultados e discussões .....	61
3.2.1 Quem são essas mulheres? .....	61
3.2.2 Relacionamento das interlocutoras com a rede social e caracterização dos vídeos .....	62
3.2.3 Vida com HIV/Aids .....	69
<b>Considerações finais .....</b>	<b>85</b>
<b>Referências .....</b>	<b>90</b>

## APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo refletir sobre a realidade de mulheres vivendo com HIV/Aids e as vulnerabilidades a que estão expostas. Parte-se da compreensão de que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) não se limitam a causar mudanças apenas no corpo de cada pessoa infectada, mas, também, interferem de forma significativa no contexto social no qual estão inseridas as mulheres. Assim, a referida temática emergiu como uma proposta de aproximação do universo de mulheres vivendo com HIV/Aids, por meio da exposição de suas histórias no meio virtual.

Ao longo dos anos cresceram os estudos sobre HIV/Aids em todo o mundo, o que possibilitou importantes avanços na área médica e estimulou as pesquisas sobre sexualidade, gênero, etnia/racialidade, identidades, estudos LGBTQ+, dentre outros, que foram fundamentais para discutir a doença sob aspectos socioculturais, para além do campo biológico. Apesar dos avanços no enfrentamento da epidemia, o número de pessoas vivendo com o vírus ainda é alto. Estima-se que, 75,7 milhões de pessoas já foram infectadas em todo o mundo até o final de 2019 e mulheres e meninas representam cerca de 48% de todas as novas infecções por HIV nesse mesmo ano (UNAIDS, 2020).

A partir da descoberta da sorologia, as redes sociais tornaram-se uma ferramenta que estrutura um suporte social importante para muitas pessoas, onde conflitos, sentimentos e dilemas cotidianos relacionados com HIV/Aids, são compartilhados.

De acordo com a União Internacional das Telecomunicações (UIT), durante a pandemia do Covid-19 as tecnologias digitais passaram a ser utilizadas para facilitar a continuidade do contato com as pessoas, além de servirem como um canal vital para a disseminação de informações de saúde pública e colaboração no desenvolvimento de diretrizes de políticas coordenadas em nível nacional e regional (UIT, 2020).

Dados da *ComScore*<sup>1</sup>(2021) mostram que o Brasil está em segundo lugar no *ranking* de países que mais consomem conteúdos digitais, com salto (assim como em outros países) significativo durante o período de restrições mais rígidas na pandemia do Covid-19.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo principal analisar as condições e possibilidades de vida de mulheres vivendo com HIV/Aids nas redes sociais. Para isso, lançou-se mão de vídeos autorais nacionais, criados pelas respectivas interlocutoras. Ressaltamos que o presente estudo buscou, por intermédio desses vídeos, entender o cotidiano dessas mulheres, as dificuldades e entraves destacados por elas, desde a descoberta da soropositividade.

Salientamos que o fato de mulheres sentirem a necessidade de criar um tipo de interação social e novos estímulos para o enfrentamento do HIV/Aids no mundo virtual, possibilitou-nos construir um formato de pesquisa distinto e que consideramos capaz de favorecer a compreensão acerca de como essas mulheres percebem as condições de vida a que estão expostas e como elas influenciaram na sua vulnerabilidade à infecção.

Com isso, a pesquisa além de possibilitar uma maior aproximação com o cotidiano dessas mulheres, buscou, ainda, elucidar os estigmas, preconceitos e discriminações enraizados na sociedade, que afetam fortemente a população vivendo com HIV/Aids, principalmente as mulheres.

Considerando que as mulheres vivendo com HIV/Aids não são expostas apenas a um problema de saúde pública, mas a uma série de questões históricas e culturais sobre o lugar que é atribuído às mulheres na sociedade, o tema da presente pesquisa teve a finalidade de identificar como os impactos do HIV/Aids na vida das mulheres analisadas incidem na forma como elas vivem.

Portanto, faz-se necessário, nesta pesquisa, recuperar um pouco da trajetória histórica dos estudos de gênero, da sexualidade, das identidades

---

<sup>1</sup>*ComScore* é um *site* com conteúdo de especialidade em medições do mundo digital e inteligência de marketing digital. Ver em: <https://www.comscore.com/Insights/Press-Releases/2021/2/Consumo-digital-2020-en-Latinoamerica> Acesso em: 29 de março de 2021.

sociais, de raça/etnia e das violências contra as mulheres. Ao assumirmos tais questões, indicamos que existe uma relação de poder desigual entre homens e mulheres, que propicia a elas inúmeras condições sociais que contribuem para a vulnerabilidade à infecção.

Destarte, falar de vulnerabilidade feminina frente à infecção pelo HIV aglutina os contextos sociais nos quais ocorrem a violência de gênero, a violência doméstica e, também, a violência estrutural. Isso implica, também, em reconhecer a menor autonomia da mulher no espaço público principalmente e maior vulnerabilidade, inclusive a situações de estupro e a outras que constituem formas de desrespeito aos seus direitos sexuais. Contudo, além dos objetivos específicos, buscamos nesta pesquisa exploratória, caracterizar de que formas as mulheres estão mais propensas à infecção pelo HIV/Aids.

O interesse pessoal por esta temática manifestou-se realizando estágio na área da saúde no Programa Municipal IST/Aids (dentro do posto de saúde Aníbal Viriato, em São João de Meriti, Rio de Janeiro). Lá, tive aproximação com os relatos de mulheres que vivem com HIV/Aids e com os/as profissionais que trabalham com esta demanda. Cumpre mencionar que por dois períodos fui supervisionada pelas assistentes sociais Débora Taís Linhares e Glória Beatriz Gomes, sendo a Débora minha supervisora de campo, atuante no atendimento direto a usuários/as. O contato com mulheres vivendo com HIV/Aids levou-me a questionamentos sobre a condição de ser mulher e de estar vivendo em situações que submetem e inferiorizam ainda mais a condição feminina na sociedade.

A inserção de estágio permitiu-me a participação em encontros em outros espaços além dos delimitados pela instituição. Como, por exemplo, nas reuniões de rede de direitos humanos e promoção à saúde de populações vulneráveis – que, durante o tempo em que estive como estagiária, ocorriam sempre nas primeiras sextas-feiras do mês e que tinham como convidados/as profissionais de instituições governamentais e militantes do movimento social, atuantes em instâncias protetivas e de garantia de direitos de populações vulneráveis – que tinham a finalidade de fortalecer iniciativas que promovessem a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a

ampliação do diagnóstico precoce de HIV/Sífilis/Hepatites e as ações que objetivassem minimizar os casos de violência e abuso sexual. Além daqueles encontros, tive a oportunidade de participar de eventos técnico-científicos, como o Seminário sobre Prevenção, Testagem e perspectivas para a Baixada Fluminense, que integrava o projeto “teste perto de você” (SES/RJ e FIOCRUZ), em abril de 2018, que foi importante para o aprofundamento de questões intrínsecas ao tema do presente estudo.

Ressalto que as reuniões que foram organizadas na construção e inclusão do Projeto de Intervenção do Serviço Social no Programa foram fundamentais para propiciar maior conhecimento acerca da realidade da população meritiense, além de terem contribuído incisivamente com o objeto deste estudo.

As atividades no campo de estágio foram fundamentais para estimular uma observação mais crítica a respeito das particularidades das mulheres, levando em consideração todo contexto social de desigualdades enfrentadas pelas que estavam vivendo com HIV/Aids. Elas também permitiram reconhecer o entrelaçamento indissociável entre a teoria e a prática profissional do(a) assistente social.

A intervenção social que as assistentes sociais e o/a estagiário(a) realizaram no campo de estágio desenvolviam-se por meio do atendimento individualizado, que proporcionava um acercamento da demanda, assim como das particularidades de cada usuário(a) do programa e, também, os encaminhamentos, a orientação social e a articulação de rede de instituições parceiras<sup>2</sup>

Ressalto que a integração entre profissionais, estagiários/as e usuários/as, junto à rede de serviços desempenhava fortalecimento de ações institucionais, cronograma de eventos entre as instituições participantes e

---

<sup>2</sup> Secretaria de Promoção Social, Secretaria de Direitos Humanos, Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), População LGBT, Pastoral da Aids, Superintendência de Programas de Saúde, Secretaria de Educação, Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas, Delegacia Especializada de atendimento à Mulher, Consultório na Rua, Fórum Maria da Penha, FIOCRUZ, CAPS AD, Atendimento à Saúde de Adolescentes e Juventude (ASAJ).

colaborava para a discussão que deu visibilidade à importância da prevenção e do acesso ao diagnóstico precoce, assim, como a existência de relações desiguais entre homens e mulheres.

Destacamos que, inicialmente, a discussão da temática, debruçar-se-ia sobre o campo onde fiz estágio – Programa IST/Aids. Seria realizada uma análise documental dos prontuários das usuárias do Programa e, a partir disso, seria realizado um estudo de caso. Mas, em razão da pandemia da Covid-19, não houve, obviamente, condições possíveis para que a pesquisa de campo empírico pudesse ser realizada, com a segurança e disponibilidade dos/as profissionais que ali trabalham e que o desenho inicial do estudo exigiria. Em meio a demandas e incertezas que o campo de estágio enfrentava no início da pandemia (e ainda enfrenta), optamos por mudar nosso caminhar metodológico, rumando em direção à cena virtual.

Efetuamos assim uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e explicativa, a partir de relatos virtuais, expostos em vídeos autorias de mulheres vivendo com HIV/Aids. Os rumos que este estudo tomou, a *priori*, geraram-me certa insegurança e imprecisão devido ao suposto distanciamento da pesquisadora em relação ao objeto de estudo, que a cena virtual poderia produzir. Porém, essa pesquisa propiciou contraditoriamente uma aproximação subjetiva, qualitativa e particularizada do ‘viver com HIV/Aids’ enquanto mulher. Possibilitou-me, ainda, um olhar mais minucioso e próximo das dificuldades e enfrentamentos das mulheres vivendo com HIV/Aids, não se limitando aos dados médicos sobre a saúde dessas mulheres ou a questões respondidas rapidamente por elas, no ambiente, por vezes, bastante controlado, de uma instituição de saúde.

Iniciarei a discussão a seguir com a estruturação do trabalho em quatro capítulos, começando com uma descrição do HIV/Aids no mundo e no Brasil, englobando o contexto de ‘peste gay’ (termo popularizado no início da epidemia), além de evidenciar a caracterização brasileira frente à epidemia e as políticas de enfrentamento. Em seguida, abordaremos o processo de heterossexualização, pauperização e feminização da epidemia, com a



pretensão de iniciar uma discussão sobre a noção de vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids, elencando as violências resultantes deste processo.

No segundo capítulo, propusemos uma discussão acerca da construção do conceito de gênero permeada nos movimentos feministas e com implicações sobre identidades sociais, étnico-raciais, sexualidade, normalidade e diferença. Ainda neste capítulo, trataremos sobre algumas das principais conquistas das mulheres no contexto de divisão sexual do trabalho, finalizando o capítulo com explicações sobre propostas de articulação oriundas do feminismo negro. Por fim, o capítulo tende a destacar as relações de poder entre homens e mulheres que produzem desvantagens sociais especialmente para as mulheres.

No terceiro capítulo, iremos esclarecer sobre os percursos metodológicos da pesquisa, as técnicas para coleta de dados, as dificuldades, as etapas para a construção do roteiro de análise e para a própria análise. Ao fim do capítulo, apresentaremos os resultados da pesquisa gerados pelas análises dos vídeos, relacionadas às referências a alguns autores e documentos complementares, como vídeos e reportagens que problematizam a temática proposta. Pretendemos, também, expor e problematizar trechos de falas das interlocutoras, que foram importantes para melhor retratar os achados de pesquisa.

Por fim, apresentamos as recomendações que tenho a ressaltar para novos trabalhos, reiterando a possibilidade de desenvolvimento de outros estudos acerca problemática apresentada, de maneira a concluir a importância e relevância desta temática e de aprofundamentos futuros sobre ela.

## **CAPÍTULO 1**

### **Breve histórico do HIV/Aids: de a peste gay à feminização da epidemia**

## 1.1. Aids no mundo

A história da AIDS/SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), causada pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) começa no final da década de 1970, quando são descobertos os primeiros casos nos Estados Unidos.

Por volta de 1983, pesquisas identificaram a presença de anticorpos no sangue e comprovaram que sua transmissão era fundamentalmente por via sexual, pelo leite materno e por sangue contaminado. Mas, quando emergiu não se tinha muito conhecimento sobre a doença e as consequências de seu agravamento. Na eminência de evitar novas contaminações, a comunidade científica lançou mão de campanhas de prevenção, identificando grupos com os quais se deveria evitar o contato social. Entre eles estavam os gays, as prostitutas, os/as usuários/as de drogas injetáveis, os hemofílicos e os/as haitianos/as porque, segundo dados da ONU, cerca de 6% da população está infectada com HIV ou tem Aids.

Com isso, a AIDS foi compreendida erroneamente como uma doença da promiscuidade, sendo até nomeada por parte da imprensa como “peste gay” ou “câncer rosa”, o que fomentou muito preconceito e contribuiu para que o vírus se propagasse entre as mulheres de forma silenciosa, pois reproduziam em meio a um cenário tenebroso, ao qual que elas estariam supostamente imunes.

A epidemia da AIDS nos países ocidentais afetava, inicialmente, populações com melhores condições de vida, mas conforme foi aumentando a disseminação da doença, as populações menos favorecidas foram atingidas (FONSECA, M. G. P. et al., 2003), e continuou tendo efeitos profundos em mulheres, homens e transgêneros. Globalmente, mulheres trabalhadoras sexuais são 13,5 vezes mais prováveis de viver com HIV que outras mulheres (MARTINS *et al.*, 2014, p. 5).

Segundo Jonathan Mann (1987), que foi o fundador do Programa Global de AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve três fases da

epidemia da AIDS. Sendo a primeira fase, a infecção pelo HIV, que se propaga em todas as comunidades ao longo dos anos, de forma silenciosa. Já a segunda fase, o referido autor (*idem*) descreveu como a epidemia da AIDS, propriamente dita, manifesta-se devido à ação do vírus HIV no sistema imunológico. A terceira fase foi caracterizada como sendo a mais impetuosa de todas as fases, marcada pelas respostas à AIDS, que fomentaram os altos níveis de estigma e discriminação (*apud* PARKER, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, morreram 940 mil pessoas de causas decorrentes do HIV e 1,8 milhão de pessoas foram contaminadas, o que equivale a 5 mil novos casos todos os dias.

Não existe até o momento cura para a infecção por HIV. Atualmente, sabe-se que sua transmissão também pode ocorrer por meio de transfusões sanguíneas, do compartilhamento de agulhas contaminadas ou de outros objetos perfurocortantes e no momento da gravidez, especialmente no parto. Contudo, mais medicamentos antirretrovirais mostraram-se capazes de controlar o vírus e de contribuir para prevenir a transmissão tanto para as pessoas com HIV, quanto para pessoas em risco substancial, possibilitando uma vida mais saudável e produtiva. Exemplos dessas medicações são as que compõem as estratégias de profilaxia de pré-exposição (PrEP) e de pós-exposição (PEP).

O acesso das pessoas ao tratamento antirretroviral e a carga viral indetectável de quem está em tratamento diminuem substancialmente a possibilidade de transmissão e aumentam a sobrevivência dessas pessoas. A Profilaxia pré-exposição (PrEP) reduz a probabilidade da pessoa se infectar com o vírus e seu uso é diário por pessoas que não têm o HIV. No Brasil, o uso desta medicação é indicado para pessoas que apresentam algum critério de risco, como por exemplo, quando se está em uma relação sorodiscordante (em que uma pessoa é infectada pelo HIV e a outra não). Já a Profilaxia Pós-exposição ao HIV (PEP), consiste no uso de drogas antirretrovirais por pessoas não infectadas até 72 horas após a exposição ao HIV para prevenir a possível infecção, além de incluir serviços de aconselhamento, cuidados, testes e a

administração da terapia antirretroviral durante 28 dias e atenção complementar, segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

Em relação aos serviços de testagem para HIV, alguns países introduziram a autotestagem como alternativa, o que possibilita a pessoa, que quer conhecer seu estado de saúde, recolher uma amostra e realizar o resultado de forma privada, sem interferência de outras pessoas, incluindo profissionais de saúde. A autotestagem não oferece um diagnóstico definitivo, havendo a necessidade de novos testes a serem realizados por um/a profissional de saúde com base em um algoritmo nacional validado.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os serviços de testagem para HIV devem incluir as seguintes recomendações: consentimento, confidencialidade, aconselhamento, resultados corretos dos testes e introdução nos serviços para o seguimento. A OMS também recomenda a oferta de testes para parcerias sexuais ou casais, além de recomendar abordagens de notificações para parceiros/as assistidos/as para que as pessoas vivendo com HIV possam ter apoio para informar aos seus parceiros(as), até mesmo com a ajuda de profissionais da saúde.

## **1.2. As respostas brasileiras à epidemia de HIV/AIDS**

Diante das profundas desigualdades sociais, hábitos culturais e especificidades da sociedade brasileira e de um país com imensa abrangência territorial e geográfica, a epidemia pelo HIV/AIDS manteve-se restrita às cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, marcada precisamente pela associação da transmissão da doença à relação sexual entre homens e a usuários/as de drogas injetáveis (UDI). Os/as hemofílicos/as, por receberem componentes sanguíneos de um conjunto de doadores, foram profundamente atingidos/as com a propagação da epidemia no Brasil (Carvalho *et. al*, 1997).

A mídia brasileira foi alimentada pelas fontes de informação das agências norte-americanas, o que imprimiu na sociedade brasileira, uma apreensão semelhante ao modo como a AIDS era difundida nos EUA. Uma dessas marcas provém da associação da doença com questões ligadas aos

que eram relacionados ao “grupo de risco”<sup>3</sup>(GALVAO, 1999). A mídia, como grande influenciadora do imaginário nacional, ao propagar a morte de um dos mais importantes costureiros de moda no Brasil – Marcus Vinícius Resende, mais conhecido como Makito – com apenas 31 anos, contribuiu para gerar uma preocupação na população brasileira (PARKER, 1989).

O primeiro caso de AIDS no Brasil foi notificado em São Paulo, em 1980 (MS, 1999), quando o país estava sob a presidência do general João Batista Figueiredo (1979 a 1984), que era chefe do Serviço de Inteligência (SNI). Havia pouco conhecimento sobre a doença e o advento da epidemia, o que marcou um período de discussões e desafios para a área científica.

Mesmo com significativos avanços no que tange o HIV/AIDS, pouco se pesquisava sobre as questões culturais, que poderiam influenciar os padrões de distribuição da doença (PARKER, 1989), assim como sobre a pouca importância e o desenvolvimento em pesquisas que discutissem o comportamento sexual humano, o que dificultou as respostas à AIDS em todo o mundo, limitando estratégias significativas para a prevenção do HIV/AIDS (PARKER *et al* , 1995). Com isso,

percebeu-se a necessidade de um pluralismo metodológico que não se restringisse às informações e subsídios gerados a partir do manejo estatístico de dados clínicos e epidemiológicos. Era necessário expandir o arsenal de saberes ao campo das ciências humanas, econômicas e políticas (LOPES, 2002, p. 1).

Segundo Galvão (1999), antropóloga e doutora em saúde, que realizou um importante trabalho de análise na reconstrução e reestruturação do combate à AIDS/HIV no Brasil, a AIDS foi responsável por mudanças significativas, acarretando desafios para além do campo da saúde, atribuindo visibilidade a questões relacionadas à sexualidade.

Entre as décadas de 1950 e 1960, o país passava um período em que se consolidava o projeto de Reforma Sanitária, que foi fundamental para a inserção do artigo 196 na Constituição Federal de 1988, assim que foi promulgada. Foi um período em que se aprofundaram as questões da saúde

---

<sup>3</sup> Será conceituado no item 1.3 deste capítulo.

pública no Brasil, diante do intenso processo de redemocratização política e foi quando se começou a falar de AIDS no Brasil.

As respostas à AIDS são específicas e diferentes, conforme as sociedades analisadas, pois, se atribui à construção histórica de uma epidemia e suas distintas formas de enfrentamento, a partir de como cada cultura relaciona as questões sobre crença, sexualidade, poder, saúde, estigma e religiosidade (GALVAO, 1999).

Sob essa ótica, entendemos que, inicialmente, os estados brasileiros tiveram respostas diferentes à epidemia, dependendo das possibilidades políticas que se instalaram nas esferas do setor de saúde num dado período.

Esperou-se que o Brasil enfrentasse a epidemia como até então ocorria em outros países ocidentais: basicamente restrita aos homossexuais masculinos, hemofílicos (precisamente homens) e usuários de drogas injetáveis. No entanto, a epidemia brasileira apresentou características que exigiram um olhar diferenciado, abrangendo um conhecimento a partir da disseminação da epidemia pelo HIV/AIDS em cada região brasileira, no intuito de propiciar possibilidades de acompanhamento e prevenção da propagação do vírus HIV e, conseqüentemente, construir um planejamento para reduzir seus impactos (Boletim epidemiológico 2002).

### **1.2.1. Políticas de enfrentamento**

Foi a partir da década de 1980 que começou a se estruturar, no Brasil, novas respostas institucionais, como a criação da Comissão Interministerial de Planejamento. Em 1982, foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Em 1985, foram engendrados o primeiro programa de Aids no Brasil e a Portaria do Ministério da Saúde nº 236. Naquele mesmo ano criou-se o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), a primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a Aids, sendo o primeiro teste anti-Hiv disponibilizado para o diagnóstico.

Configurando a segunda fase da epidemia no Brasil, a partir de 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e Aids, pelo Ministério da Saúde e o primeiro Centro de Orientação Sorológica (COAS), foi criado em Porto Alegre (RS). Posteriormente, questionou-se a definição de determinados comportamentos sexuais tidos como anormais e teve início a utilização do AZT (idovudina), medicamento para pessoas com câncer e o primeiro que reduziu efetivamente a multiplicação do HIV.

Três anos depois, em 1988, foi criado o Programa Nacional de Aids no âmbito do Ministério da Saúde e uma Portaria foi assinada pelo Ministério, que também passou a adotar o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta Contra a Aids. Também foi criado o SUS, e o Ministério da Saúde iniciou o fornecimento de medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas típicas do HIV. Na mesma época, também foi diagnosticado o primeiro caso de HIV na população indígena.

No período de 1986 a 1990 ocorreu uma mudança na liderança do Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS) e, a partir da década de 1990, desenvolveram-se políticas públicas em resposta à epidemia do HIV/AIDS, marcada até então pelo distanciamento entre ações da sociedade civil e do Governo Federal. A partir de 1993 ocorreu uma reorganização do PNDST/AIDS no Ministério da Saúde pelas políticas de controle, provenientes de recursos financeiros decorrentes de empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro. A criação de políticas públicas para a população vivendo com HIV/Aids ocasionou a formulação de diversas leis e programas que incidiram no dia a dia de pessoas vivendo nessa condição.

A história da Aids no Brasil foi marcada por momentos diversos no cenário sociopolítico e acompanhada por uma forte mobilização dos movimentos sociais. A distribuição gratuita e universal dos medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi uma das conquistas mais importantes, garantindo o tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids.

No entanto, o país que já foi consolidado como referência internacional em políticas públicas de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids em meados



dos anos 1990 e 2000, vêm sofrendo intervenções do atual governo nos últimos anos. Uma das ações realizadas no governo do presidente Jair Bolsonaro que ameaça a política de respostas à Aids e ao HIV no país, foi a mudança de nome do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Em maio de 2019 passou a ser denominado “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis” por meio do decreto nº 9.795. Tal mudança na nomenclatura, responsabiliza o departamento sobre outros agravos, podendo invisibilizar políticas na área do HIV/Aids.

### **1.3. Heterossexualização, pauperização e feminização da epidemia**

O aumento substancial dos casos de transmissão entre as mulheres deve-se ao processo de heterossexualização da epidemia, tornando essa categoria de infecção, a principal causa de exposição ao HIV para o atual momento da epidemia (Boletim epidemiológico – AIDS, 2002).

O fato de o vírus ser inicialmente associado apenas aos homens homossexuais, fez com que muitos/as heterossexuais desconsiderassem a necessidade do uso de preservativos, acreditando ser imunes ao HIV. Justamente por ser uma doença vista como a “epidemia da imoralidade”, houve uma limitação de pesquisas que tratassem o peso das condicionalidades de gênero, o que contribuiu para uma dificuldade da contenção da doença e para uma invisibilidade do contexto de vulnerabilidade a que a mulher está inserida e que, também, acarreta prejuízos aos homens, como relatam Paiva *et al.* (1998):

O peso das condições de gênero sobre as mulheres tem sido descrito nas últimas duas décadas de intensa produção feminista. Vários outros estudos têm demonstrado que a cultura sexual na qual mulheres e homens são socializados é um dos fatores que dificultam conter a epidemia da AIDS (PAIVA *et al.*, 1998).

Nos países da América Latina, o HIV foi inicialmente associado aos gays e, em pouco tempo, alcançou mulheres, crianças e homens heterossexuais, de forma progressiva. A disseminação do vírus se deu pela via sexual e através de transfusões de sangue, compartilhamento de agulhas por uso de drogas

injetáveis e pela infecção vertical (que se dá pelo aleitamento da mãe ou durante o parto).

Os padrões de transmissão da infecção pelo HIV diferem de acordo com a organização social e, apesar de em seu surgimento ter havido uma tendência a afetar determinados “grupos de riscos”, com o passar do tempo foi se propagando. Ademais, paulatinamente, foram se consolidando a pauperização e a feminização da epidemia, transformada, em poucos anos, em uma pandemia. Na medida em que o acesso ao tratamento se tornou mais amplo, a mortalidade por AIDS diminuiu nos países mais ricos e aumentou entre os/as mais pobres, porém no Brasil, a política de distribuição gratuita de antirretrovirais para as pessoas vivendo com HIV contribuiu para uma diminuição na taxa de mortalidade brasileira por HIV a partir de 1996 (SANTOS, 2002).

A descentralização do atendimento colaborou para o diagnóstico mais precoce, no entanto, a epidemia da AIDS tornou-se um grande problema de saúde pública no Brasil (SANTOS, 2002).

Bastos (2001) explora diferentes perspectivas da progressão da epidemia de AIDS no Brasil, fazendo uma análise das determinantes estruturais da vulnerabilidade das mulheres a partir da heterossexualização e feminização. O referido autor (idem) ressalta que o poder de tomar decisões frente à figura de autoridade do homem, somada à dependência econômica e enfrentamento dos distintos tipos de violência, dificultam o acesso das mulheres à informação, principalmente em países em que a desigualdade de gênero é mais fecunda. Bastos (ibidem) assinala, ainda, que a desigualdade de gênero, quando permeada nas intervenções preventivas de profissionais de saúde, pode levar a uma precarização do atendimento, ao invés de contribuir com ações que compensem a maior vulnerabilidade das mulheres, frente à infecção pelo HIV e as demais infecções sexualmente transmissíveis.

#### **1.4. Noções de vulnerabilidade no contexto de feminização do HIV/Aids**

O conceito de vulnerabilidade ganhou destaque no contexto de enfrentamento de patologias crônicas, no processo de saúde-doença. Diversos/as autores/as vão trazer diferentes perspectivas sobre a conceituação da vulnerabilidade no contexto HIV/Aids. Dentre as diferentes contribuições, evidencia-se, entre as dimensões das vulnerabilidades, a suscetibilidade das mulheres à infecção.

Com o advento da epidemia da Aids criou-se a necessidade de se compreender melhor a suscetibilidade das pessoas a partir de mudanças do instrumental epidemiológico que mudou de grupo de risco, para comportamento de risco e, posteriormente, para vulnerabilidade. Ao longo dos anos, foram utilizados esses instrumentais para induzir as práticas preventivas. Eles foram aperfeiçoados conforme foi se ampliando a compreensão dos aspectos sociais que determinam a exposição à infecção por HIV/Aids.

Inicialmente, pretendeu-se identificar o perfil das pessoas que estavam se contaminando e quais eram suas características. Tal investigação do risco, que lançou mão de procedimentos probabilísticos, detectou populações específicas com a doença, o que levou à consideração de que determinados grupos sociais possuíam uma identidade concreta de investigação, característica e capaz de favorecer o contágio.

Com isso, foi se propagando a ideia do chamado “grupo de risco” para o HIV, que era formado por: gays, hemofílicos e usuários/as de drogas injetáveis, devido a ser detectada maior incidência de casos de Aids nessas populações. A partir dessa perspectiva, difundiram-se os discursos preconceituosos e estigmas em relação à doença – ser gay, por exemplo, tornou-se um sinônimo de possuir o vírus.

Quando a Aids passou a ser relacionada a práticas sexuais “imorais”, a medicina passou a lançar mão da concepção de “grupos de risco” e, entre as mulheres, apenas as profissionais do sexo foram consideradas vulneráveis ao acometimento do vírus.

Entretanto, desde a descoberta da etiologia do vírus, a ciência médica já vinha obtendo informações necessárias que comprovavam que qualquer pessoa que fizesse sexo sem preservativo – independentemente da cor, raça, classe social e estado civil – poderia se expor à infecção. Todavia, em certos grupos sociais, reproduz-se até os dias atuais uma moralidade discursiva presente nas ciências médicas.

Até o presente ano, no Brasil, as pessoas homossexuais (muitas vezes incluídas aí as mulheres lésbicas) eram proibidas de doar sangue, devido aos resquícios da velha ideia de “grupos de risco”. Até então, uma Portaria federal considerava inaptos homens que tiveram relações sexuais com outros homens nos últimos 12 meses. No dia 8 de maio de 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) pôs fim à restrição que proibia esses homens de doar sangue, na forma de uma decisão que considerou discriminatórias as regras da Anvisa e do Ministério da Saúde (MS)<sup>4</sup>.

Com o exposto, entende-se que atuação médica moralizante aplicada ao longo dos anos de estudos sobre HIV/Aids muito se associa com os modelos de mulheres constituídos como ideais de feminilidade, que associam predominantemente a mulher aquela que é mãe e do lar. E cria-se um ideário de mulher promiscua que é sensual e corresponde a um risco social.

A moral médica reverbera desde o início da epidemia até os dias atuais e essas práticas contribuíram para o reconhecimento tardio da Aids como um risco para a mulher, o que incide na feminização da epidemia. Ou seja, mesmo a etiologia do vírus tendo sido descoberta em 1984, apenas dez anos depois, passou-se a reconhecer os riscos de infecção em mulheres, contando com a ocorrência de aumento de óbitos notificados no Ministério da Saúde, sendo esse fenômeno reconhecido como feminização da epidemia.

A rotulação de “grupos de risco” gerou uma reação, principalmente entre os grupos gays norte-americanos, fortificando um movimento que fez com que estratégias de redução de risco fossem adotadas, ou seja, disseminou-se a

---

<sup>4</sup> Para maiores informações, conferir a página eletrônica: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/saudelgbt/por-que-homens-gays-sao-impedidos-de-doar-sangue-no-brasil-e-o-que-deve-mudar/> Acesso em fevereiro de 2021.

necessidade de uma busca de transformação de comportamentos, com ações preventivas que propunham a incorporação do uso de preservativos, testagens e aconselhamentos, além de estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis.

Com essas novas respostas à epidemia da Aids, o conceito de “comportamento de risco” substituiu o instrumental até então utilizado – grupo de risco. Foi considerado, a partir de então, que comportamentos específicos, expõem as pessoas ao vírus, o que afastou a ideia de que há grupos identitários suscetíveis à exposição da infecção ao HIV/aids (AYRES, 2006).

Apesar de estimular um maior envolvimento dos indivíduos com a preocupação, a expressão “comportamento de risco” potencializa a culpabilização individual, quando se faz uma associação do contágio a uma falha ou irresponsabilidade na adoção de um comportamento seguro.

A epidemia da Aids tomou novos rumos ao passar dos anos e o conceito de vulnerabilidade se tornou mais presente como instrumental epidemiológico do HIV/Aids. No início dos anos 1990, as análises de vulnerabilidade complexificaram as explicações em torno das formas de contágio, afastando a ideia de que a infecção pelo HIV/Aids é resultante apenas de aspectos individuais.

Segundo Ayres (1996)<sup>5</sup>, a ideia de vulnerabilidade fornece um conjunto de fatores que contribuem para a avaliação das chances que cada indivíduo tem de se infectar, a partir de características biológicas, sociais e culturais. Tal perspectiva possibilitou influenciar decisões no âmbito da política, dos serviços de saúde e dos projetos educativos, abrangendo níveis de complexibilidade em diversas áreas de conhecimento, contribuindo para uma ampliação do debate entre profissionais de diferentes áreas (MEYER *et al.*, 2006).

---

<sup>5</sup> José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres é médico, sanitarista, Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Sua área é Saúde Coletiva, com ênfases em Atenção Primária em Saúde e Humanidades em Saúde. Seus principais temas aos quais trabalha são: saúde de adolescentes e jovens, vulnerabilidade, HIV/aids, cuidado em saúde, integralidade, prevenção e promoção da saúde, desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e bases filosóficas das práticas de saúde.

Na perspectiva de Ayres (2006), a compreensão das análises de *vulnerabilidade* seguem três subdivisões: vulnerabilidade individual, social e programática. A dimensão individual está relacionada aos aspectos da vida de cada indivíduo, seja no âmbito biológico, religioso ou do seu próprio entendimento e relação com o uso preservativo e drogas. Leva em conta que qualquer pessoa pode estar exposta ao risco, considerando as escolhas pessoais de cada um, que podem contribuir para torná-los suscetíveis à infecção pelo HIV/Aids.

A dimensão social da vulnerabilidade avalia as condições socioeconômicas, culturais e políticas em relação à disponibilidade de recursos, informações e formas de enfrentamento de barreiras culturais. Ou seja, o que se leva em consideração são aspectos que não dependem do plano individual, mas de aspectos que buscam compreender como são colocadas em prática todas as informações obtidas no contexto de desigualdades sociais – que evidenciam a influência religiosa, o racismo, o papel de homem e da mulher socialmente construídos – e assim procura elucidar os comportamentos frente à infecção pelo vírus HIV/Aids (AYRES, 2006).

Contudo, a dimensão programática ou institucional da vulnerabilidade para Ayres (idem), desenvolve ações para avaliar as políticas públicas no âmbito da prevenção e tratamento no contexto saúde-doença, bem como se as instituições no campo da saúde, educação e cultura estão aptas para reverter o quadro de vulnerabilidade propiciado pelas condições sociais de cada indivíduo.

As mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal (Chiriboga, 1997; Coll et al., 1999 *apud* Bastos, 2001, p. 94).

Bastos (2001) discute também a vulnerabilidade epidemiológica das mulheres, que ocorre em países onde são naturalizadas práticas associadas ao estupro e onde mulheres mais jovens começam sua vida sexual com homens

mais velhos. Segundo a OPAS (Organização Pan Americana da Saúde), a África Subsaariana é a região mais afetada, com 25,6 (23,1-28,5) milhões de pessoas vivendo com HIV em 2015, sendo a região também responsável por dois terços do total global de novas infecções pelo vírus.

Segmentos populacionais conhecidos por apresentarem fragilidades que os tornem mais vulneráveis ao HIV/Aids são conhecidos como “populações-chave”, que incluem gays e outros homens que fazem sexo com homens, usuários/as de álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo e pessoas trans. Essas populações-chave são comumente encontradas em contextos de vulnerabilidades individuais e sociais, podendo remeter ao impacto à transmissão do HIV e demais IST, segundo dados apresentados pela OPAS.

Segundo dados da UNAIDS (2020), as populações-chave e seus parceiros sexuais representam 62% das novas infecções por HIV em todo o mundo, sendo o risco de infecção por HIV, 26 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens, 29 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis, 30 vezes maior para trabalhadoras do sexo e 13 vezes maior para pessoas transexuais.

### **1.5. Violências no contexto de vulnerabilidade: a partir da perspectiva de gênero**

Ao longo de mais de vinte anos, a Aids foi objeto de estudo e ganhou várias nomeações, como ‘peste gay’, ‘castigo de Deus’, síndrome, entre outras (Seffner, 2007). Essas representações sociais colocam o indivíduo como responsável pela infecção pelo HIV e as mulheres, que são potencialmente expostas, acabam sendo representadas na mídia com responsáveis por infectar em seus companheiros. Tendo em vista que não havia propostas massivas de intervenção para os homens, isto é, era iminente o risco para a população feminina em função dos hábitos sexuais de seus companheiros (Vilela, 2007). A partir dos anos 2000, foi notado um aumento significativo de mulheres contaminadas.

É importante destacar como as representações sociais de gênero contribuem para avultar as vulnerabilidades da população de mulheres. Ayres (2001) enfatiza como essas representações permeiam o imaginário dos/as profissionais de saúde, que negligenciam o atendimento quando não fazem a identificação e notificação de forma adequada. É necessário que o aconselhamento seja feito de forma conjunta para o casal, no intuito de que sejam adotadas práticas seguras para ambos/as e, muitas vezes, isso não acontece. Conseqüentemente, essas inadequações recaem sobre as mulheres de classes mais pobres.

Diante do exposto, entendemos a importância de se trabalhar a construção de gênero e chamamos a atenção para a violência contra mulher, que pode ser configurada de diferentes formas e é uma das preocupações contempladas pelo Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST<sup>6</sup>. Essa temática é essencial para a compreensão das desigualdades sociais entre homens e mulheres e dos contextos de inferioridade nos quais, historicamente, a mulher é colocada. Também destacamos ser a discussão em torno da violência contra a mulher, um importante extensor para compreendermos o contexto de feminização da epidemia.

Os estudos feministas trouxeram situações que permeiam a maternidade, o casamento obrigatório, o trabalho doméstico, entre outras questões que são postas às mulheres, como possíveis norteadores para identificar o poder masculino construído socialmente que oprime, objetifica e violenta mulheres. Nesse viés, os estudos vão incorporar um novo olhar sobre mulheres e homens, como segmentos isolados, na perspectiva da vulnerabilidade e saúde? E, como isso se relaciona com as violências sofridas pelas mulheres?

Entre os comportamentos citados, está embutida a aceitação da violência no contexto familiar, em nome salvação da família. Essa exposição é

---

<sup>6</sup> Lançado em 2007, é uma proposta de ação intersetorial que visa reduzir o impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST entre as mulheres no Brasil, sendo pautada pelo conceito de vulnerabilidade.



importante para entendermos o número crescente de mulheres com HIV/Aids. Com isso, o presente estudo busca conceituar alguns tipos de violência e suas implicações, que reverberam no contexto de vulnerabilidade da mulher à epidemia.

Segundo Rachel Soihet (1997) – pesquisadora e professora que influenciou a historiografia das mulheres no Brasil na década de 1970 – quando ainda não havia se consolidado essa temática no país – a imagem da mulher está associada à beleza, ao sexo, paixão e por ser diferente sexualmente dos homens, a mulher é automaticamente vista como inferior, sem a menor condição de pensar, criar e de compreender literatura e determinadas ciências e mesmo passível de ter acesso a elas.

A genialidade e a razão tendem a ser atributos referenciados somente aos homens, a força física masculina era tida como justificativa para sua natureza autoritária (ou mesmo violenta) e a mulher intitulada como incapaz de contribuir para a produção de conhecimentos, por razões biológicas.

Portanto, a inferioridade feminina passou a ser vista como incontestável, restando apenas às mulheres o seu papel de submissão ao marido, cumprimento dos seus deveres domésticos e cuidado com os filhos. Essa imagem estereotipada, dos papéis do homem e da mulher na sociedade, era reproduzida na construção de discursos baseados em princípios cristãos, o que resultou por exemplo, na imposição de leis contra o adultério que só atingissem mulheres que se distanciavam da mulher materna e “normal” (SOIHET, 1997).

A partir deste cenário, vale ressaltar que estava em vigor no Brasil, desde 1940, uma legislação que anulava a pena de estupro, caso a vítima se casasse com seu agressor ou com outro homem. Ou seja, o crime hediondo deixava de ser configurado como um delito, se cometido contra a sua esposa, o que evidencia a naturalização da mulher como propriedade do homem. A Lei brasileira que tipicava esse tipo de situação, a Lei n.11.106, existiu até 2005.

Quando as mulheres são tratadas como objetos, sendo a sua aparência o aspecto mais relevante que a constitui como sujeito, sua imagem e

individualidade são banalizadas. A hipersexualização da mulher e a objetivação de seus corpos só contribuem para reverberar o machismo, a misoginia e a submissão feminina. Portanto, a violência não se configura apenas com o uso da força física contra uma pessoa. A construção da identidade feminina, a partir dos discursos masculinos, estabelece uma violência simbólica, conforme descreve SOIHET (1997, p. 4):

(...) a violência não se resume a atos de agressão física, decorrendo igualmente, de uma normatização na cultura, da discriminação e submissão feminina. Aliás, o avanço do processo de civilização, entre os séculos XVI e XVIII, corresponderia a um recuo da violência bruta, substituindo-se os enfrentamentos corporais por lutas simbólicas. Nesse período, a construção da identidade feminina se pautaria na interiorização pelas mulheres das normas enunciadas pelos discursos masculinos; fato correspondente a uma violência simbólica que supõe a adesão dos dominados às categorias que embasam sua dominação.

Desta forma, pode-se entender que a violência simbólica,

descreve o processo pelo qual os sistemas (palavras, imagens e práticas), promovem os interesses dos grupos dominantes, bem como distinções e hierarquias entre eles, ao mesmo tempo em que legitima essa escala ao convencer os dominados da aceitação das hierarquias existentes (PARKER, 2001, p. 16).

No entanto, segundo SOIHET (1997), a aceitação pela mulher de uma condição de submissão, é constituída por variações e manipulações, que fazem com que a sujeição da maioria das mulheres em viver nessas condições, ocorra por acreditarem que, de alguma forma, elas irão conseguir subverter o quadro de dominação, assim: “A violência na sua forma simbólica manifesta-se, através de diversos canais, recorrendo-se a variados argumentos” (SOIHET, 1997, p. 7).

Desta forma, entendemos que a naturalização de abusos sexuais principalmente contra as mulheres é uma prática historicamente muito frequente e que muitas vezes é reiterada pelas próprias mulheres. Muitas delas, são abusadas e nem se dão conta, tanto por desconhecerem quais os comportamentos que podem ser compreendidos como abusivos, quanto por acreditarem que o que vivenciam é “normal”, em virtude da frequência e naturalidade com que isso ocorre no seu meio social. E esses abusos não se restringem ao meio familiar, podem ocorrer também em locais públicos, no

ambiente de trabalho, nos espaços religiosos e onde menos acreditamos ser possível de acontecer:

A violência nas relações amorosas ou íntimas afeta especialmente as mulheres e está associada com as relações de gênero e sua hierarquia "naturalmente" estruturada em bases desiguais, que reservam às mulheres um lugar de submissão e de menor valia nas sociedades (SANTOS, 2016, p. 606).

Entende-se que o lugar hegemonicamente estabelecido para as mulheres, delimitando o ambiente público como a esfera do homem e o ambiente privado como a esfera da mulher, fazendo com que a mulher esteja muitas vezes privada do convívio social mais amplo e impedida de tomar decisões e de se aproximar do mundo político. Dentro dessas condições impostas, reverbera o discurso do comportamento ideal feminino, reiterado pelas tradições religiosas judaico-cristãs, que vinculam o casamento à procriação e a comportamentos femininos passivos e estereotipados. A educação que se propõe às mulheres, não busca uma autonomia delas, mas sim, a acumulação de um saber para que ela se prepare para ser esposa e mãe, no intuito de garantir o equilíbrio familiar e o bem dos filhos. Contudo, se faz presente o descontentamento das mulheres em ter que se enquadrar com os propósitos dessa educação (SOIHET, 1997).

No tocante às mulheres negras, essas relações abusivas permeadas por múltiplas violências, são ainda mais complexas: "se pensarmos que na escala hierárquica da sociedade é reservado a elas o espaço de menor poder, pois se somam à dinâmica já perversa das relações de gênero, outras formas de dominação e desigualdades sociais advindas das relações étnico-raciais e de uma situação socioeconômica, na maioria das vezes menos privilegiada". (SANTOS, 2016, p. 606).

Com o exposto, entende-se que atuação médica moralizante aplicada ao longo dos anos de estudos sobre HIV/Aids muito se correlaciona com o modelo hegemônico de mulher, constituído sobre o ideal de ser a mãe e do lar. Neste modelo, a mulher considerada promíscua e sensual corresponde a um risco social.

Essa moral também incidiu no comportamento médico reverberando seus efeitos desde o início da epidemia até os dias atuais. Transformada em práticas contribuiu para o reconhecimento tardio da aids como um risco para as mulheres, favorecendo a sub-reptícia feminização da epidemia.

## **CAPÍTULO 2**

**Pertencimento de classe, gênero e étnico-racial e a produção de  
desvantagens sociais especialmente para as mulheres**

Antes de iniciar o processo de reflexão a partir dos discursos de mulheres sobre a condição feminina e soropositividade, é importante na presente pesquisa compreender a construção do conceito de gênero e como ela se manifesta nas relações de poder, nas formas como aprendemos a viver o gênero e a sexualidade nos espaços públicos e privados, na cultura e nas formas como se dá o processo de inscrição de normalidade e diferença<sup>7</sup> diante de referências da cultura dominante. Dessa forma, é importante buscar entender as desvantagens sociais das mulheres frente às suas vulnerabilidades sociais; compreender o que em suas características biológicas, mais sobretudo culturais e sociais, podem favorecer para a infecção pelo HIV e outras IST.

É importante distinguir o conceito de gênero e sexo, para não serem erroneamente usados como sinônimos. Com isso, para iniciarmos uma síntese dos movimentos feministas, que foram importantes para a introjeção do conceito de gênero na esfera das pesquisas ao longo dos anos, consideramos que “gênero e sexualidade são construídos através de inúmeras aprendizagens e práticas, empreendidas por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais, de modo explícito ou dissimulado, num processo sempre inacabado” (LOURO, 2008, p. 17)<sup>8</sup>.

### **2.1. Construção do conceito de gênero no eixo dos movimentos sociais**

Para entender melhor a construção do conceito de gênero e seus significados sociais, faz-se necessário enfatizar a história do movimento feminista, o que implica também no resgate do debate sobre as identidades<sup>9</sup>. O movimento feminista passou por diferentes processos, o que levou a grandes transformações no âmbito social e político, trazendo com ele a construção e o uso do conceito de gênero. Tal conceito possibilitou reconhecer no plano

---

<sup>7</sup> Serão discutidos neste capítulo posteriormente.

<sup>8</sup> Guacira Lopes Louro é Licenciada em História, mestra em Educação pela UFRGS e doutora em Educação pela UNICAMP. Tem várias publicações na área de gênero, sexualidade, teoria *queer* e educação em revistas e livros nacionais e estrangeiros. A referida citação: Louro (2008, p.17).

<sup>9</sup> Vai ser abordado neste capítulo por meio das contribuições dos estudos de Louro.

teórico-metodológico e político, que existem relações desiguais entre homens e mulheres.

As manifestações contra a discriminação das mulheres tiveram grande importância e expressividade, principalmente ao final do século XIX na Europa – com o surgimento do “sufragismo”, que tempos depois passou também a ser conhecido como “primeira onda” do feminismo, devido à significativa proporção que o movimento tomou. Buscava-se com mais urgência a participação das mulheres na política, com o direito ao voto, com maiores oportunidades de acesso aos estudos e às novas profissões, com a reorganização do arranjo familiar.

Essas foram questões que estavam mais ligadas aos interesses de mulheres ricas, brancas e de classe média, ou seja, embora o movimento sufragista tenha representado um marco importante da história do feminismo, como o grande primeiro movimento de luta (ocorrido em vários países democráticos), a favor da igualdade de gênero, houve uma certa passividade do movimento em relação às mulheres que não se incluíam nos grupos mais privilegiados, como as mulheres operárias e/ou as mulheres não brancas.

Essa tendência permaneceu até finalmente chegar ao debate, a problematização do conceito de gênero, no final da década de 1960, com a chegada da “segunda onda” do feminismo, que vai também trazer espaço para a discussão de construções teóricas somadas às preocupações sociais e políticas (LOURO, 1997).

Para tanto, as transformações sociais

(...) já se mostravam, nos anos 60, profundas e perturbadoras (...) e se acelerariam ainda mais, nas décadas seguintes, passando a intervir em setores que haviam sido, por muito tempo, considerados imutáveis, trans-históricos e universais (LOURO, 1999, p. 07).

Foi a partir da “segunda onda” que diferentes grupos de mulheres (apesar da peculiaridade de cada grupo) começaram a se unir e a travar lutas e discussões sobre a construção e desconstrução do conceito de gênero. Segundo Louro (1997), foi no meio dessas contestações e mudanças sociais e políticas, que a luta das mulheres foi se tornando cada vez mais inclusiva,

trazendo outras pautas importantes como questões de classe, raça, sexualidade, violência de gênero, expressados também por meio de livros, revistas, jornais.

Simultaneamente, o mundo acadêmico também foi se tornando aos poucos mais familiarizado com essas questões e obras, hoje clássicas e que foram se tornando populares – *Le deuxième sexe*, de Simone Beauvoir (1949), *The femininemystique*, de Betty Friedan (1963), *Sexualpolitics*, de Kate Millett (1969). Por conseguinte, nasceram os estudos da mulher<sup>10</sup> e eclodiu o movimento feminista contemporâneo – que entre suas reivindicações está a luta pela “libertação da mulher”.

Considerando que desde muito tempo, mulheres das classes trabalhadoras e camponesas, já exerciam atividades fora do lar e, posteriormente, algumas delas passaram a trabalhar em escritórios, escolas e hospitais sendo suas atividades, comandadas por homens, para Louro (1997), é imprescindível notar que o discurso que caracteriza o ambiente doméstico como o “verdadeiro” universo da mulher, que paulatinamente vinha sendo rompido, é um ocasionador da invisibilidade da mulher.

Entretanto, para a feminista negra Jurema Werneck<sup>11</sup>, o que teria ocorrido com as mulheres negras não foi uma invisibilidade, mas sim uma invisibilização. Isto ocorre porque as mulheres não se tornaram invisíveis ou deixaram de realizar seus feitos. A exclusão da presença de mulheres negras, trata-se de um processo de ocultamento e invisibilização, reordenado por interesses de determinados grupos sociais (WERNECK, 2016).

Estudiosas feministas de diversas áreas, como a Antropologia, a Sociologia e a Educação, vão denunciar a ausência de mulheres em áreas nas quais prevalecem os saberes masculinos, a opressão e a submissão feminina. Louro (1997) chama a atenção para a importância dos primeiros estudos feministas para demonstrar nos espaços universitários e científicos que as

---

<sup>10</sup> Entendido também como estudos feministas. É campo interdisciplinar de estudos no âmbito acadêmico que interliga as questões de gênero à construção social e cultural, realçando as relações de poder.

<sup>11</sup> Médica, mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e ativista do movimento de mulheres negras brasileiro e dos direitos humanos.



mulheres por muito tempo vinham sendo silenciadas, produzindo estudos que passaram a notar as mulheres e suas condições de vida. Em decorrência desses avanços, um dos mais significativos marcos dos estudos feministas, segundo a autora, tornou-se o seu caráter político.

Como parte de todas essas transformações, que incluíram os avanços no campo das pesquisas sobre as mulheres, o movimento feminista contemporâneo também passou a se expressar através de manifestações públicas, livros, jornais e revistas. E o mundo acadêmico também foi atingido pelo saber intelectual de estudiosas, docentes e pesquisadoras, contribuindo para o surgimento dos estudos da mulher.

No âmbito dos estudos sobre a vida da mulher, surgiram dentro do campo acadêmico diferentes análises, debates e polêmicas acerca das formas de trabalho, do corpo, do prazer e das oportunidades de expressão e manifestação artística, profissional e política. Dito de outro modo, houve diferentes filiações teóricas que buscaram explicar a vida feminina, inclusive diferentes justificativas sobre as desigualdades sociais entre homens e mulheres, algumas delas, inclusive, estabelecendo relações entre tais desigualdades e as características biológicas.

Faz-se necessário demonstrar que não somente as características sociais que vão definir socialmente o que é feminino e masculino na sociedade em algum determinado momento histórico. Observa-se como fundamental, construir um novo debate para se compreender as representações e as relações de homens e mulheres numa sociedade, através de uma linguagem em que o conceito de gênero passa a ser utilizado (LOURO, 1997).

Voltando-se para a construção do conceito de gênero, compreende-se que é na esfera das relações sociais que se constroem os gêneros e se reproduzem as relações desiguais entre homens e mulheres. Dessa forma, Louro (1997) enfatiza que, as justificativas para as desigualdades precisariam ir além de somente explicações biológicas, mas adentrar outras formas de representações, focalizadas nos arranjos sociais, na história e nas condições de acesso aos recursos sociais.

Assim sendo, ainda que haja uma primazia dos estudos sobre o universo feminino no meio da necessidade de se debater e significar o conceito de gênero, parte deles também se refere aos homens de forma muito expressiva. A autora ressalta ainda que, o conceito de gênero deve ser constituído de uma forma plural, pensando que as representações entre homens e mulheres são diversas e, para, além disso, na discussão de gênero, também, se deve considerar os diferentes grupos (étnicos, religiosos, raciais, de classe) existentes no interior de uma dada sociedade (LOURO, 1997).

A aparição da categoria “gênero” inicialmente trazida pelas feministas americanas, tinha o objetivo de dissociar a terminologia do determinismo biológico e das questões baseadas somente no sexo. Quando havia uma preocupação com a centralidade das mulheres nos estudos sobre mulheres, o termo “gênero” era utilizado com intuito de introduzir um vocabulário analítico, pois segundo essa ideia, via-se que não era possível compreender ambos os sexos, sendo eles estudados separadamente.

Além disso, o estudo sobre as mulheres estavam na direção de transformar fundamentalmente o que se tinha como paradigmas disciplinares, ou seja, trazer experiência pessoal e subjetiva em questões públicas e políticas. Nessa direção, buscava-se tornar visível a existência das mulheres na história e não somente separá-la de todas as outras, para isso, dependia de ser estudado gênero, como uma categoria de análise (SWAIN, 2009)<sup>12</sup>.

Segundo Joan Scott (2009), uma autora americana pioneira na discussão do conceito de gênero, a forma com que a experiência das mulheres é contada, depende de como o gênero é reconhecido como uma categoria de análise. As pesquisadoras feministas passaram a incluir além de gênero, categorias como classe e raça quando se tratava de estudar e contar uma nova história das mulheres, com o objetivo de desvendar as desigualdades e a luta do(a) oprimido(a).

---

<sup>12</sup> Tânia Narraro Swain é professora da Universidade de Brasília – UnB, atua em pesquisas de epistemologia feminista, sexualidade, gênero, história das mulheres, teoria e metodologia da história. É pós-doutora em estudos femininos pela Universidade de Quebec, no Canadá e em história na Universidade de Montreal, no mesmo país.

A reação de historiadores(as) não feministas em relação à inclusão da participação das mulheres nas revoltas políticas, foi de pouco reconhecimento, pois acreditavam que a história das mulheres deveria ser explorada separadamente da história dos homens, ou seja, se estabelece um desafio teórico após essas reações. Não é apenas necessário descrever a experiência masculina e feminina do passado, mas conectá-las com a discussão de gênero como categoria analítica.

Nos anos de 1980, ao substituir o termo “mulheres” por “gênero”, buscava-se também conferir uma legitimidade acadêmica para os estudos feministas. Praticamente, tratava-se de incluir as mulheres nos feitos históricos através do uso do termo “gênero”, sem lhes nomear. Além disso, o uso do termo, afirma a ideia de que é necessário que os estudos sobre homens e mulheres não sejam estudados de maneira separada, assim não evitando as identificações deles (SWAIN, 2009).

De acordo com o exposto, entendemos que a inscrição do termo *gênero* nos estudos sobre as mulheres, potencializa o saber sobre as relações sociais e contribui para questionar as explicações no campo biomédico que implicam na subordinação feminina. Colabora ainda, para a construção de culturas que evidenciem as identidades subjetivas de homens e mulheres e expande, com o aprofundamento dos estudos sobre sexualidade, a diferença entre prática sexual e papéis sexuais construídos socialmente para os sujeitos.

Todas essas transformações econômicas, políticas, culturais e acadêmicas afetaram significativamente as possibilidades de existência e sugeriram novas formas de construir identidades de gênero e sexuais. Contudo, também trouxeram novos questionamentos e desafiantes perguntas, que podem ser sustentadas com respostas que, viabilizem o entendimento de que a sexualidade é social e política, assim como é construída por cada um, de diferentes maneiras (LOURO, 1999).

## **2.2. Imbricações entre identidades sociais, gênero, sexualidade, normalidade e diferença**

De acordo com as concepções de LOURO (1999), para entendermos a construção do conceito de gênero e tudo o que isso implica, é importante a compreensão de que as identidades sociais e sexuais, assim como a sexualidade, estão totalmente relacionados. Para a autora, a sexualidade é construída por todos os sujeitos ao longo da vida e perpassa as redes de poder de uma sociedade.

A inscrição de gênero nos corpos, a maneira como são definidas todas as identidades sociais (gênero, sexuais, raça, nacionalidade, de classe etc.) e os diferentes modos de expressar a sexualidade, no decorrer das transformações sociais, são construídas no âmbito dos processos culturais, tornando-os históricos. Ou seja, é através das identidades sociais que os sujeitos se constituem. O estudo do conceito de gênero na sociedade, implica o entendimento sobre as identidades sociais e como elas constroem novas divisões sociais, conexas com a compreensão da sexualidade.

As novas formas de se relacionar por meio das novas tecnologias e transformações sociais compõem as identidades de gênero e sexuais. Assim como é através de uma determinada cultura, que definimos o que é feminino e masculino, é por meio dela que estabelecemos o que é e o que não é natural. Considerando o pressuposto de que as identidades sociais fazem parte da construção dos sujeitos, no cerne dessas identificações, eles estabelecem representações. E com o intuito de fixar identidades, a sociedade estabelece divisões que quando passam a ganhar visibilidade e, conseqüentemente, tornando-se mais dominantes, deixam de serem consideradas representações, passando a serem vistas como verdade. É nesse âmbito de divisão que se estabelecem os padrões de normalidade (LOURO, 1999).

A partir das concepções sobre gênero e as formas de compreender a existência das mulheres na história, vem se afirmando desde os anos 1960, a política de identidades. Essa nova política cultural foi protagonizada pelas supostas minorias<sup>13</sup> sexuais e étnicas, que buscavam enaltecer novas

---

<sup>13</sup> O termo "minorias" está mais associado a fatores sociais do que ao número de pessoas que contribui um segmento da sociedade, o que o torna questionável.

linguagens e práticas sociais, ou seja, se tratava de uma luta plural por representatividade.

Essa luta inicialmente foi instaurada porque os grupos mais privilegiados criaram ao longo da história, representações sociais que eram hierarquicamente aclamadas como normas e possuíam efeitos sobre os demais. Isso era facilmente naturalizado por meio de recomendações repetidas (a mídia como grande percursor), que serviam de representação para todos. Como exemplo, temos as mulheres, os gays, lésbicas e bissexuais, transexuais, que eram vistos como sujeitos de sexualidades desviantes. Por isso, fazia-se necessário que os movimentos feministas e de minorias étnicas, se organizassem para evidenciar questões de seu interesse, contribuindo para sua representação social, atribuindo significados nas relações de poder que ocultavam as suas identidades; tornando-os protagonistas da sua própria história (LOURO, 2008).

O enquadramento do sujeito na diferença que Louro (2008) enfatiza, não é por algo reconhecido em seus corpos ou em suas práticas, mas simplesmente, porque há outro sujeito que é tomado como identidade de referência. E esse sujeito é historicamente representado pelo homem branco, heterossexual e de classe média urbano. Tudo o que se afasta do que é instaurado (mesmo que de forma invisível) socialmente como normalidade, é tido como diferente e sem poder representativo. Por isso, faz-se necessário compreender as inscrições das marcas de normalidade e diferença na cultura, pois atualmente as classificações binárias de gênero são bem mais variadas, com maior expressividade e representatividade - porém, isso não quer dizer que os sujeitos estão sendo considerados verdadeiramente e nem que transitam livremente sem serem discriminados por suas representações e identidades.

A partir das características apresentada pela autora, concluímos que, pela capacidade das distintas representações dos sujeitos, produzirem efeitos excludentes, ou que tornam "diferentes" tudo o que não faz parte de padrão socialmente construído como "normal", podemos afirmar que as identidades sociais e culturais são políticas:

A noção de 'diferença' pode compreender mais de uma lógica: é uma realidade empírica que se manifesta no cotidiano-material, ou seja, uma lógica que organiza e que ocorre na vida concreta; e ao mesmo tempo pode ser uma atitude política presente que reivindica um projeto de mudanças, com consequências positivas para a vida em geral. Ou ainda pode ser um simples instrumento de manipulação ou de dominação (BANDEIRA & BATISTA, 2002, p. 126).

O silenciamento sobre questões de gênero e sexuais, nas escolas ou em espaços públicos por exemplo, potencializado muitas vezes pela mídia, igreja ou pela Justiça, viabiliza uma pedagogia da sexualidade, que legitima comportamentos e práticas sexuais enquanto marginaliza outras, colaborando na produção de discursos contraditórios (LOURO, 1999). A partir dessa concepção, buscamos relacionar com a construção de identidade:

Reconhecer-se numa identidade supõe, pois, responder afirmativamente a uma interpelação e estabelecer um sentido de pertencimento a um grupo social de referência. Nada há de simples ou de estável nisso tudo, pois essas múltiplas identidades podem cobrar, ao mesmo tempo, lealdades distintas, divergentes ou até contraditórias. Somos sujeitos de muitas identidades. Essas múltiplas identidades sociais podem ser, também, provisoriamente atraentes e, depois, nos parecerem descartáveis; elas podem ser, então, rejeitadas e abandonadas. Somos sujeitos de identidades transitórias e contingentes. Portanto, as identidades sexuais e de gênero (como todas as identidades sociais) têm o caráter fragmentado, instável, histórico e plural, afirmado pelos teóricos e teóricas culturais (LOURO, 1999, p. 09).

No entanto, ao produzir uma identidade, o indivíduo participa de uma dinâmica de inclusão e exclusão que “muitas vezes não indica apenas diferenças ou singularidades, mas relações hierárquicas e poderes de raiz histórica com atributos fundadores, que demandam para si a definição do que é bom e do que é ruim, do que é belo, do que feio, do que tem valor e do que não tem” (BANDEIRA & BATISTA, 2002, p. 131).

Aos poucos, foram se tornando notórias as identidades que historicamente foram consideradas fora do padrão de normalidade. Se reconhecer e se “assumir” dentro de um padrão que foge da normalidade aceita socialmente, é um ato político, mas que pode carregar o peso da estigmatização. Com o passar dos anos, os discursos sobre sexualidade se multiplicaram, surgiram novas perguntas e respostas, assim como novas políticas. Cresceram e se desenvolveram novas discussões e também foram reforçados os valores e práticas conservadoras (LOURO, 1999).

Em relação aos debates sobre desenvolvimento social dos países, a sexualidade nem sempre aparece destacada, geralmente ela é entendida como somente uma questão de saúde. As mulheres são vistas como vítimas impotentes diante da sexualidade e os homens como predadores sexuais vorazes, enquanto para as crianças, pressupõe que sejam um grupo para o qual sexualidade não é tida como assunto relevante (CORNWALL & JOLLY, 2008).

Cornwall & Jolly (2008) fazem uma reflexão sobre a importância de expandir o conceito de sexualidade, para além de uma questão de saúde. Segundo as autoras, a sexualidade é uma questão de saúde porque se inclui nos direitos mais básicos:

pois, se não temos a possibilidade de evitar que nossos corpos sejam violados por outras pessoas, se nos negam a oportunidade de nos proteger da gravidez e da doença, como poderemos participar dos outros benefícios do desenvolvimento ou mesmo exigí-los? (CORNWALL & JOLLY, 2008, p.34).

Contudo, as autoras defendem também que, a sexualidade também é uma questão para o desenvolvimento social como um todo, porque quando negada ou afirmada sua importância pelas políticas públicas, isso influencia nos mais variados âmbitos das condições de vida:

Os direitos sexuais não são menos importantes do que os direitos à educação, à saúde ou ao trabalho... os direitos sexuais são todos esses direitos... Apesar do consenso teórico sobre a integralidade, formuladoras/es de políticas raramente tentaram levar em consideração os muitos vínculos reais e práticos entre os direitos sexuais e os outros direitos (CORNWALL & JOLLY, 2008, p.39).

Podemos fazer uma relação aqui, entre os estudos de LOURO (1999), quando a autora destaca que as representações que produzem efeitos sociais, ou seja, a sociedade ao longo dos anos, caracteriza algumas identidades como referência, criando assim, uma tendência de padrão ou "norma" que, conseqüentemente, tornam "diferentes" e/ou excluem do acesso a direitos tudo o que não se aproxima ou não se enquadra nessa hegemonia cultural.

A partir disso, entendemos as conclusões de Cornwall & Jolly (2008), quando elas destacam a importância da sexualidade para o desenvolvimento dos países, no intuito de romper com silêncios que reforçam estereótipos e que

dificultam a construção de relações sexuais mutuamente respeitadas, tanto para homens quanto para mulheres, independente da sua orientação sexual.

Outro ponto importante destacado por Cornwall & Jolly (2008), é sobre o que é criado como meio de intervenção para disciplinar e rotular a sexualidade das pessoas. Em vista disso, podemos citar as políticas e programas de desenvolvimento, que por vezes, criam ajustes involuntariamente (sejam eles negativos ou positivos), sobre as relações sexuais e entre gêneros. Muitas vezes, as políticas são criadas, sem levarem em consideração os vínculos entre os direitos sexuais e os demais direitos.

Desde a década de 1970, busca-se quebrar esse silêncio que envolve a sexualidade. O que dificulta transformações nas questões que envolvem a sexualidade e o desenvolvimento, é tudo o que estimula a sexualidade a ser associada à marginalidade ou a um termo que precisa ser esquecido – entre as décadas de 1999 e 2000. Foi naquele período que os assuntos sobre sexualidade passam a ter mais importância, principalmente com o advento da epidemia do HIV/Aids e das negociações da ONU sobre gênero, saúde, direitos sexuais e reprodutivos. Em contrapartida, aquele cenário de debates também levou a reações contrárias aos avanços das discussões sobre sexualidade (CORNWALL & JOLLY, 2008).

É esperado que toda a sociedade manifeste a sua sexualidade, de acordo com a normalidade predominantemente aceita. Por conta de todo estigma que essa mesma sociedade cria, não se espera que mulheres, as pessoas LGBT+ e as pessoas vivendo com HIV/AIDS, para citar apenas alguns grupos, expressem sua sexualidade. Diferentemente dos homens, que podem desfrutar desse direito, embora limitados por canais de expressão socialmente aceitos.

Negar esse padrão e não estar preso a uma lógica dominante podem ser estratégias para refutar essas estruturas de poder, embora quando se trata de *sexo seguro*, por exemplo, o enfoque muitas vezes se limita a falar somente sobre os riscos e o medo, deixando de lado as questões que relacionam os direitos sexuais a outros direitos. Embora a sexualidade nunca seja



mencionada, ela está sempre presente, mesmo que indiretamente. Os discursos sobre as políticas de população e o desenvolvimento pós Segunda Guerra, como citado pela autora, já não falavam mais de “sexo” (CORNWALL & JOLLY, 2008).

### **2.3. Divisão sexual do trabalho e trabalho reprodutivo das mulheres/classe**

As explicações para a divisão sexual do trabalho<sup>14</sup>, muito se apoiaram em um determinismo biológico, sob a ótica da reprodução como o papel único ou mais importante das mulheres. Ademais, o trabalho da mulher na sociedade capitalista, não teve a mesma valorização que é atribuída ao trabalho do homem. Dentro dessa lógica, a mulher é configurada como propriedade do capitalista e do homem/marido. O fato das mulheres se afastarem do lar para trabalhar, tornou-se justificativa para atribuir a elas o mau cuidado dos filhos(as) e as altas taxas de mortalidade infantil.

Esse papel que é delegado à mulher, influenciou na inserção da mulher no mercado de trabalho, bem como nas condições de exercer esse trabalho. Além disso, acabaram infundindo na forma como foram tratadas no ambiente privado de suas vidas e no ambiente de trabalho. Portanto, a imagem da mulher que é mãe, esposa e dona de casa, tende a estar sempre na frente da imagem da mulher trabalhadora, pois é ao homem que é associado a imagem de provedor da família. Conseqüentemente, essa imagem traz limitações para a ascensão da mulher no mercado de trabalho (CARLOTO, 2002).

A expansão dos ramos industriais que empregam mulheres, assim como o crescimento do trabalho feminino e sua permanência, foram fatores que influenciaram o aumento da oferta de emprego feminino nos anos de 1970. A permanência das mulheres no mercado de trabalho deu-se pela necessidade, diante da degradação dos salários dos trabalhadores, de prover o sustento

---

<sup>14</sup> O termo “divisão sexual do trabalho” surge na França nos anos 1970, por impulso do movimento feminista, sendo entendido a partir das relações sociais entre homens e mulheres, como o processo pelo qual as atividades de produção e reprodução social são desempenhadas entre os sexos. Distingue e articula o trabalho que é designado aos homens – sendo eles apropriadores das funções com maior valor social – à esfera produtiva e o das mulheres à esfera reprodutiva (CASTRO, 1992). Essa nova forma de pensar o trabalho teve princípios organizadores e muitas configurações ao longo do tempo.

e/ou complementar a renda familiar. Além da vinda de trabalhadores do campo para a cidade devido ao crescimento urbano e industrialização favorável, o que contribuiu para baratear a força de trabalho.

Outros motivos que contribuíram para a permanência das mulheres no mercado de trabalho foram: as mudanças nos padrões de comportamento, através da contribuição dos estudos e movimentos feministas; a divisão sexual do trabalho que apesar da crise, manteve as trabalhadoras em suas ocupações, mesmo sendo de mais baixa sua remuneração; a baixa fecundidade, sendo esta mais um facilitador para o trabalho fora de casa, e o acesso das mulheres às universidades (CARLOTO, 2002).

Algumas das mobilizações sociais não deram conta de traduzir as contradições que estavam postas em cada período. Novas experiências de luta, buscaram uma nova compreensão e desenvolvimento de pautas sobre a reprodução social<sup>15</sup>. Buscando adentrar sobre o trabalho doméstico e uma associação do trabalho reprodutivo realizado pela mulher como reprodução da força de trabalho; um trabalho produtivo, evidenciando a opressão vivenciada por elas, na estrutura do sistema capitalista de produção, que autoras e ativistas feministas socialistas<sup>16</sup> vão propagar e teorizar discussões fundamentais, para entender a relação da força de trabalho dessas mulheres com a produção capitalista. Tal análise, vai buscar uma assimetria com a teoria marxista do capitalismo.

As discussões das feministas socialistas na década de 1960 e 1970, que foram importantes para o debate sobre o trabalho doméstico das mulheres, apresentavam limites na compreensão da dualidade entre patriarcado e capitalismo. Todavia, na tentativa de buscar entender, a partir de uma base

---

<sup>15</sup> A teoria da reprodução social possui seus contrastes e é conceituada através de diferentes perspectivas. *Marxism and the Oppression of Women: Toward a Unitary Theory* [Marxismo e opressão da mulher: por uma teoria unitária] de Lise Vogel (1983), foi a primeira obra lançada na direção de sistematizar o que as feministas socialistas vinham debatendo sobre o trabalho doméstico que as mulheres reproduziam, na luz da compreensão se esse trabalho seria, a base para opressão das mulheres no capitalismo.

<sup>16</sup> “O feminismo socialista (...) argumenta que classe, raça e opressão de gênero interagem de maneira complexa, que a opressão de classe deriva do capitalismo e que o capitalismo deve ser eliminado para que as mulheres sejam libertadas”. (Eisenstein, 1984: XIX — XX). Ver no endereço eletrônico: <<https://feminismoclasse.medium.com/a-quest%C3%A3o-do-feminismo-socialista-91c109e303c5>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.

analítica, as relações de produção capitalista, que submetem as mulheres a uma lógica de opressão e subalternidade, feministas socialistas e autoras marxistas da reprodução social, se mobilizaram para uma proposta de nutrir a criação de uma teoria que ficou conhecida como teoria unitária<sup>17</sup>, que buscou superar fenômenos e articular a ideia de gênero, raça e sexualidade, na tentativa de compreender esses fenômenos em sua totalidade e não de formas separadas.

Em 1969 foi publicado o artigo *The political economy of women's liberation*, de Margaret Beston – feminista e ativista do movimento trabalhista e de mulheres da década de 1970, uma das fundadoras do programa de Estudos da Mulher e a primeira a argumentar que as mulheres formavam um exército de reserva de trabalho<sup>18</sup>. Beston trouxe críticas à tradição marxista, no intuito de cristalizar a faltante definição das mulheres, que levasse em consideração as condições de classes. Ou seja, para a autora, o trabalho realizado pelas mulheres adquire formas de trabalho pré-mercantis desvalorizadas no capitalismo. Ela afirmou que para a solução da subordinação feminina seria necessária a industrialização das tarefas domésticas.

Outras autoras ampliaram também o pensamento crítico que vinha sendo construído na década de 1970 sobre o trabalho doméstico realizado pelas mulheres e a associação deste trabalho com o funcionamento do modo de produção capitalista, ou seja, de forma integrada ao trabalho no interior da unidade familiar. Elas também constituíram uma nova análise de quem é a classe trabalhadora constituída a partir das perspectivas das autoras e

---

<sup>17</sup> "(...) Uma perspectiva unitária se lança à compreensão do sistema capitalista como complexo de relações sociais de exploração, opressão, dominação e alienação, que se relacionam de forma integrativa, ontológica. Subordinadas à "lógica do valor", tais relações constituem este sistema na mesma medida em que constituem a própria "lógica" (...) a viabilidade de construção de uma teoria unitária das relações sociais sob o capitalismo foi intensamente debatida por intelectuais marxistas antirracistas, anticolonialistas e feministas no século XX (...)" (FONSECA, 2020, p. 4).

<sup>18</sup> Conforme apregouo Marx (1989), o exército de reserva corresponde à força de trabalho que excede as necessidades da produção, de modo que cria uma massa de trabalhadores desnecessários com o intuito de elevar a produção de mercadorias e consequentemente de lucro para a burguesia.

feministas marxistas socialistas<sup>19</sup> a partir da década de 1970, que trouxeram o olhar para a população negra, como sujeito revolucionário.

As feministas Mariarosa Dalla Costa e Selma James (1971), com a publicação do artigo *The Power of Women and the Subversion of the Community* [O Poder das Mulheres e a Subversão da Comunidade], ampliaram o pensamento das feministas da época. Trouxeram a ideia de que as mulheres também produzem valor de troca, são exploradas como “trabalhadoras produtivas” e que os maridos, por não se responsabilizarem pelo trabalho doméstico, teriam mais tempo para desenvolverem seus trabalhos no âmbito público.

A solução posta para essa exploração econômica particular das mulheres, segundo as autoras, seria uma forma específica de luta que se daria no interior da família – entendendo o ambiente doméstico como um centro de subversão da ordem capitalista. A análise das autoras teve uma importância significativa para a discussão sobre a definição das mulheres no âmbito dos seus trabalhos domésticos, buscando entendê-la como uma classe específica, mas em resposta, eclodiram questionamentos sobre o distanciamento que as autoras faziam da categoria de “trabalho útil” – trabalho que produz mais valia, em Marx.

Contudo, um novo olhar sobre o trabalho doméstico, a partir do que havia até então sendo discutido pelas feministas-marxistas, foi se construindo pouco a pouco. Na década de 1980, feministas negras como a Prof. Dra. bell Hooks<sup>20</sup> - feminista, escritora, crítica cultural e ativista estadunidense com vasta produção nos estudos sobre gênero, educação, raça e classe – trouxeram uma nova perspectiva crítica frente à pouca compreensão das mulheres brancas acerca das preocupações políticas e urgentes da maioria das mulheres. E,

---

<sup>19</sup> “O feminismo marxista socialista, tal como outras correntes do feminismo, posiciona a situação das mulheres como grupo ou grupos, no entanto caracteriza-se com matizes que se distinguem de outras correntes teóricas com raízes ideológicas, ou não, e que igualmente incorporaram o feminismo enquanto movimento. Sob diferentes orientações procura o reconhecimento da igualdade de direitos legal, política e na prática da vida do cotidiano entre mulheres e homens” (SANTOS, 2004, p. 3).

<sup>20</sup> A autora adotou esse nome em homenagem à avó. Para ela, nada tem mais importância do que as ideias e o conhecimento. Por isso, utiliza seu nome com letras minúsculas. Disponível em: <<https://www.almapreta.com/editorias/realidade/vida-e-obra-de-bell-hooks-e-tema-de-roda-de-conversa-nesta-quinta-21>> Acesso em: 9 de fevereiro de 2021.

portando, é abstrusa a associação de que a existência de uma supremacia branca, que serve a um Estado racista, sexista e capitalista (Hooks, 1984).

Nos anos 1970 já podemos encontrar propostas de articulação do feminismo negro com o marxismo da reprodução social, mas foi a partir da década de 1990 que passou a ser discutido com rigor o conceito de interseccionalidade – um conceito apresentado há 30 anos apenas, que sistematizado e utilizado terminologicamente pela primeira vez por Kimberlé Crenshaw (ativista negra, advogada, professora da teoria crítica de raça e Doutora) – em 1989, que

trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classe e outras (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Crenshaw ampliou os pensamentos acerca do feminismo ao trazer questões acerca da transversalidade e reverenciar a importância de Angela Davis no debate sobre a interseccionalidade, como veremos a seguir.

Intelectual, feminista-marxista negra, filósofa e professora conhecida mundialmente por sua militância desde os anos 1960, integrando o grupo Panteras Negras e o partido comunista dos EUA, em sua obra mais conhecida - *Mulher, raça e classe* (1981), Angela Davis já traçava um caminho por meio das perspectivas de mulheres negras, para as análises interseccionais. Embora o termo ainda não fosse utilizado, Davis promoveu uma reflexão sobre as histórias das mulheres negras, reconhecendo a amplitude de que o movimento antiracista necessitava acontecer, para um caminho de transformação social, construído pelas mulheres negras.

Diante do exposto, compartilhamos o pensamento também de bell Hooks para melhor ilustrar esse período de transformações no meio campo de análises feministas:

Se as mulheres negras de classe média tivessem começado um movimento em que designassem a si mesmas como “oprimidas”, ninguém as teria levado a sério. Se tivessem estabelecido fóruns públicos e dado palestras sobre sua “opressão”, teriam sido criticadas e atacadas por todos os lados. Não foi o que aconteceu com as feministas burguesas brancas, porque elas podiam apelar a um grande público de mulheres como elas, ávidas para mudar a sua sina

na vida. Seu isolamento em relação a mulheres de outros grupos raciais e de classe não oferecia base comparativa imediata pela qual testar suas hipóteses de opressão comum. Inicialmente, as participantes radicais do movimento de mulheres exigiram que as mulheres penetrassem esse isolamento e criassem um espaço para contato. Antologias como *Liberation now!*, *Women's liberation: blueprint for the future*, *Class and feminism*, *Radical feminism e Sisterhood is powerful!*, todas publicadas no início da década de 1970, contêm artigos que tentavam abordar um vasto público de mulheres, um público que não era exclusivamente branco, de classe média, com nível universitário e adulto (várias têm inclusive artigos sobre adolescentes) (HOOKS, 2015, p. 199).

O debate da interseccionalidade abriu caminhos para o que ficou conhecido como *feminismo interseccional*, que alargou o debate para as discussões de gênero, fazendo com que as reivindicações nos contextos de luta não se limitem aos interesses de mulheres brancas e ricas.

No contexto brasileiro, podemos ressaltar as importantes contribuições de Carla Akotirene<sup>21</sup>.

Partindo do entendimento de que “a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo, e cisheteropatriarcado” (AKOTIRENE, 2019, p. 19), o referido conceito já pensado no Brasil, sofre maus usos pelas branquitudes e traz questões específicas, aprofundadas pela autora e outras intelectuais. Segundo a autora:

A interseccionalidade é sobre identidade da qual participa o racismo interceptado por outras estruturas. Trata-se de experiência racializada, de modo a requerer sairmos das caixinhas particulares que obstaculizam as lutas de modo global e vão servir às diretrizes heterogêneas do Ocidente, dando lugar à solidão política da mulher negra, pois que são grupos marcados pela sobreposição dinâmica identitária. É imprescindível, insisto, utilizar analiticamente todos os sentidos para compreendermos as mulheres negras e “mulheres de cor” na diversidade de gênero, sexualidade, classe, geografias corporificadas e marcações subjetivas (AKOTIRENE, 2019, p. 29).

Para Kimberlé Crenshaw (1991), interseccionalidades são “formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação: sexismo, racismo, patriarcalismo” (CRENSHAW, *apud* CARVALHO, 2018).

---

<sup>21</sup> Bacharel em Serviço Social, Mestra, doutorando em estudos femininas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e autora do livro “O que é interseccionalidade?”, publicado em 2018.

O resgate dessa discussão se dá pelo fato de que a construção em torno do que se desenvolveu a partir da teoria unitária, reverbera na atuação do movimento negro. Tal debate é importante para atualidade, considerando uma sociedade que começou a pensar gênero a partir das perspectivas da heteronormatividade e as relações raciais a partir das perspectivas da branquitude<sup>22</sup>.

As contribuições da teoria da reprodução social dialogam com o feminismo negro. Isso teve impacto nos pensamentos críticos sobre as desigualdades sociais e na forma de enfrentá-las, dando espaço para a luta das mulheres.

---

<sup>22</sup>Branquitude é uma posição de onde emana o poder, inclusive de nomear outros grupos raciais. Além de controlar recursos materiais simbólicos e institucionais em benefício próprio. Um sistema que dá sustentação ao racismo.

## **CAPÍTULO 3**

### **Percurso metodológico e resultados da pesquisa**



### 3.1. Metodologia adotada e percalços do estudo

Neste terceiro capítulo são apresentados os resultados da pesquisa que serviu de base à monografia e os caminhos percorridos relacionados ao objeto desse trabalho: mulheres vivendo com HIV/AIDS. Anteriormente ao início das pesquisas acerca da população vivendo com HIV/AIDS, especificamente das mulheres, a minha inserção na área de saúde como estagiária de Serviço Social, somada ao meu interesse no âmbito universitário acerca de temas inerentes às mulheres, despertaram em mim a vontade de aprofundar o conhecimento sobre a temática em questão.

Com a finalidade de obter uma maior aproximação da realidade da vida de mulheres vivendo com HIV/AIDS, assim como de uma melhor compreensão do contexto de vulnerabilidade social no qual elas estão inseridas, a metodologia – entendida como um conjunto de procedimentos e técnicas, no decorrer da construção da pesquisa, que inclui sistematização de dados e análise de resultados – é fundamental para uma ampliação de perspectivas acerca do objeto deste estudo. Buscamos assim concernir à dimensão metodológica um olhar analítico que contribua para uma caracterização das mulheres vivendo com HIV/Aids, pautada nas suas particularidades.

A pesquisa que desenvolvi no presente trabalho de conclusão de curso foi de natureza qualitativa, cujo modelo de raciocínio se preocupa em compreender e interpretar o fenômeno, sob a óptica de comportamento de determinado público-alvo e:

verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2007).

O presente estudo apresenta uma especificidade de natureza subjetiva. Ele potencializa o saber sobre questões que não possuem um acesso notório – articulado não só com o que é viver com HIV/Aids sendo mulher, mas com um olhar minucioso – que permite identificar concepções acerca da síndrome e da vida com ela, por meio do que essas mulheres querem de fato dizer em primeira pessoa, considerando suas particularidades e contextos sociais distintos. Trata-se de buscar visibilizar questões que perpassam a condição

dessas mulheres enquanto soropositivas, mas que vão além do cotidiano baseado no enfrentamento dos estigmas e do tratamento.

O que se propôs foi um estudo investigativo, que buscasse levantar questões sobre o tema, que possibilitasse uma aproximação das vidas dessas mulheres, considerando o contexto social no qual estão inseridas e a realidade estigmatizante com que variadas vezes se deparam. O propósito foi evidenciar o que foi repercutido em suas vivências pós-diagnóstico e o que foi apresentado como relevante por elas.

É importante relatar que na presente pesquisa, durante a busca dos vídeos por meio das palavras-chaves, observou-se uma maior variedade de vídeos autorais de homens do que de mulheres. Um dado que pode estar relacionado com o estigma e o medo de enfrentamento de julgamentos morais, que são reforçados pela condição de gênero. Além disso, dentre os resultados da pesquisa pelo site obteve-se uma quantidade de mulheres brancas relevantes, enquanto de mulheres negras tivemos dificuldades para encontrar vídeos autorais.

Ressalta-se que a coragem de expor sua sorologia é ainda mais complexa para as mulheres negras se pensarmos o espaço de menor poder que é reservado para elas na sociedade construída sobre as bases das relações de gênero e étnico/raciais, que contribuem para uma desigualdade social oriundas de uma condição menos privilegiada socialmente. A partir dessa reflexão, consideramos a fala de Sueli Carneiro:

[...] há uma forma específica de violência que constringe o direito à imagem ou a uma representação positiva, limita as possibilidades de encontro no mercado afetivo, inibe ou compromete o pleno exercício da sexualidade pelo peso dos estigmas seculares, cerceia o acesso ao trabalho, arrefece as aspirações e rebaixa a autoestima [...] (Carneiro, 2003, p.122).

Em virtude da não representação ou da construção distorcida da mulher negra nos meios de comunicação - que não apenas se destinam a repassar o que é hegemonicamente representativo, mas instituem por meio da lógica de produção capitalista, ideários sobre a mulher negra – que podemos compreender os receios que operam sobre a mulher negra. O que a faz não

ser facilmente condicionada a ligar uma câmera e falar sobre suas questões enquanto mulher soropositiva.

A partir da análise verbais dos vídeos, construído com base no roteiro de análise, foi possível identificar alguns eixos temáticos da pesquisa e considerações a respeito das vivências de mulheres com HIV/AIDS. Para elucidá-los, foram citados trechos das falas dos vídeos. As principais formas autopercebidas da infecção foram: uso de drogas, ter tido relações sexuais desprotegida, forte presença da religião.

O levantamento bibliográfico foi uma das fases deste trabalho, através do qual fundamentamos o objeto a ser analisado. Ele foi construído por meio da consulta a livros, artigos, revistas especializadas e materiais digitalizados, ou seja, de técnica de documentação indireta que abrangeu materiais existentes já publicados, que abordam a temática em questão e que podem ser encontrados de forma *online*.

A pesquisa documental desenvolvida neste trabalho, teve como fonte de pesquisa a legislação e os dados epidemiológicos sobre a epidemia que puderam ser encontrados de forma *online*<sup>23</sup> em materiais tais como livros, revistas especializadas ou artigos técnico-científicos publicados em formato digital. Todos eles eram materiais acerca do objeto de estudo. A captura de vídeos foi conduzida através de redes sociais na internet.

Optou-se também pela análise de conteúdo – de cunho descritivo - por meio da modalidade temática que, segundo Bardin (1988), contempla-se em três fases: *pré-análise*, leituras flutuantes, ou seja, sem a exigência de destacar alguma parte, mas que agrega uma compreensão geral do material; *exploração do material*, recorte das unidades de registro e do contexto e a categorização; *tratamento de informações*, interpretação dos dados obtidos.

Como fonte de pesquisa, utilizamos a documentação audiovisual, que permite uma abrangência dos fenômenos observados e o distanciamento

---

<sup>23</sup> Isso foi necessário porque toda a monografia foi construída no contexto da pandemia de covid-19, impossibilitando pesquisas presenciais e consultas a material bibliográfico ou documental impresso.

emotivo do investigador. A possibilidade de repetidas visualizações dos vídeos, proporcionou uma análise mais circunstanciada às questões apresentadas nos vídeos do Youtube, além de possibilitar que a análise do fenômeno fosse feita de forma mais qualificada, dada a possibilidade de um olhar minucioso para relatos que poderiam passar despercebidos em outros procedimentos metodológicos.

Por conseguinte, desenvolvemos a pesquisa audiovisual a partir dos relatos de mulheres vivendo com HIV/Aids, que decidiram expor suas questões perpassadas pelo viver com HIV/Aids, por meio da rede social de compartilhamentos *YouTube*<sup>24</sup>. Os vídeos analisados foram divulgados no próprio *site*, por suas autoras.

A busca dos vídeos se iniciou por meio da utilização das seguintes combinações de palavras-chave: **Mulher + AIDS; Mulheres + AIDS; Mulher + HIV; Mulheres + HIV; Mulher soropositiva; Mulheres soropositivas**. A partir dos resultados obtidos na busca dos vídeos, realizou-se a pré-seleção de vídeos que não tivessem algum tratamento de edição intermediado por algum tipo de mídia formal. Ou seja, buscamos identificar vídeos que fossem autorais, em que as próprias mulheres em algum momento de suas vidas sentiram o desejo ou a necessidade de expor sobre questões ligadas à vivência com HIV/Aids.

Os vídeos foram selecionados com o objetivo de responder a questões importantes para o presente estudo. Portanto, é importante que as questões trazidas em vídeo por essas mulheres, não tivessem sofrido a interferência de um entrevistador/editor de algum programa televisivo ou documentário, pois geralmente estes últimos seguem um roteiro temático pré-estabelecido, tendo

---

<sup>24</sup> “Vindo do termo inglês “you” (você) e “tube” (tubo, mas é um termo para designar televisão), o YouTube é um site que possibilita a publicação e o compartilhamento de vídeos em formato digital. Já que a palavra em si significa “você transmite” ou “você na tela”, seu objetivo faz todo o sentido. Fundado em fevereiro de 2005 por Jawed Karim, Chad Hurley e Steve Chen, o YouTube possibilita a hospedagem de qualquer tipo de vídeo. A criação ergueu-se durante um período que havia muita dificuldade em compartilhar vídeos na internet. Hoje, no site é possível encontrar documentários, animações, programas antigos, vlogs, pegadinhas, transmissões ao vivo, entre outros. Ainda assim, o que domina o site são vídeos caseiros. Muitos são feitos em locais simples, como o quarto ou um estúdio, mas que trazem um conteúdo interessante”. Fonte: <https://influu.me/blog/entenda-o-que-e-youtube/> Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

em vista outros interesses como a busca de entretenimento pela respectiva mídia.

Para delinear um critério de inclusão ou exclusão dos vídeos, fixamos nossa atenção na preocupação central da pesquisa, que foi construir uma amostra qualitativa, a partir de vivências particulares e subjetivas acerca do que é viver contemporaneamente no Brasil com HIV/Aids na condição feminina. Buscou-se compreender o que elas consideravam relevante e/ou conteúdos capazes de produzirem notoriedade para os vídeos e/ou para si mesmas.

Seguindo tais critérios, os vídeos foram selecionados e desenvolveu-se uma coleta de dados. Durante a coleta, buscou-se identificar: o nome completo da autora; o nome do vídeo postado; a data de publicação do vídeo; a idade da mulher quando o vídeo foi publicado; a duração do vídeo; o tempo de inscrição da mulher no canal; o número de inscritos/as no canal do *YouTube*; o número de visualizações do vídeo; as palavras-chave utilizadas para a busca do vídeo e o *link* de acesso ao vídeo.

A estratégia para dar seguimento à pesquisa, a partir da coleta de dados, residiu na construção de um roteiro de análise, que teve como finalidade a organização, sistematização e análise de dados. O roteiro, foi composto pelas seguintes categorias empíricas:

Na primeira parte do roteiro realizamos uma breve caracterização socioeconômica e cultural das autoras. Naquela parte, busca-se identificar a idade atual; a raça/cor; o pertencimento geográfico; a ocupação; a escolaridade; a conjugalidade; possuía existência ou não de filhos(as); a orientação sexual e a identidade de gênero.

Na segunda etapa do roteiro, foram coletadas informações sobre as condições de vida com HIV. Ali, buscou-se identificar o que norteia a vida dessas mulheres e que dialoga com o contexto de infecção pelo HIV.

Esta segunda parte do roteiro contempla uma coleta das seguintes informações: tempo de infecção; idade com que se infectou; tempo em que vive com HIV/Aids; conteúdo do vídeo (sobre o que fala); os motivos pelos quais

resolveu criar o vídeo; a associação da autora a grupos políticos e/ou religiosos; as formas autopercebidas de como se deu a infecção; o acesso à rede de saúde e ao tratamento; recursos de tratamento; como qualifica o acesso ao tratamento; a percepção das pessoas próximas sobre o HIV/Aids; dificuldades enfrentadas para viver com HIV/Aids; como o(a) parceiro(a) afetivo-sexual encarou/encara o diagnóstico; como é a relação com os familiares; ocultação ou não da doença; sentimentos que mais a atravessam no pós diagnóstico; o que mais incomoda quando se trata de HIV/Aids; como encara as percepções das pessoas sobre a doença; como se configura a rede de apoio e o que mais deu suporte para o enfrentamento de um novo contexto de vida pós diagnóstico; qual é a percepção sobre a doença antes de se infectar; se já sofreu algum tipo de violência; se já sofreu algum tipo de preconceito ou discriminação por conta da sua sorologia.

Na sequência, para melhor sintetizar as informações e percepções acerca da trajetória das autoras e responder ao roteiro de análise, realizou-se a transcrição e descrição dos vídeos, bem como a escuta minuciosa das falas das autoras, repetidas vezes. Apesar da transcrição dos vídeos ter gerado um trabalho extenso, foi por meio desse processo, que pude observar aspectos que considerei importantes que, somente com a visualização dos vídeos repetidas vezes, não havia percebido. Conseqüentemente, obtive uma melhor aproximação do objeto de estudo, além de ter conseguido efetivar a atualização do roteiro de análise, sempre que necessário, incorporando novas questões.

A alimentação do roteiro também ocorreu pelo acompanhamento do canal do YouTube das respectivas mulheres – à medida em que foram sendo publicados novos vídeos – e por meio da utilização de outros vídeos já existentes.

A exploração de outras redes sociais como *Instagram*<sup>25</sup>, *Facebook*<sup>26</sup>, *LinkedIn*<sup>27</sup> e *Spotify*<sup>28</sup> (podcasts), também foi pertinente, porque possibilitou

---

<sup>25</sup>O *Instagram* é uma rede social principalmente visual, onde um usuário pode postar fotos e vídeos de curta duração, aplicar efeitos a eles e interagir com publicações de outras pessoas, através de comentários e curtidas. Além disso, um usuário pode seguir o outro para poder acompanhar suas postagens e suas atividades dentro da rede. O número de seguidores inclusive contribui para a visibilidade do perfil. Nele também encontramos as famosas hashtags, que servem como um mecanismo de busca das publicações, e ajuda na hora de

coletar informações complementares acerca das autoras dos vídeos, tais como idade, tempo vivendo com HIV/Aids, ocupação, estado civil, entre outras.

Para eventuais dúvidas sobre as informações coletadas a partir das redes sociais e/ou para responder às questões não respondidas do roteiro de análise, também entrei em contato direto com essas mulheres, através das mesmas mídias, apresentando a elas minha pesquisa. Todas responderam com entusiasmo ao saberem da proposta de estudo e disponibilizaram o contato telefônico. O contato telefônico foi realizado para obter informações como: idade atual; filhos(as); ocupação; quanto tempo vive com HIV/Aids, entre outras, que não estavam disponíveis nos vídeos assistidos.

Ressalto que foi evitado ao máximo o contato verbal provocado com as mulheres, a fim de não realizar uma técnica que se aproximasse de uma entrevista. Este tipo de contato, portanto, somente foi feito, quando a busca frequente de informações através das redes sociais utilizadas por elas, não foi suficiente. E ainda assim, somente foram feitas a elas questões mais objetivas. No entanto, algumas, quando abordadas, acabaram se estendendo em suas

---

segmentar o seu público. (...) Em 2011, a empresa, que tinha apenas 6 funcionários já possuía 10 milhões de usuários na rede. Já no ano de 2012, após o tão esperado lançamento do aplicativo na versão para Android, o Instagram foi comprado pelo Facebook, por 1 bilhão de dólares. Atualmente, a rede social conta com mais de 500 milhões de usuários em todo o mundo, sendo que 7% das contas criadas são de brasileiros (...). Disponível em: <<https://rockcontent.com/br/blog/instagram/>>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.

<sup>26</sup> O *Facebook* é a maior rede social de todo o mundo, contando com 2 bilhões de usuários ativos em todo o mundo. Nele, é possível criar um perfil pessoal ou uma Fan Page, e interagir com outras pessoas conectadas ao site, através de trocas de mensagens instantâneas, compartilhamentos de conteúdo e as famosas "curtidas" nas postagens dos usuários. Além de executar estas funções, também é possível participar de grupos, de acordo com seus interesses e necessidades, dentro da rede social (...). Disponível em: <<https://rockcontent.com/br/blog/facebook/>>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.

<sup>27</sup> *LinkedIn* é uma rede social que tem como foco os relacionamentos profissionais. Podemos dizer que é uma grande plataforma que ajuda pessoas e empresas a anunciarem vagas, procurar empregos, alimentar a sua rede de contatos (networking), fazer parcerias, dentre outras atividades relacionadas. Se fosse para simplificar o *LinkedIn* em algo que conhecemos no mundo prático, podemos dizer que é um grande currículo online, com funcionalidades dinâmicas, sendo possível interagir com outras pessoas que estão ali com o mesmo objetivo (...) hoje, o Brasil conta com pouco mais de 300 milhões de usuários na rede social, ou seja, mais da metade de pessoas que têm um perfil ativo (...). Disponível em: <<https://comunidade.rockcontent.com/o-que-e-LinkedIn/>>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.

<sup>28</sup> O *Spotify* é um serviço de streaming de música digital que dá acesso a milhões de músicas, podcasts e vídeos de artistas de todo o mundo, como o Apple Music Disponível em: <<https://www.pocket-lint.com/pt-br/aplicativos/noticias/spotify/139236-o-que-e-spotify-e-como-funciona>>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.

respostas e se sentiram à vontade em falar um pouco mais além do que tinha sido perguntado.

### 3.2 Resultados e discussões

A seguir apresentaremos os principais resultados da pesquisa desenvolvida para a construção dessa monografia, refletindo sobre eles a partir da literatura pesquisada.

#### 3.2.1 Quem são essas mulheres?

Todas as minhas locutoras eram cisgêneras<sup>29</sup>, com idades entre 27 e 37 anos, portanto, mulheres adultas, mas relativamente jovens. Blenda e Raquel se classificaram como pardas, Fabiana como negra e apenas Marina se se identificou como branca. A respeito da orientação sexual, Marina disse ser bissexual e as demais mulheres, heterossexuais. Em relação ao pertencimento geográfico, Blenda nasceu em Goiânia (GO), mas reside atualmente em Brasília (DF), Fabiana morou por um longo tempo em Niterói (RJ), mas hoje mora no bairro do Rio Comprido, zona central do Rio de Janeiro. Marina mora em São Paulo (SP) e Raquel em São João de Meriti, cidade da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. Portanto, são residentes urbanas de grandes cidades do país, com exceção de Raquel.

Fabiana não completou o ensino fundamental, Raquel completou o ensino médio e estava fazendo um curso de formação profissional em psicanálise, Blenda estava cursando duas faculdades – engenharia de energia e matemática – e Marina havia completado o ensino superior em jornalismo. Considerando que a PNAD de 2019 revelou que apenas 48,8% da população brasileira completaram o ensino médio, pode-se afirmar que a escolaridade das autoras é relativamente alta para a sociedade brasileira.

Marina morava junto com um casal de amigos e estava solteira. Todas as outras estavam casadas com homens cisgêneros e Fabiana frisou que iria

---

<sup>29</sup> Entende-se por *mulher cisgênera*, a mulher que já no nascimento foi classificada como pertencente ao gênero feminino. Tal categoria se opõe à mulher transgênera, que são as mulheres que ao nascerem foram consideradas do sexo masculino e que ao longo da vida construíram uma identidade feminina.



oficializar a união no cartório de registro civil, em dezembro de 2020. As autoras vivem, portanto, em unidades familiares quase sempre convencionais.

Todas elas se referiram em seus respectivos vídeos, a terem trabalhado de forma remunerada em algum momento da vida, mesmo que informalmente. Atualmente, Blenda trabalha com o marido em uma vidraçaria, em que ele é o proprietário. Fabiana trabalha informalmente vendendo lanches que prepara em sua própria casa, Marina trabalha como jornalista e Raquel trabalha como micropigmentadora de sobrancelhas e tem um espaço onde ministra aulas sobre o tema. São todas, portanto, trabalhadoras do comércio e/ou prestadoras de serviços com renda modesta.

Exceto Marina, nenhuma das mulheres referiu ter vivido algum tipo de violência doméstica e/ou comunitária em suas vidas pregressas.

Todas elas participavam de grupos religiosos e apenas duas possuíam filhos: Fabiana e Raquel. Fabiana tem uma filha de dezesseis anos, soronegativa, que residia longe dela, em Piraí, cidade do interior do Rio de Janeiro. Raquel morava com seus dois filhos também soronegativos, o mais novo deles com seis anos e o mais velho com doze anos. A tabela 1 sumariza todas essas informações socioeconômicas das mulheres:

**Tabela 1 – Características socioeconômicas das mulheres**

Locutora	Gênero	Idade atual	Raça	Ocupação	Localidade	Ensino	Orient.	Estado civil	Filhos	Religião
Fabiana	Cis	34	Negra	Vendedora	Rio Comprido	EMI	Het	Casada	1	Evangélica
Blenda	Cis	27	Parda	Comerciante	Gama	ESI	Het	Casada	0	Adventista
Marina	Cis	37	Branca	Jornalista	Pinheiros	ESC	Bi	Solteira	0	Budista
Raquel	Cis	31	Parda	Micropigmentadora	S. João de Meriti	EMC	Het	Casada	2	Evangélica

### 3.2.2 Relacionamento das interlocutoras com a rede social e caracterização dos vídeos

Páginas eletrônicas como o *YouTube*, são meios de informação atrativos, utilizados por pessoas que buscam informações de qualquer natureza, com a intenção de esclarecer dúvidas, desvendar mitos, aprender de forma didática sobre qualquer coisa de seu interesse (por meio dos conhecidos tutoriais). Ele também é muito utilizado como meio de se instrumentalizar para qualquer fim. Por ser um *site* que ganhou muita popularidade, tem se tornado comum nos canais daquela plataforma, a preferência dos produtores de conteúdo, pela disponibilização de seu material em forma de *blog* em vídeo (os “vlogs”), o que contribui para construção de um público fiel que acompanha o fluxo de publicações<sup>30</sup>.

Os vídeos postados na plataforma de entretenimento, podem gerar impactos, podendo influenciar de forma positiva e negativa, contanto que, vivemos tempos de *fake news* (notícias falsas), onde há muitos compartilhamentos de informações, cujas fontes não são confiáveis, gerando uma “afobação” rasa nas redes sociais.

A audiência em plataformas como o *YouTube* pode se tornar também um meio rentável de sobrevivência, de acordo com o número de visualizações dos vídeos publicados. A monetização de vídeos nesse *site*, é feito em dólares, baseado na regra CPM (custo por mil), onde a cada mil *views* (visualizações), o *youtuber*<sup>31</sup> pode ganhar algo entre 0,25 e 4,50 dólares, o que no Brasil seria o equivalente a 1 e 25 reais, nada desprezível diante da realidade socioeconômica de grande parte da população brasileira. Esse valor corresponde a quase 3% do valor do salário-mínimo em 2020<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Ver em: <<https://sambatech.com/blog/insights/quanto-ganha-um-youtuber/#:~:text=O%20pagamento%20no%20YouTube%20%C3%A9,entre%201%20e%2019%20reais>> Acesso em: 10 de janeiro de 2021.

<sup>31</sup> Segundo a página eletrônica <[www.infoescola.com](http://www.infoescola.com)> “*Youtuber* é o criador de conteúdo para a plataforma de compartilhamento de vídeos norte americana YouTube. (...) Com o aumento exponencial da plataforma e as políticas de monetização de vídeos, a atividade de *youtuber* tornou-se rentável e muitos usuários começaram a profissionalizar os seus canais.” Disponível em: <https://www.infoescola.com/internet/youtuber/> Acesso em: 07 de fevereiro de 2021.

<sup>32</sup> De acordo com a página eletrônica <[www.socialblade.com.br](http://www.socialblade.com.br)> Acesso em: 20 de novembro de 2020.

Todas as minhas locutoras disseram não se considerar uma *youtuber*, mas que reconheceram a influência que podiam ter na vida de muitas pessoas e, por isso, fizeram os vídeos. Marina por exemplo, não se considerou uma *influenciadora digital*<sup>33</sup>, mas acredita ser alguém influente entre pessoas que se interessam pelo tema que ela trata. Em contato via *Whatsapp*, ela reiterou que preferia ser uma “pessoa influente” a uma “influenciadora” – com essa afirmação, compreendi que ela não almeja ser uma influenciadora digital por profissão. No entanto, se vê como alguém pode impactar, por meio de seu conteúdo, as pessoas que a acessam.

Blenda também não se considera uma *youtuber* ou uma *influenciadora digital*. Em contato via *Facebook*, ela disse que consegue ajudar pessoas em suas descobertas a partir das suas vivências com o vírus, mas que não consegue induzi-las a comprar um produto, por exemplo. Completa dizendo que se inspiram muito mais em “sua força” (SIC).

Raquel, em contato via *Whatsapp*<sup>34</sup>, disse que estava “longe de ser uma *youtuber*” e que a sua intenção foi que seus vídeos alcançassem pessoas que tinham curiosidade sobre o assunto, mostrando que é possível ficar bem e não desistir da vida. E menciona que muitas pessoas que a procuravam, tinham o propósito de “tirar a própria vida” (SIC).

Já Fabiana, disse que seus vídeos são como um “trabalho voluntário”, que lhe dá muita satisfação, pois “ajuda muitas pessoas”. Sua fala através de um áudio enviado pelo *Whatsapp*, elucida de forma emocionada, o seu

---

<sup>33</sup> Segundo a página eletrônica [www.canaltech.com.br](http://www.canaltech.com.br), “digital influencer ou influenciadores digitais, basicamente é a pessoa que detém o poder de influência em um determinado grupo de pessoas. Esses profissionais das redes sociais impactam centenas e até milhares de seguidores, todos os dias, com o seu estilo de vida, opiniões e hábitos. (...) Na prática, o *influencer* impacta e conquista seguidores e fãs, através da produção de conteúdo, além de usar as mídias digitais (no caso, costumeiramente o Instagram, o Facebook, o YouTube ou até mesmo o blog) como meio para entregar a informação” Disponível em: <https://canaltech.com.br/redes-sociais/digital-influencers-afinal-o-que-e-ser-um-influenciador-nas-redes-162554/>. Acesso em: 07 de fevereiro de 2021.

<sup>34</sup> O *WhatsApp* é um aplicativo gratuito que foi criado como uma alternativa ao sistema de SMS, possibilitando o contato com amigos e familiares, em qualquer lugar do mundo, possibilitando o envio e recebimento de arquivos de mídia como: textos, fotos, vídeos, documentos e localização, além de chamada de voz. Fonte: <[https://www.whatsapp.com/about/?lang=pt\\_br](https://www.whatsapp.com/about/?lang=pt_br)> Acesso em: 07 de fevereiro de 2021.

sentimento: “A minha cura é essa: ajudar pessoas... muitas pessoas me procuram com depressão, querendo se matar”.

A maioria dos vídeos foi produzida entre os anos de 2016 e 2020. Essas mulheres publicaram esses vídeos quando tinham em média 30 anos. São parte, portanto, da chamada *Geração Y* ou *Geração Milênio* que é a nascida após o início da década de 1980 até o fim do século XX. Desde a inscrição no canal do Youtube até a primeira publicação no canal, decorreu um período médio de onze meses em relação aos vídeos de Fabiana, aproximadamente um mês nos vídeos de Blenda, quase dois anos nos vídeos de Marina e pouco mais de cinco anos em relação aos vídeos de Raquel. Nota-se que no primeiro vídeo que Fabiana publicou no *site*, ela falou sobre sua sorologia e esse também foi o vídeo escolhido para ser analisado na presente pesquisa.

Há uma distância de menos de um mês do primeiro vídeo postado de Blenda até o vídeo analisado. Já em relação aos vídeos de Marina, houve pouco mais de 8 anos de distância entre o primeiro vídeo postado e o vídeo analisado. Raquel, levou menos de dois meses desde o primeiro vídeo publicado ao vídeo analisado.

Exceto no caso de Blenda e Marina, nas demais, já na primeira publicação no canal do *YouTube*, o vídeo publicado já tinha uma relação direta com a sua vivência com HIV/Aids. Marina, que já tinha o costume de publicar vídeos em seu canal desde fevereiro de 2011, fez seu primeiro vídeo sobre sua experiência com HIV/Aids em dezembro de 2019, quando ela já vivia com AIDS há aproximadamente dez anos. Blenda, que já publicava vídeos em seu canal com temas diversos, levou 8 meses para publicar o vídeo em que falava da sua vivência com HIV/Aids.

Os vídeos analisados têm em média 12 minutos e 36 segundos de duração e apresentam uma variabilidade muito alta em relação ao número de inscritos/as e de visualizações dos vídeos, de cada uma das autoras. Com relação ao número de inscritos/as nos canais, este variou dentro de uma faixa ampla que vai de 74 pessoas (o mínimo de inscritos) e 16 mil (o máximo de

inscritos)<sup>35</sup>. Em relação às visualizações dos vídeos analisados, os vídeos obtiveram no mínimo 2.398 mil e no máximo 174 mil visualizações, respectivamente. A tabela a seguir apresenta sinteticamente esses dados:

**Tabela 2.** Período de duração do vídeo e quantitativo de inscritos e visualizações no canal

Locutora	Duração do vídeo (min)	Inscritos no canal (aprox.)	Visualizações no canal (aprox.)
Fabiana	19:38	8.000	174.000
Blenda	11:23	16.200	56.000
Marina	05:08	74	2.400
Raquel	12:18	292	6.800

Fabiana Gomes se inscreveu no canal do YouTube no dia 29 de dezembro de 2014 e contava com mais de oito mil inscritos quando os dados foram coletados. O seu vídeo analisado chama-se "HIV/Aids, sou soropositivo e daí?". No momento em que se desenvolveu a pesquisa, não constava no *YouTube* a data de publicação do vídeo, mas segundo o *site* socialblade.com<sup>36</sup>, o vídeo foi publicado no dia 11 de novembro de 2015, sendo este o primeiro vídeo publicado no canal de Fabiana.

Durante o vídeo, Fabiana diz ter se infectado há 4 anos atrás, ou seja, em 2012, quando ela tinha por volta de 25 anos. Seu vídeo conta com aproximadamente 8 mil inscritos/as, sendo o vídeo com maior número de visualizações dentre os vídeos assistidos para o presente estudo. Em relação ao tema, o vídeo fala sobre a sua trajetória antes e depois da infecção pelo vírus HIV, além de apresentar/discutir sobre as formas de contágio e tudo o que ela considerou importante outras pessoas saberem sobre como é viver com HIV.

Ao mencionar no vídeo os programas de televisão, Fabiana evidenciou o desejo de ser convidada por algum desses programas para contar sua história

<sup>35</sup> Vale uma nota aqui sobre quais autoras se aproximaram do número máximo de inscritos/as.

<sup>36</sup> O *Social Blade* é um site de tecnologia avançada, desenvolvido para rastrear as estatísticas dos usuários do *YouTube*, *Instagram* e outras redes sociais. Ele foi utilizado para o presente estudo, com o objetivo de obter informações mais precisas sobre o número de visualizações, número de inscritos no canal do *YouTube* das respectivas autoras, assim como o nível de classificação de cada perfil.

de vida. Em virtude disso, ela compartilhou nas redes sociais sua trajetória sobre viver com HIV/Aids. A criação do vídeo foi cogitada devido a uma postagem que Fabiana havia feito no *site* de relacionamento *Facebook*. Embora ela não tenha conseguido concretizar o desejo de ir em um programa televisivo narrar sua história, seu *post* ganhou notoriedade e muitas pessoas a procuraram para apoiá-la. No vídeo, Fabiana lê o texto – que ela afirmou, ter sido publicado em várias outras plataformas de comunicação virtual – na busca de um número cada vez maior de visualizações, com o intuito de gerar o alcance de alguma figura pública e famosa.

Já Blenda Silva destacou os relacionamentos afetivo-sexuais que teve após o diagnóstico de HIV. Inscreveu-se no canal em 8 de fevereiro de 2017. Seu vídeo chama-se “Relacionamentos amorosos após o diagnóstico de HIV”. Segundo o *site* socialblade.com seu vídeo foi publicado em 5 de abril de 2018. A autora tinha 24 anos quando criou o vídeo e possuía no momento da coleta de dados, em seu canal, aproximadamente 16 mil inscritos/as. O vídeo analisado conta contava com mais de 56 mil visualizações.

Blenda iniciou o vídeo falando sobre o que ela pensa ser o assunto que mais afetou os “portadores”<sup>37</sup> de HIV, sem destacar, portanto, o público feminino. No decorrer do vídeo, Blenda fala sobre como está lidando com o afastamento de “uma pessoa que ela gosta muito” e por sua sorologia ser um dos motivos de não seguir com a relação. Blenda revela que o término do relacionamento foi no dia anterior e demonstra muita emoção. Diz ter ficado chateada e que chorou, mas que se conformou com a decisão. Segundo Blenda, quando alguém com HIV/Aids começa uma relação sorodiscordante, “muda tudo porque se torna mais clara a responsabilidade que o soropositivo tem ao se envolver com alguém”. A autora do vídeo ainda lembra que a

---

<sup>37</sup> Blenda utiliza o termo “portadores” de HIV/Aids, em alguns de seus vídeos, mas em seus conteúdos mais recentes, disse não utilizar mais a palavra, por entender que possui uma conotação negativa e que o mais adequado seria substituir a palavra por “pessoas vivendo com HIV/Aids”. Segundo a UNAIDS (2017), “a utilização ponderada de linguagem apropriada tem o poder de fortalecer a resposta global à epidemia” e por isso, recomenda, por meio do Guia de Terminologia do UNAIDS (Disponível em: <[https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2015/06/WEB\\_2018\\_01\\_18\\_GuiaTerminologia\\_UNAIDS.pdf](https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf)> Acesso em: 07 de fevereiro de 2021), a utilização do termo “pessoas vivendo com HIV” ou “crianças vivendo com HIV”, pois “estes termos refletem o fato de que as pessoas com HIV podem continuar a viver bem e de forma produtiva por muitos anos” (UNAIDS, 2017, p. 32).

primeira pergunta que faziam quando sabiam do seu relacionamento era se o parceiro(a) também era soropositivo(a). Segundo ela, o intuito do vídeo foi ajudar as pessoas a partir da sua experiência.

Marina Vergueiro contava com aproximadamente 74 inscritos/as no momento da coleta de dados para essa monografia. Seu vídeo com aproximadamente 2.398 visualizações, chama-se “como peguei HIV?”. No vídeo, Marina fala resumidamente sobre como foi o processo, desde a descoberta do diagnóstico. Também narra sobre acontecimentos significativos, como a perda da sua mãe e os/as que contribuíram para que ela desenvolvesse a Aids.

Não foi explicitado o motivo específico de Marina para a criação do vídeo. Na descrição dele, ela diz que é mini relato de “como a casa caiu”. Ao final do vídeo, Marina esboça um certo desconforto e incômodo por ter falado sobre suas dificuldades, como se não fosse algo que ela tivesse planejado falar.

Embora seu canal do *YouTube* dentre os analisados neste estudo, seja o que tem menor número de visualizações, Marina é muito ativa em outras redes sociais, considera-se muito “ativista” politicamente, mesmo não participando de um grupo político específico. E é através das redes sociais que a autora divulga também seu livro de poesias denominado *Exposta*. Foi por meio do aplicativo *Instagram*, que uma das poesias do livro de Marina viralizou pelas redes sociais, no dia 1<sup>a</sup> de dezembro de 2020 – data importante do mês de dezembro, dedicado mundialmente à Luta Contra a Aids – após ser compartilhado pela atriz Bruna Linzmeyer, em sua conta do *Instagram*.

Raquel Baptista, que se inscreveu no canal em 23 de setembro de 2014, compartilhou o vídeo selecionado para esta pesquisa em seu canal no *YouTube* no dia 6 de abril de 2020. O nome do vídeo é “Como descobri que era portadora do vírus HIV/AIDS”. Seu canal no *YouTube* tem aproximadamente 292 inscritos/as e seu vídeo teve um alcance de mais de 6 mil visualizações.

No vídeo, Raquel falou sobre como descobriu a sua sorologia, os sintomas que sentia e de todo o processo de realização de exames até receber o diagnóstico. Sobre os motivos que a levaram a criar o vídeo, Raquel começou falando sobre como demorou para descobrir a sua sorologia (2017) e afirmou que os assuntos por ela trazidos são de “ajuda pública” e não somente para sanar curiosidades.

### 3.2.3 Vida com HIV/AIDS

Marina acredita ter sido infectada através de seus relacionamentos afetivo-sexuais anteriores. Fabiana afirmou ter sido “por meio das drogas”. Raquel e Blenda não expuseram como se infectaram. Mas, em contato via *WhatsApp*, Raquel disse ter sido através do seu marido. Todas elas fizeram suas consultas na rede pública de saúde (SUS) e, exceto Marina, todas elas fazem seus exames médicos de rotina também no SUS e todas recebem a medicação pelo SUS. Todas qualificam como “bom” o atendimento de saúde que receberam.

**Tabela 3.** Informações do acesso ao tratamento médico das locutoras

Locutora	Consultas	Exames	Medicação
Fabiana	Rede pública de saúde	Rede pública de saúde	Rede pública de saúde
Blenda	Rede pública de saúde	Rede pública de saúde	Rede pública de saúde
Marina	Rede privada de saúde	Rede privada de saúde	Rede pública de saúde
Raquel	Rede pública de saúde	Rede pública de saúde	Rede pública de saúde

Os principais sintomas percebidos por essas mulheres e que antecederam o diagnóstico, foram: o surgimento de nódulos e muita coceira por todo corpo, bem como emagrecimento e pneumonia com longo período de internação. O momento da descoberta da soropositividade para o HIV foi destacado como um dos momentos mais difíceis das mulheres analisadas. A fala de Raquel foi ilustrativa desta tendência: “parece que você está recebendo uma sentença de morte...”

Apesar dos avanços quanto ao controle da pandemia global e dos progressos efetivos no desenvolvimento de medicações para as pessoas que vivem com HIV, houve pouca mudança na direção de superar o estigma e a



discriminação das pessoas acometidas pelo vírus (PARKER, 2001). Falas como a de Raquel, muito se associa com as falas reproduzidas no começo da pandemia de HIV/Aids, há quase 40 anos. Essa imagem foi, de certa forma, correspondente à realidade da época quando ainda se tinha pouco recurso e conhecimento sobre o vírus, além de ter sido bastante explorada pela mídia:

Desde o início da epidemia de HIV e AIDS mobilizou-se uma série de metáforas poderosas em torno da doença que servem para reforçar e legitimar a estigmatização. Elas incluem a AIDS vista como morte (por exemplo, por meio de imagens como a Grande Ceifeira); AIDS como horror (fazendo com que os infectados sejam endiabrados e temidos); AIDS como punição (por exemplo, por comportamento imoral); AIDS como crime (por exemplo, em relação a vítimas inocentes e culpadas); AIDS como guerra (por exemplo, em relação a um vírus que precisa ser combatido); e, talvez mais do que tudo, AIDS como o Outro (no qual a AIDS é vista como algo que aflige os que estão à parte) (ver Malcolm *et al.*, 1998; UNAIDS, 2000 *apud* PARKER, 2001, p. 19).

As interpretações sobre o que é HIV/Aids, os seus malefícios e quais grupos estão especificamente expostos à infecção, propagou um apanhado de ‘achismos’ no imaginário popular sobre a doença. O que muito contribuiu para a reprodução ao longo dos anos, da ideia de que a “Aids é algo vergonhoso (Omangi, 1997 *apud* PARKER, 2001, p. 19), abrindo espaço para a construção do estigma e da discriminação, que possuem uma função de produzir e reproduzir relações de poder e controle em todas as sociedades (PARKER, 2001). Dessa maneira, a resposta que se pensa – ainda hoje – de imediato em relação à soropositividade para HIV, em muitos casos, é a iminência da morte. Essa concepção foi percebida na verbalização já mencionada de Raquel, que podemos associar a uma sensação de desespero e medo quando obteve o conhecimento sobre sua sorologia.

A comunicação entre os parceiros é essencial para estratégias de negociação do uso do preservativo durante as práticas sexuais. Com o advento da epidemia, a negociação em relação ao uso do preservativo passou a ser considerada. No entanto, há estudos<sup>38</sup> que mostram que as mulheres apresentam uma maior dificuldade para negociar o uso do preservativo diante da insistência do companheiro, além de associarem o

---

<sup>38</sup>Antunes *et al.* (2002). Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11168.pdf>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2021.

sexo ao amor romântico. E por isso, acabam cedendo e satisfazendo a vontade do parceiro, mesmo diante da insegurança e consciência dos riscos para sua saúde.

Em 2015, repercutiu um caso de transmissão do HIV/Aids no Brasil, onde grupos compartilhavam técnicas de transmissão do vírus e usavam as redes sociais para marcar encontros sexuais<sup>39</sup>. O crime investigado por uma equipe de reportagem brasileira ficou conhecido como “clube do carimbo”. O termo “carimbar” significava infectar alguém sem conhecimento do parceiro sobre a sorologia positiva.

A reportagem citada é um exemplo de como a mídia é um grande propulsor do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/Aids, contudo. Primeiro, porque a reportagem que deveria ter o objetivo de alertar sobre uma prática perigosa, que até então não era muito conhecida pela população e até mesmo pouco discutida no âmbito judiciário, é reconhecida como tendenciosa por um dos entrevistados<sup>40</sup> pelos seguintes motivos: utiliza o termo “portadores” da Aids; não ressalta que tal prática criminosa não é algo inerente a todos os soropositivos; o entrevistador confundiu os termos HIV e AIDS e o próprio entrevistado afirma ter sido perguntado: “Mas aí, você não fala que é HIV?” – caracterizando quem vive com HIV/Aids simplesmente como o lugar de “vírus”, enfatizando e destacando a sorologia frente a condição humana do indivíduo. A reportagem se utiliza ainda de recursos de autoridade – por meio de profissionais da saúde – para reproduzir discursos imprecisos que associam práticas criminosas a comportamentos de grupos que são marginalizados socialmente.

É a partir do exposto, que ressaltamos que “o estigma nunca surge em um vácuo social. Ele tem sempre uma história, que tem influência sobre quando ele aparece e sobre a forma que ele assume” (PARKER, 2001, p. 12). No presente estudo, as autoras dos vídeos mencionaram muitas vezes sobre o estigma, o preconceito e a discriminação que vivenciam após descobrirem a

---

<sup>39</sup>Ver em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/03/grupos-compartilham-tecnicas-de-transmissao-do-virus-da-aids.html> Acesso em: 03 de março de 2021.

<sup>40</sup> Ver em: <http://ladobi.com.br/2015/03/30-fatos-hiv-aids-fantastico-clube-carimbo/> Acesso: 03 de março de 2021.

soropositividade. Dessa maneira, faz-se necessário conceituar esses termos a partir de uma discussão teórica, que veremos ao longo deste trabalho.

É importante atentarmos para as diferentes interpretações que conceituam o preconceito, além das definições semânticas possíveis e socioantropológicas. À medida que uma realidade oculta cotidianamente vai sendo estudada, as faces do preconceito vão tomando espaços, permitindo que pessoas vítimas de preconceito, finalmente falem a respeito. Podendo assim, contribuir para uma compreensão mais ampla e complexa sobre os efeitos causais dessa categoria (BANDEIRA & BATISTA, 2002).

As situações citadas pelas mulheres em seus vídeos, analisados no presente estudo, são exemplos de como o preconceito, mesmo que de forma bem sutil, é constantemente presente na vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, podendo ser percebido dentro ou fora do núcleo familiar. Isso ocorre porque “quando se trata das relações sociais, envolvendo juízos de valor sobre os comportamentos dos indivíduos, sobre as relações sociais estabelecidas entre eles, a generalização torna-se problemática” (BARROCO, 2016, p. 12), facilitando assim, a reificação de pré-conceitos (juízos provisórios), que quando não verificadas nos leva a reprodução de preconceitos (BARROCO, 2016).

Fabiana discutiu em seu vídeo sobre o que as pessoas pensam de quem vive com HIV/AIDS; sobre a soropositividade ser um considerada um motivo de vergonha e sobre o porquê de algumas pessoas enxergarem a pessoa soropositiva de uma forma tão negativa (“suja”). Ela descreveu ainda que o que a mágoa que sente, não é pela existência do seu problema de saúde, pois existe uma medicação para tratá-lo, mas sim, pelo preconceito das pessoas. Isso se expressa em suas falas ao resgatar situações que vivenciou: “Quando eu chegava na casa de certas pessoas e pedia um copo d’água, me olhavam com aquela cara de ‘e agora? qual copo vou dar pra ela? Descartável?’ Não adianta, aquilo transparece na cara das pessoas”.

Para Bandeira & Batista, pelo fato de o preconceito

ser moralmente condenado e a discriminação ser judicialmente sujeita à punição, suas manifestações tornaram-se cada vez mais sutis, disfarçadas, o que dificulta a reunião de provas que tenham validade jurídica. Muitas discriminações acabam se tornando normatizações e algumas já se afirmam como regras, por exemplo a exigência de 'boa aparência' para ingressar no mundo do trabalho (BANDEIRA & BATISTA, 2002, p. 128).

Dessa maneira, grande parte dos preconceitos advém de uma sabedoria acumulada pela experiência. E é no meio social que essa sabedoria se propaga como uma verdade absoluta, por meio de conselhos e orientações de conduta, que constituem máximas e provérbios. Entretanto, é caracterizada popularmente como senso comum (BARROCO, 2016).

Como exemplo do que foi exposto, temos um vídeo de Blenda, utilizado como material complementar para este trabalho, que ilustra um tipo de representação social do vírus, muito atrelado a ideia de que, é uma doença que atinge "determinados grupos". O que nos leva a perceber que a ideia de "grupo de risco" ainda permeia e se propaga no imaginário popular.

O vídeo de Blenda chama-se "Como minha irmã reagiu quando descobriu que eu tinha HIV". Nele, a autora aparece com a irmã dela. Foi interessante notar o vínculo afetivo entre ambas, ao criarem um vídeo descontraído, de poucos minutos, sem muita formalidade e sem edição. Após uma breve apresentação, Blenda faz a pergunta dirigida para a irmã que a inspirou para a criação do vídeo: "Como você reagiu quando descobriu?". A resposta da irmã de Blenda foi inusitada:

O primeiro impacto foi assim... normal. Acho que é pelo fato dela ter amigos homossexuais, amigas lésbicas... então assim, o primeiro impacto foi tranquilo. Normal, né?! Minha irmã tá com HIV... Acho que porque você tem esses amigos, você vive nesse mundo.

Na sequência, Blenda parece se divertir com a resposta e diz: "Só que eu não sou lésbica, nem gay". A resposta da irmã de Blenda confirma que para o senso comum, a Aids ainda é considerada uma doença típica das sexualidades dissidentes, como se considerava nos primórdios da epidemia. Essa visão contribui para oferecer uma (falsa) sensação de invulnerabilidade para quem é praticante de uma sexualidade normativa. Tal visão é tão pouco calcada em evidências científicas e ignora o fato de que entre lésbicas a epidemia jamais prosperou:

Se por um lado as lésbicas foram visivelmente menos perseguidas que os gays, por outro, isso não pode ser interpretado como indicativo de uma maior tolerância a seu respeito. Pelo contrário, essa indiferença é sinal de uma depreciação ainda mais forte, reflexo de uma misoginia que, ao fazer da sexualidade feminina um objeto do desejo masculino, torna impensáveis as relações erótico-afetivas entre mulheres (BORRILLO, 2009, p. 23).

A fala da irmã de Blenda também é ilustrativa de que a homofobia<sup>41</sup> não é uma forma de discriminação que incide apenas sobre a população homossexual. Ela é um recurso social que pode ser acionado inclusive sobre indivíduos autodeclarados heterossexuais, se submetidos a determinadas circunstâncias ou expostos a determinados estigmas. É, portanto, algo a ser combatido em suas múltiplas expressões e por todos os sujeitos sociais:

(...) Quem já não ouviu dizer: “cada macaco no seu galho”; “tal pai tal filho”; “mais vale um pássaro na mão do que dois voando”? É possível que, em dada situação, tenhamos pensado que seria apropriado afirmar: “diz-me com quem andas que te direi quem és” ou que “o hábito faz o monge.” (...) Se analisarmos as máximas reproduzidas pelo senso comum, veremos que elas desempenham uma *função social de orientação moral e política*, pois se referem a condutas tidas como corretas e verdadeiras. São veículos de difusão de normas de comportamentos orientadas por valores indicativos de uma determinada visão de mundo, de uma moral e de uma ideologia. Assim, máximas como o “lugar de mulher é na cozinha”, ou “cada macaco no seu galho” expressam um sistema de preconceitos alicerçado socialmente numa cultura *conservadora, machista, classista, autoritária e discriminatória* (BARROCO, 2016, p. 13).

A irmã de Blenda comentou ainda que mais alguém na família teria estado na “mesma situação” de soropositividade para o HIV. E que sua irmã teria dado força para toda família, enaltecendo a importância do apoio que ela deu a todos/as. Blenda termina o vídeo falando que sua irmã foi uma das pessoas que mais a ajudou, porque sua mãe não poderia saber até então do diagnóstico, pois morava distante e, na época, sentiu necessidade de comunicar pessoalmente a ela sobre sua sorologia.

Nota-se que a irmã de Blenda não hesitou em fazer uma relação entre a infecção de sua irmã e os vínculos de amizade que ela tinha com

---

<sup>41</sup> “Homofobia pode ser definida como a hostilidade geral, psicológica e social àqueles ou àquelas que supostamente sentem desejo ou têm relações sexuais com indivíduos de seu próprio sexo. Forma particular de sexismo, a homofobia renega igualmente todos aqueles que não se enquadram nos papéis determinados para seu sexo biológico. Construção ideológica que consiste na promoção constante de uma forma (hetero) em detrimento de outra (homo), a homofobia organiza uma hierarquização das sexualidades, o que tem consequências políticas” (BORRILLO, 2009, p. 28).

dissidentes sexuais. Apesar dos avanços nos estudos biomédicos e sociais sobre HIV/Aids, ainda é naturalizado socialmente uma percepção da epidemia próxima da que existia no seu surgimento. Isso reaparece na história de Fabiana, quando ela relatou que, pessoas que não a conhecem, dizem “não acreditar que ela tem HIV”, deixando a entender que relacionam a doença com uma aparência degradada, o que também era típico dos primórdios da epidemia de aids.

A referência a “grupos de risco” para a infecção, ainda é muito presente no imaginário social, o que reverbera na forma como essas mulheres escolhem enfrentar o tratamento, podendo ela ser por meio do isolamento social, como forma de fugir de todo julgamento e preconceito que a doença desencadeia. Contudo,

o preconceito, assim, constitui-se em um mecanismo eficiente e atuante, cuja lógica pode atuar em todas as esferas da vida. Os múltiplos preconceitos de gênero, de cor, de classe, etc. têm lugar tipicamente, mas não exclusivamente, nos espaços individuais e coletivos, nas esferas públicas e privadas (BANDEIRA & BATISTA, 2002, p. 126).

Fabiana disse conhecer pessoas que vivem com HIV e que se isolaram do mundo porque não conseguiram “encarar a doença”. O enfrentamento do estigma e da discriminação frente ao HIV/Aids, contribui para situações como o isolamento social narrado por Fabiana. Sobre os amigos que a teriam abandonado após saberem do seu diagnóstico, proferiu: “Acho que isso sim é que é doença. O preconceito é uma doença podre e suja”.

A necessidade de ocultação da infecção é vinculada ao medo do julgamento moral e às incertezas de uma doença que começa a fazer parte de suas vidas. A preocupação de esconder a sorologia provém da necessidade de se manter aceita pelas pessoas do seu convívio. Essa constatação é identificada na fala de Raquel: “Ouvia comentários sobre a minha indisposição..., mas eu não podia contar pra ninguém, eu disfarçava bem”.

A decisão de ocultar ou mentir sobre os motivos do mal-estar que sentiam, foi percebido como uma forma de evitar reações negativas que

pudessem desorganizar e dificultar o ajuste de suas vidas ao convívio em sociedade, podendo significar o fim do contato das pessoas próximas, o que seria particularmente grave no momento de transição e adaptação que estavam vivendo. A revelação do diagnóstico passa a ser uma opção considerada, quando é percebido por essas mulheres, que a aceitação da sua condição, é viável.

As famílias podem vir a rejeitar os seus membros soropositivos não só devido à associação do estigma ao HIV e a AIDS, mas também em virtude das conotações de homossexualidade, do uso de drogas e da promiscuidade que a AIDS carrega (Panos, 1990; Misra, 1999; Mpundo, 1999; Mujeeb, 1999 *apud* PARKER, 2001, p.29).

Conclui-se que a descoberta da sorologia foi para todas elas sempre um momento marcante, seguido de um processo de reconhecimento e aceitação, podendo acarretar prejuízos subjetivos. No presente estudo, as mulheres analisadas evidenciaram o medo que sentiram de revelar a soropositividade. A ocultação do diagnóstico se deu pela associação do contágio com comportamentos marginalizados socialmente, sujeitos à condenação da sociedade.

As características das pessoas infectadas com o HIV/Aids foram construídas por muito tempo, a partir de associações com o desequilíbrio, o excesso, a prostituição, a homossexualidade, a promiscuidade, o pecado, o crime, entre outras. Podemos entender a partir dessas concepções, que o medo de revelar o diagnóstico provém do medo de ser confundido com os/as desequilibrados/as, os/as prostitutas/as, os gays, os promíscuos, os pecadores, entre outros personagens que evocam a vergonha e a culpabilização. Conforme, destaca Parker (2001):

A associação do HIV e da AIDS à homossexualidade, e depois a outras formas de estigmatização, como a prostituição, a promiscuidade e o desvio sexual (e a diferença sexual), marca mais amplamente toda a história da epidemia e continua a funcionar ainda hoje como o aspecto mais enraizado do estigma, da estigmatização e da discriminação relacionados ao HIV e à AIDS. Esses estigmas que associam o HIV e à AIDS à homossexualidade e a outros "desvios sexuais" são tipicamente tolerados e tacitamente aceitos nas sociedades em todo o mundo (PARKER, 2001, p. 20).

Portanto, entende-se que:

O medo do abandono e de julgamento, a revelação da identidade social, a quebra no padrão de vida, a 'culpabilização' individual por ter se infectado, a impotência diante da nova realidade, o isolamento, a não-adesão ao tratamento, a revolta e o consumo exagerado de bebida alcoólica são alguns dos aspectos relacionados a uma doença estigmatizada, oriunda de concepções de uma sociedade preconceituosa (CARVALHO & PAES, 2011, p. 158).

Os indivíduos vitimizados pelo preconceito são atingidos em diferentes níveis de humilhação e sofrimento, que interferem na totalidade de suas vidas, em sua subjetividade e sociabilidade, acarretando prejuízos físicos, emocionais, psicológicos, que podem se objetivar de forma mais ou menos violenta (BARROCO, 2016, p. 19). Desse modo, "o preconceito usualmente incorporado e acreditado, é a mola central e o reprodutor mais eficaz da discriminação e da exclusão, portanto da violência" (BANDEIRA & BATISTA, 2002, p. 126).

A descoberta da infecção pelo HIV/Aids chegou para essas mulheres circunstanciadas de diferentes formas. E diversos fatores estão envolvidos para justificar o não uso dos preservativos.

Fabiana, que afirmou ter se infectado "por meio das drogas", no decorrer do vídeo, mencionou que costumava usar caneta<sup>42</sup> para compartilhar a droga injetável e alertou seus/suas seguidores/as sobre as formas de contágio. Com o exposto, evidencia-se que "quando o foco das representações se desloca para outras vias de transmissão do vírus, fica bastante evidente que o conteúdo delas "reproduz" as informações que eles obtêm pela mídia (televisão, principalmente), com especial ênfase no "uso de drogas" (termo utilizado em substituição a "compartilhar seringas, cachimbos ou canetas")<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> O uso de canetas esferográficas para criar uma espécie de canudo para aspiração de cocaína e crack é uma prática bastante comum entre usuários de drogas inalantes. A prática representa risco para infecção por HIV pela possibilidade de que ocorram microfissuras nas narinas de usuários/as que compartilham a caneta. Também no caso de usuários de crack, o compartilhamento de cachimbos para queima das pedras pode ter o mesmo efeito.

<sup>43</sup>SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 40-49, 2002. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000500007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500007)> Acesso em: 08 de fevereiro de 2021.



Ela narrou que teve uma infância muito turbulenta e era filha adotiva. Quando tinha 9 anos, seu pai faleceu de câncer e, aos 11 anos, sua mãe faleceu de insuficiência cardíaca. Após a perda dos pais, Fabiana conta que ocorreu a sua aproximação com “bebidas, baladas e drogas” (SIC). Segundo ela, por ter tido esses comportamentos, “trouxe para sua vida, o vírus da AIDS” (SIC). Relatou que sofreu muito durante a vida e que até hoje ela se sente vítima de preconceitos. Na época em que o vídeo foi criado, Fabiana ainda vivia com seu ex-marido, que segundo ela, a aceitou “mesmo sabendo da sua sorologia”.

Em contato via aplicativo *Whatsapp*, Fabiana contou, entretanto, ter se separado por “motivos que não se relacionam com a sua sorologia” e que atualmente ela mora com um companheiro que também vive com HIV/Aids. Eles se conheceram através das redes sociais, por meio dos vídeos de Fabiana. Já Marina, no começo da descoberta da sua sorologia, se inscreveu em sites de encontro para pessoas soropositivas, mas logo percebeu que não estava fadada a se relacionar apenas com pessoas que fossem soropositivas pois é uma ‘pessoa como qualquer outra’ (SIC). O que ajudou muito também, segundo ela, foram as mulheres que falam de autoaceitação.

Aqui, destaca-se que a rede de relacionamentos criada a partir da exposição das suas questões relacionadas ao HIV/Aids, possibilitou para Fabiana um vínculo afetivo, resultando em um relacionamento amoroso. Ou seja, os vídeos autorais possibilitaram para essas mulheres, uma comunicação e identificação que talvez elas não teriam em outros espaços.

Isso nos apresenta um aspecto muito importante em relação ao acolhimento e escuta que é muitas vezes ausente no seu cotidiano – questão que é verbalizada em alguns vídeos dessas mulheres – seja no âmbito familiar, do trabalho ou hospitalar. Nesse mesmo contato, Fabiana ressaltou que ela e o companheiro iriam se casar no cartório de registro civil no final do ano de 2020. Além disso, demonstrou muito otimismo ao falar da sua relação com a filha soronegativa e, naquele momento, com 16 anos.

Fabiana também frisou em seus vídeos que a descoberta da sorologia contribuiu para seu pertencimento religioso (“aproximação com deus”), sendo para ela esse o ponto mais importante na sua trajetória com HIV.

Diante do exposto a respeito de Fabiana, destacam-se três exposições relevantes sobre suas vivências e a relação com HIV/Aids: uso de caneta como meio de compartilhamento de drogas injetáveis; o uso, repetidas vezes da palavra ‘preconceito’ em seus relatos; atribuições religiosas ao seu processo de descoberta da sorologia e do tratamento.

Não obstante, o que foi interessante perceber, foi o mundo de representações relacionado à Aids evidenciando particularidades, concomitantemente com a invisibilidade de questões, que afetam significativamente as pessoas vivendo com HIV/Aids. São questões que *a priori*, parecem ser inofensivas. Para tanto, as pessoas vivendo com HIV/Aids, principalmente as mulheres, tendem a carregar não apenas o vírus, mas uma representação social de ser alguém que possui uma doença *contagiosa*.

Sobre romper o silêncio sobre a sua condição de saúde, Raquel diz ter decidido contar, porque “Deus a deu um sonho que a encorajou” (SIC). No decorrer do vídeo, percebemos a forte incidência que a religião teve sobre os relatos expostos especialmente por ela. Implica-nos reconhecer que

(...) é fácil identificar, isolar e estudar a religião como o comportamento exótico de grupos sociais restritos e distantes. Mas é necessário reconhecê-la como presença invisível, sutil, disfarçada, que se constitui num dos fios com que se tece o acontecer do nosso cotidiano (ALVES, 1984, p. 5).

Assim como para as demais autoras, a religião teve para Raquel, um importante papel no processo de descoberta e enfrentamento do diagnóstico, imprimindo uma marca de representação e acolhimento. Marina disse que conheceu o budismo através de uma amiga que a visitou no hospital. Através do *Podcast* que participou pelo *Spotify*, diz que o budismo mudou a sua vida.

A religião é construída pelos símbolos que os homens usam (ALVES, 1984, p. 12). Os símbolos não possuem tal tipo de eficácia. Mas eles respondem a “um outro tipo de necessidade, tão poderosa quanto o sexo e a

fome: a necessidade de viver num mundo que faça sentido” (ALVES, 1984, p. 15).

Frente a um diagnóstico tão temido, pode-se pensar que o que é aterrorizante – especificamente para as mulheres – é a não percepção de suas vulnerabilidades, principalmente quando estão inseridas em uma relação monogâmica. No caso de Raquel, ela deixa evidente no vídeo analisado, que é casada, quando diz que comentava com seu marido sobre os sintomas que sentia. Mas não entrou em detalhes quanto à forma de contágio. Tal ausência pode estar relacionada com a forte presença da religião como suporte para o enfrentamento da doença. Explicar o contágio poderia obrigá-la a expor condutas inaceitáveis para a religião e que talvez queira eliminar da narrativa da sua história.

Em contato via *WhatsApp*, Raquel revelou que seu marido teve uma reação de surpresa, assim que ela contou sobre seu diagnóstico. Possivelmente, o marido de Raquel já sabia que era soropositivo e utilizou-se de um argumento que a fizesse acreditar, que ele não sabia ou não era soropositivo. A partir daí, ele a apoiou e disse querer ter relações sexuais com ela, alegando que queria se infectar também. Considerando a prevalência da desigualdade de gênero na constituição da relação conjugal, a referida situação pode apontar para uma maneira de transferir culpa e responsabilidade para a companheira, mesmo “ciente” de que pode ter transmitido o vírus a ela e não o contrário.

Segundo pesquisa<sup>44</sup> do Ministério da Saúde (2015), a maioria dos brasileiros (94%) sabe que o preservativo é a melhor forma de prevenção às ISTs. No entanto, 45% da população sexualmente ativa do país não usa preservativo nas relações sexuais.

---

<sup>44</sup> Referente à Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), apresentados na campanha de prevenção às ISTs e Aids para o Carnaval de 2015. A pesquisa foi realizada em 2013, no qual foi entrevistado 12 mil pessoas na faixa etária de 15 a 64 anos. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/search/content/Pesquisa%20de%20Conhecimentos%2C%20Atitudes%20e%20Pr%C3%A1ticas%20na%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira%202013> Acesso em: 19 de março de 2021.

Nota-se que Raquel não mencionou sobre qualquer possibilidade de múltiplas parcerias sexuais de sua parte e/ou outros comportamentos que pudessem explicar a infecção, alegando que provavelmente seu marido se relacionou com outra pessoa, foi infectado e a infectou. Ressalta ter “perdoado o marido” (SIC) e que hoje vive “um novo tipo de relacionamento afetivo e familiar”. Apesar de Raquel não ter dado detalhes sobre sua relação afetivo-sexual e sobre como se deu o processo de aceitação e de perdão ao seu companheiro, entende-se que Raquel colocou o pertencimento religioso, como mediador da permanência do “relacionamento feliz” com seu marido.

Raquel discorreu sobre a visão de “família perfeita” que as pessoas tinham acerca da sua própria família. Disse ter colocado em risco sua carreira profissional ao começar a fazer os vídeos reveladores do seu diagnóstico, por conta do preconceito que poderia sofrer. Por um mês, Raquel chegou a cancelar todas as suas clientes e se dedicou exclusivamente a fazer os vídeos para o canal. Raquel conta que o que deu força para ela voltar a trabalhar foram as mensagens de clientes dizendo que não se importavam e que queriam ser atendidas por ela.

Segundo relatório<sup>45</sup> da Organização Mundial do Trabalho (OIT), há evidências de que pessoas que vivem com HIV e que trabalham, têm quarenta por cento de probabilidade de cumprir o tratamento com maior êxito do que as que se encontram em situação de desemprego (OIT, 2013).

Importante salientar que a Lei n.12.984/2014, sancionada pela Dilma Rousseff em seu governo, define como crime a discriminação de pessoas vivendo com HIV/Aids. Na referida lei, negar emprego ou trabalho, exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego, segregar no ambiente de trabalho ou escolar e divulgar a condição de pessoa soropositiva pode implicar reclusão de um a quatro anos, além de multa.

Segundo Carvalho *et al.* (2007), as mulheres que vivem com HIV/aids temem e vivenciam preconceito no ambiente de trabalho. A recolocação profissional é, então, uma das dificuldades encontradas, além de outros

---

<sup>45</sup> Ver em: [https://www.ilo.org/global/docs/WCMS\\_244744/lang-en/index.htm](https://www.ilo.org/global/docs/WCMS_244744/lang-en/index.htm) Acesso em: 30 de março de 2021.

problemas podem surgir, como o desemprego, dificuldades financeiras e o isolamento social (*apud* FERREIRA 2011, p.259-267).

Segundo a UNAIDS (2020):

A autonomia econômica das mulheres é crucial por si só e um componente importante da resposta à AIDS, mas as mulheres ainda têm muito menos oportunidades econômicas do que os homens e realizam a maioria dos trabalhos não remunerados e domésticos. Apenas 88 entre 190 países tinham leis que exigiam remuneração igual por trabalho igual. Garantir proteções legais para acabar com a discriminação de gênero e garantir a igualdade das mulheres perante a lei é fundamental para avançar na resposta ao HIV.

Conclui-se que o estigma que a doença carrega, não se restringe ao meio familiar, mas também reverbera em locais de trabalho onde há o temor da sorologia ser descoberta pelos colegas. No caso de Raquel, apesar do medo de retornar ao trabalho, após a revelação de sua sorologia, foi nesse espaço que recebeu suporte afetivo para continuar com as suas atividades. Manter-se ativo(a) para o mercado de trabalho, para as mulheres especificamente, possibilita gerar respostas representativas nos resultados do tratamento.

Como contraponto importante para a discussão, foi utilizado um vídeo chamado “Ela contraiu HIV do amante – História real”. O vídeo com duração de 17:09 minutos, foi publicado por Silvana Hennick em seu canal do *YouTube*. A autora lê um *e-mail* enviado por uma seguidora, no qual conta a história de uma amiga que mora na Angola e foi infectada pelo vírus HIV de um homem casado. Após ler a história da seguidora, Silvana tece comentários conservadores, revelando uma postura bastante moralizante da sexualidade feminina, como podemos observar na sua fala:

O vírus HIV...ele não tem identificação. Você não vê escrito na cara de ninguém. Não tem uma tatuagem dizendo ‘eu sou soropositivo’. Se bem que eu acho que deveria. A pessoa deveria ter uma marca. Ela deveria ser marcada! Porque se ela for (transar) com determinada pessoa...vão ver que ela tem a marca e vão se proteger ou não querer’.

Observa-se em seu vídeo que ela quase não fala no uso de preservativo e não menciona o preservativo feminino, muito menos a possibilidade da medicação profilaxia pós-exposição ao HIV. Na descrição do Canal, consta que o objetivo é ‘ajudar mulheres a superar seus relacionamentos “falidos” e

despertar nas mulheres o amor-próprio e a autossuficiência'. E que é por meio do projeto 'Algo para contar aqui' que ela lê e-mails de mulheres e homens com pedido de ajuda.

O vídeo perde uma oportunidade de fazer uma ação educativa em saúde, quando transfere a responsabilidade da proteção para as mulheres. Assim, converte muito mais em uma ação moralizadora da sexualidade feminina, como destacado na seguinte fala da Silvana: "Se as mulheres se protegessem não existiriam tantas mulheres grávidas por aí, sem marido, sem namorado, engravidando de homem casado".

Com o exposto, entende-se que as redes sociais ganham cada vez mais espaço para compartilhamentos de ideias, divulgação de trabalhos, além de tornar o ambiente virtual cada vez mais prático para o contato entre pessoas distantes, facilitando assim, o acesso rápido de troca de informações e conhecimentos. No entanto, o estigma e o preconceito, como podemos observar, também são gerados no mundo virtual.

As percepções de Marina sobre a doença, podem ser analisadas em sua participação no *podcast* literário chamado "HIV, Aids e Gordofobia com Marina Vergueiro" na plataforma de *streaming* de músicas *Spotify*, para o perfil "Rabiscos". Na participação do *podcast*, Marina fala sobre pessoas que se aproximaram – após saberem da sua sorologia – para contar sobre algum conhecido ou familiar que teve o mesmo diagnóstico. Marina percebe que, muitas pessoas só começam a buscar conhecer sobre HIV/Aids, quando essa pauta se torna mais próxima da sua realidade. E ressalta: "Por isso que é muito importante falar sobre o assunto, pois com o estigma você fica louco". Essa fala de Marina evidencia que é possível que a doença seja mais prejudicial para a saúde mental do que para o corpo, uma vez estando em tratamento.

Marina vê mudanças importantes na sua experiência sendo uma mulher vivendo com HIV/Aids, a partir do seu reencontro com a arte. Como já supracitado neste trabalho, Marina lançou um livro denominado "Exposta", que foi o pontapé inicial para expor sua sorologia e sua poesia marcante, que dialoga com a cotidianidade do 'viver' com HIV/Aids.

Destaca ainda que, quando ela conta para alguém que é uma pessoa vivendo com HIV/Aids, sente a necessidade de explicar como funciona a questão da carga viral, da indetectabilidade, CD4 etc. Marina ressalta que não tem problema com isso: que ninguém tem a obrigação de saber. Mas vê como importante as pessoas saberem como acontece o contágio.

Marina não destaca nenhum tipo de preconceito por conta da sua sorologia, mas diz que já sofreu muito por causa do corpo. Ressalta que parou de jogar basquete porque ela mesma se considerava gordofóbica. Por um tempo, Marina abandonou o esporte por medo de ser julgada e agredida por pessoas que acreditam que é preciso estar dentro de um padrão para praticar atividade esportiva. Em seu relato, evidencia que falas ofensivas também é um tipo de agressão. Com isso, entendemos que sua concepção de violência não se limita à violência física. Contudo, Marina voltou a praticar o desporto e sinaliza se sentir muito bem praticando. Segundo ela, o esporte foi muito importante no processo de aceitação e tratamento da doença.

Marina revela que já sofreu violência sexual, mas que 'não foi com muita violência' (SIC), que demorou um tempo para entender que se tratava de estupro e frisa ter sido cometido por um homem (informação coleta via Whatsapp).

Segundo a UNAIDS (2020), ter o estado sorológico positivo para o HIV também pode ser um gatilho para a violência, com as mulheres vivendo com HIV frequentemente denunciando a violência de parceiros íntimos, familiares e membros da comunidade e nos serviços de saúde.

Diante do exposto, percebeu-se nos relatos, que o preconceito, a discriminação, a religiosidade, culpa e o estigma difundidos na sociedade são questões comumente trazidas por essas mulheres. Logo, fatores que se associam com as desigualdades de gênero e com as formas que proporcionam uma maior disseminação da infecção. No entanto, à infecção por meio de drogas inalantes merecia estudos mais profundos de continuidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a sua descoberta e dos significativos avanços nos espaços universitários e científicos, o diagnóstico de HIV/Aids continua sendo relacionado à eminência da morte. Apesar do advento da epidemia ter possibilitado caminhos na construção de estudos sobre gênero e sexualidade – considerando pertencimentos étnicos, religiosos, raciais e de classe – ainda hoje, podemos encontrar indícios que associam a epidemia a práticas sexuais “imorais” e a grupos socialmente discriminados. São representações que de certo modo, colocam o indivíduo como responsável pela infecção. As mulheres tendem a ser potencialmente mais expostas e frequentemente culpabilizadas pela infecção pelo vírus HIV.

Em virtude de todas as transformações relacionadas ao HIV/Aids ao longo das décadas, é importante notar como são evidenciados o estigma, a discriminação e o preconceito que muitas vezes recai sobre as pessoas vivendo com HIV/Aids, especialmente as mulheres e que foi muito citado nas falas das mulheres analisadas no presente estudo.

De acordo com os vídeos selecionados e a partir das categorias teórico-conceituais utilizadas como base neste trabalho, concluímos que as implicações de gênero, assim como as formas pelas quais os sujeitos lidam com a sua sexualidade, tem implicações no processo de feminização da epidemia do HIV/Aids. Ou seja, mesmo as histórias de vida das referidas mulheres partindo de diferentes contextos sociais, bem como mesmo quando a infecção pelo HIV/Aids foi circunstanciada de diferentes formas por essas mulheres, é possível identificar os impactos das desigualdades de gênero e como os papéis desempenhados por homens e mulheres, sob estruturas de poder, são condicionantes para infecção pelo HIV, além de facilitarem a constante violação dos direitos sexuais das mulheres.

Identificamos que quando as mulheres estão em um relacionamento afetivo-sexual estável, a necessidade de se prevenir é praticamente nula. E o principal motivo, deve-se pelo medo da reação do parceiro ou pela dificuldade de negociar o uso do preservativo. Entende-se que essa prática expõe cada



vez mais as mulheres, considerando que biologicamente são mais suscetíveis à infecção por HIV do que os homens.

Segundo Scott (1990), uma solução para romper com essa conformação dos gêneros que empurra mulheres para relações em que a construção da sexualidade feminina se baseia no ideário maternal e de performance feminina, seria a construção de outra concepção de gênero, onde homens e mulheres possam agir igualmente, sendo socializados como seres sociais e políticos. No entanto, tal perspectiva vai na contramão do projeto societal patriarcal dominante, que possui estruturas conservadoras que buscam manter mulheres em lugares de inferioridade e subalternidade.

A forma como a mídia, desde os primeiros anos da descoberta do HIV/Aids, divulga as campanhas de prevenção, em épocas de Carnaval mais precisamente, transmite ao público a ideia de que se depende apenas do conhecimento e cuidado individual dos homens ou das mulheres para uma prevenção eficaz contra a infecção pelo vírus HIV. Assim, a sociedade foi alimentada por uma concepção que não considera relevante a forma como os indivíduos vivenciam sua sexualidade e seu pertencimento de gênero, o que colabora para a predominância da noção de comportamento de risco e, conseqüentemente, para o ocultamento das formas mais profundas pelas quais efetivamente se constrói a vulnerabilidade feminina ao HIV.

Em inúmeros momentos, durante a gravação dos seus vídeos autorais, as mulheres se emocionaram ao falarem sobre o momento da descoberta da soropositividade, sobre seus relacionamentos, sobre a rejeição das pessoas, o preconceito e a discriminação que sofreram após revelarem o diagnóstico, entre outras situações.

Foi interessante notar como o espaço *online* foi importante para elas na construção de redes de apoio, identificação e até na criação de uma identidade (após a inserção numa nova realidade de vida), além de contarem com o retorno do público seguidor, que transmite a essas mulheres, muitas vezes, uma sensação de pertencimento e acolhimento. É importante ressaltarmos isso, pois entende-se que a construção de um padrão ou norma socialmente

aceita, pauta-se numa hegemonia que, historicamente, sempre constrói o distanciamento e a inferioridade de grupos que não vivem uma sexualidade normativa. Ou seja, essas mulheres construíram um *canal* que eleva suas questões a um lugar de importância construído por elas, porque em seus vídeos, elas narram as suas histórias sem uma explícita intervenção de terceiros/as.

Porém, é importante considerar que narrativas de superação são facilmente propagadas nas redes sociais porque fazem muito sucesso. Não há assim pretensão de afirmar a “personagem” apresentada no *YouTube* como representação fiel de quem protagonizou o vídeo. O objetivo é refletir sobre as experiências dessas mulheres que vivem com HIV/Aids e assim permitir uma discussão acerca das implicações das desigualdades de gênero na vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV.

Portanto, aponto que foi necessário um olhar acurado sobre os temas trazidos por elas, além de uma atenção aos vídeos complementares à pesquisa, que reafirmam um olhar moralizador da sexualidade feminina, onde tecem comentários muito parecidos com falas reproduzidas nos primórdios da epidemia e que associavam dissidentes da sexualidade a “grupo de risco”.

Pudemos perceber que quando elas expuseram suas experiências parece ter havido um alívio de suas dores quando seus sentimentos são compartilhados. Ao narrarem suas histórias, elas organizam não apenas seus sentimentos mas suas ideias, fazendo com que elas encontrem caminhos para o enfrentamento de suas dificuldades. Ou seja, vimos que elas saem de uma experiência solitária para uma cena de alívio e acolhimento.

Contudo, na proposta desta pesquisa, encontra-se a expectativa de que ela fosse um ponto de partida para estudos e ações que contemplem uma abordagem de atendimento voltada não apenas para o indivíduo. Trata-se de uma abordagem que considere a realidade nem sempre revelada dessas mulheres e que contribua para uma maior articulação das políticas públicas de saúde da mulher, bem como com discussões sobre as necessidades sociais que as pessoas vivendo com HIV/Aids apresentam. Muitas vezes tais

necessidades em sempre são explicitadas no ambiente hospitalar, talvez por insegurança ou por medo de um discurso médico autoritário e repressor.

Portanto, políticas públicas podem ser desenvolvidas compreendendo a realidade dessas mulheres para além de uma abordagem biomédica.

Consideramos importante que talvez no protocolo de profissionais da saúde, seja importante estimular o uso de redes sociais para auxiliar profissionais de saúde no contato social com as mulheres soropositivas, apresentando por exemplo, a elas, vídeos de pessoas que vivem com HIV/Aids. Tais ações teriam o objetivo de produzir identificação ou até mesmo inspiração para a agência dessas mulheres. Tais materiais podem ser até mesmo um material socioeducativo eficaz em salas de espera, entendendo que as respostas à síndrome não podem se limitar a simplesmente tomar remédios e evitar doenças oportunistas. Há um mundo de possibilidades e formas de lidar com o diagnóstico, que cooperam na adesão ou não ao tratamento e para a possibilidade ou não de uma vida mais plena.

## REFERÊNCIAS

AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. **Estigma, Discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALVES, Rubem. **O que é religião?** *Revista Eclesiástica Brasileira*. Editora Brasiliense, 1984. v 65.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et. al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: *Tratado de saúde coletiva*. 2006. p. 375-417.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Analía Soria. **Preconceito e discriminação como expressões de violência**. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 119-141, 2002.

BARROCO, Maria L. S. **O que é preconceito**. *Conselho Federal de Serviço Social (CFESS): Brasília*, 2016.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et. Al. **A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. *Associação Interdisciplinar de AIDS*, p. 1-28, 2001.

BORRILLO, Daniel. *A homofobia*. 2009.

CARLOTO, Cássia Maria. **Gênero, reestruturação produtiva e trabalho feminina**. *Serviço Social em revista*, v.4, n.2, p. 7-12, 2002.

CARNEIRO, Sueli. **Mulheres em movimento: Estudos Avançados**. São Paulo, n. 49. 2003, p. 126, 2003.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. **The social stigmatization influence in people living with HIV/AIDS**. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 19, n. 2, p. 157-163, 2011.

CASTRO, Mary Garcia. **O conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos.** *Caderno CRH*, v. 5, n. 17, p. 80-105, 1992.

CORNWALL, Andrea; JOLLY, Susie. **Questões de sexualidade: ensaios transculturais.** In: *Questões de sexualidade: ensaios transculturais*. 2008. P. 262-262.

DALLA COSTA, Mariarosa; JAMES, Selma. **O poder das mulheres e a subversão da comunidade.** p. 79-86, 1971.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** *Revista estudos feministas*, v 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

DAVIS, Angela. **Women, Race and Class.** New York: Randon House, 1981.

FONSECA, Maria Goretti P. et. al. **Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n.5, p. 1351-1363, 2003.

FONSECA, R. S. R. **Teoria da Reprodução Social: apontamentos desde uma perspectiva unitária das relações sociais capitalistas.** *Revista Direito e Práxis*, v. 12, n.1, p. 379-415, 2021.

HOOKS, Bell. **Mulheres negras: moldando a teoria feminista.** *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 16, p. 193-210, 2015.

LOPES, Fernanda. **Novos caminhos para equalização dos diferentes na luta contra a AIDS.** VI EDUCAIDS. São Paulo, APTA/CN-DST/AIDS, Un aids. Disponível em: <<http://www.apta.org.br>>.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação.** Petrópolis: vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** 1999.

- LOURO, Guacira Lopes. **Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas**. Pro-posições, v. 19, n. 2, p. 17-23, 2008.
- MARTINS, Telma Alves et. al. **Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo**. *Fisioterapia & Saúde Funcional*, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014.
- MEYER, Dagmar E. Estermann et al. **“Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade**. *Cadernos de saúde Pública*, v. 22, nº 6, p. 1335-1342, 2006.
- PARKER, Richard G.; HERDT, Gilbert; CARBALLO, Manuel. **Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS**. In: *AIDS: pesquisa social e educação*. 1995. P. 17-45.
- PARKER, R. **A Aids no Brasil urbano**. 1989
- SANTOS, Elisabete; NÓBREGA, Lígia. **Ensaio sobre o feminismo marxista socialista**. Mneme-Revista de Humanidades, v. 5, n. 11, 2004.
- SANTOS, Naila Janilde Seabra. **Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/Aids**. *Saúde e Sociedade*, v. 25, p. 602-618, 2016.
- SANTOS, Naila Janilde Seabra. **As mulheres e suas decisões reprodutivas, diante da epidemia de HIV/Aids**. 2002. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. *Educação & realidade*, v. 20, n. 2, 1995.
- SOIHET, Rachel. **Violência simbólica: saberes masculinos e representações femininas**. *Estudos feministas*, p. 7-29, 1997.
- SWAIN, Tânia Navarro. **Heterogênero: “Uma categoria útil de análise”**. *Educar em revista*, n. 35, p. 23-36, 2009.
- UNAIDS. **Guia de Terminologia do Unaid**s. *Unaid*s 2017, p. 1-42, 2017.
- WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. *Saúde e Sociedade*, v. 25, p. 535-549, 2016