

FLÁVIA FERNANDES DE CARVALHAES

SUBJETIVIDADE E AIDS:

a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de
mulheres HIV⁺ vista sob a perspectiva dos estudos de gênero

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
e Letras de Assis - UNESP - Universidade
Estadual Paulista, para obtenção do título de
Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento:
Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Fernando Silva Teixeira
Filho

ASSIS

2008

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

C331s Carvalhaes, Flávia Fernandes de.
Subjetividade e aids : a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de mulheres HIV⁺ vista sob a perspectiva dos estudos de gênero / Flávia Fernandes de Carvalhaes. – Assis, 2008.
133f. : il.

Orientador: Fernando Silva Teixeira Filho.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Campus de Assis), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2008.
Inclui bibliografia.

1. Aids (Doença) em mulheres – Teses. 2. Movimentos sociais – Mulheres – Teses. 3. Aids (Doença) – Aspectos sociais – Teses.
I. Teixeira Filho, Fernando Silva. II. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Campus de Assis). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.923

**Ao meu pai,
meu passarinho.**

AGRADECIMENTOS

Às mulheres que entrevistei, pela generosidade em compartilhar suas histórias e sua intimidade.

À pequena Lú, pela paciência, delicadeza e profundidade com que compartilha sua história comigo. Obrigado pelo cuidado, carinho e apoio.

À minha mãe, Fernanda, e sua eterna parceria, que me ensinou que a vida pode ser encantadora frente à dor.

Ao Gustavo, por me impor reflexões.

Ao meu orientador, Fernando Teixeira Silva Filho, por me acompanhar neste percurso.

A Leila S. Jeolás e Wiliam S. Peres, pelos toques e companheirismo nos últimos anos de minha trajetória de militância, e agora no mestrado.

À Carol, por me iniciar nos estudos de gênero, ajudar na elaboração do projeto de pesquisa e no texto para a qualificação.

Aos membros do Núcleo Londrinense de Redução de Danos e da Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, por contribuírem na construção de parte das minhas concepções.

Ao grupo de pesquisa “Risco, Gênero e Masculinidades” da Universidade Estadual de Londrina, especialmente à Marta, pelas cirúrgicas contribuições.

À minha vó, que sempre rezou para Santo Antônio, para que ele me ajudasse nas provas e a entrar no mestrado. Deu certo, vó!

À minha amada prima Cintia, pela irmandade.

À Livinha e Tânia, por darem suporte às minhas angústias e me acolherem em sua casa. Meu encontro com vocês é incrível!

Ao Márcio, pelas conversas secretas no caminho para as aulas do mestrado.

À Léo, meu lagarto, que sempre me apóia, mesmo quando eu duvido da sua opinião.

Aos meus amados Shimba e Val, por vibrarem com quaisquer das minhas pequenas conquistas.

A Lú, Jô, Joyce, Miriam, Brunão, Silvia, Cris, Lisi, Dani, Bacana, Bel, Cândida, Roberta, Luiz, Solange e Cristina, pela amizade e por suportarem meu silêncio.

Aos meus alunos, pela paciência com o meu tempo corrido.

Às secretárias do Programa de Mestrado da Unesp de Assis, pela prontidão em esclarecer minhas dúvidas. E à Capes, pela concessão da bolsa de estudos.

E, finalmente, à minha grande amiga Branca, por clarear minhas idéias e estar fielmente ao meu lado.

CARVALHAES, Flávia Fernandes de. *Subjetividade e aids: a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de mulheres HIV⁺ vista sob a perspectiva dos estudos de gênero*. 2008. 133f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

RESUMO

As questões relacionadas à aids têm sido problematizadas por pesquisadores de diferentes campos, linhas e áreas de atuação devido à complexidade de perspectivas históricas, sociais, biológicas e psicológicas da epidemia. Nestes anos de seu reconhecimento, a aids tem obrigado a desnaturalizar questões sociais e culturais construídas historicamente e que são parte dos signos, normas e códigos que balizam a estrutura e a organização da sociedade, impondo outros olhares e novas perspectivas para a complexidade de questões relacionadas aos gêneros, aos corpos e à cultura. Considerando essa conjuntura, esta pesquisa foi realizada com quatro mulheres HIV⁺ ativistas no movimento de aids com o objetivo de apreender suas concepções sobre aids; os contextos de vulnerabilidade que possibilitaram sua infecção; suas vulnerabilidades à reinfecção; e mudanças e permanências nos campos afetivo-conjugal e da maternidade a partir da experiência da doença e da militância. Para mapear suas experiências pessoais utilizei o método das histórias de vida, e, para a coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas. As categorias de análise estão articuladas à perspectiva teórica de autores que problematizam as construções sócio-históricas relacionadas às questões de gênero e da aids. O discurso militante revelou-se importante na construção de experiências singulares e coletivas que são fundamentais para a reconfiguração de trajetórias individuais e disparadoras de rupturas na cultura ocidental. Contudo, as histórias demonstram, também, que valores como a família e o reconhecimento próprio através da maternidade e de relações de conjugalidade não foram completamente subvertidos pelas particularidades da relação doença/política.

Palavras-chave: Aids, Gênero e Ativismo

CARVALHAES, Flávia Fernandes de. *Subjectivity and AIDS: The disease and the activism experience in the HIV⁺ women's life trajectory under the perspective of gender 'studies*. 2008. 133 s. Dissertation (Master Degree in Psychology). Science and Languages College of Assis, Paulista State University, Assis, 2008.

ABSTRACT

The questions related to AIDS have been problematized by researchers from different fields, lines and areas of acting due to the historical, social, biological and psychological perspectives complexity of the epidemic. In these acknowledgment years, the AIDS has obliged us to denaturalize social cultural questions historically built, and that are part of the signs, rules and codes that mark out the society structure and organization, imposing other views and new perspectives towards the questions complexity related to gender, the bodies and the culture. Taking this conjuncture into consideration, this research was carried out with four HIV⁺ women activists in the AIDS movement with the objective of apprehending their conceptions about AIDS, the vulnerability contexts that made their infection possible, their vulnerabilities towards the reinfection, and changes and permanency in the affective-conjugal and motherhood fields, from the disease and activism experience. Aiming to map their personal experiences, I used the life's histories method, and for the data collection, semi-structured interviews. The analysis categories are articulated to authors' theoretical perspectives that problematize the social-historical constructions towards AIDS and gender issues. The activism speech develop a construction of a personal and plural's experiences that are important to rebuilding of individual's trajectory and discharge a disruption on the occidental culture. Whenever, the histories shows too that values like the family and the own recognize true the maternity and the relationship were not completely subversive on the particularity of the relation disease/politics.

Key-words: AIDS, Gender and Activism

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 APRESENTAÇÃO DAS HISTÓRIAS DE VIDA	21
1.1 A História de Solange: “ <i>eu não ia morrer só porque eu era pobre, eu não ia mesmo!</i> ”	21
1.2 A História de Clara: “ <i>quando você assume que tem aids com confiança, é diferente, as pessoas te respeitam</i> ”	25
1.3 A História de Ana: “ <i>estou mais viva depois que eu peguei aids</i> ”	30
1.4 A História de Sandra: “ <i>eu tenho ódio da aids</i> ”	35
2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORPO FEMININO.....	42
2.1 Do Sexo Único à Diferença Sexual: Uma Perspectiva Histórica de Gênero.....	42
2.2 A Maternidade é o Destino: Estratégias do Biopoder	49
2.3 As Conquistas e Contradições do Século XX	59
2.3 A História da Mulher no Brasil	64
3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AIDS, HISTÓRIAS DE DESIGUALDADES.....	71
3.1 A Doença do Outro.....	71
3.2 A Construção da Militância em HIV/Aids no Brasil.....	74
3.3 A Aids entre Mulheres: O Silêncio das “Inocentes”	82
4 ANÁLISE DAS HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES HIV⁺: MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS	88
4.1 Os Sentidos da Doença Através das Experiências de Militância	88
4.2 Vulnerabilidades	95
4.3 As Relações Afetivo-Conjugais	106
4.4 Maternidade	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS	127

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento, no início da década de 1980, dos primeiros casos reconhecidos como sendo de aids, esta tem sido problematizada por pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento devido à complexidade das perspectivas sócio-históricas, políticas, subjetivas e biológicas que a atravessam (PARKER; GALVÃO, 1996). A aids trouxe o debate sobre questões historicamente veladas como a morte, o uso de drogas, as sexualidades, as relações de gênero, a hierarquia de poder entre homens e mulheres, o desejo sexual de adolescentes, mulheres e idosos e as diversas dimensões do prazer. Com isso, tem ajudado a desnaturalizar questões sociais e culturais construídas historicamente — que são parte dos significados, normas e códigos que balizam a estrutura e a organização da sociedade —, impondo outros olhares para a complexidade de questões relacionadas às sexualidades, aos gêneros, ao corpo e à cultura (WEEKS, 2001).

Inicialmente associada aos homossexuais masculinos (DANIEL; PARKER, 1991) e, depois, ao uso de drogas injetáveis e à prostituição — os chamados “grupos de risco” (nos quais se incluíam, ainda, os hemofílicos) —, a aids logo mostrou outras faces. Desde o começo da década 1990, o número de mulheres infectadas pelo vírus HIV no Brasil, como nos demais países em desenvolvimento, aumentou radicalmente, apontando para um processo de feminização da epidemia (GUIMARÃES, 2001, p.29), e, já na segunda metade dessa década, Parker e Galvão (1996, p.8) chamavam a atenção para o fato de que “em parte alguma do mundo a epidemia de HIV/AIDS sofreu transformações tão profundas e tão rápidas. Em lugar algum do mundo deu-se uma feminização tão rápida da epidemia”. No Brasil, até 1984, haviam sido notificados 127 casos de aids, e 126 referiam-se à infecção em homens; em 1994, os números demonstravam que a dinâmica de infecção do HIV tomava outros rumos, pois já se registravam mais de 50 mil casos em homens e mais de 10 mil em mulheres (PARKER; GALVÃO, 1996, p.8)¹. Em 1986, a razão homem/mulher era de 15,1 homens por mulher; em 2005, de 1,5 por 1 — e, até junho de 2006, dos 433.055 casos que já haviam sido notificados no país, 142.138 referiam-se ao sexo feminino (BRASIL, 2007, p.10)².

¹ Os dados de 1984 e 1994 citados pelos autores constam em Brasil (1988) e Brasil (1994-1995), respectivamente.

² É importante lembrar que esses números representam os casos notificados de pessoas HIV⁺. Segundo Guimarães (2001, p.17), “os números oficiais apresentam um grau de incerteza não apenas quantitativo, mas deixam também de incluir os casos ‘ocultos’ ou ‘não reconhecidos’”, pois, além da subnotificação, há dificuldades no estabelecimento de diagnósticos devido aos problemas de classificação da via de transmissão

Para se ter uma idéia do cenário internacional de avanço da epidemia entre as mulheres, em todo o mundo, 17,3 milhões de mulheres com 15 anos ou mais têm HIV, o que representa cerca de 50% do total de pessoas infectadas (BRASIL, 2007, p.9) — e, em sua maior parte, elas estão em países subdesenvolvidos³. As razões que explicam essa dinâmica de infecção são complexas, mas ressaltam-se aquelas vinculadas às desigualdades de gênero, tais como:

- A inexistência ou a insuficiência de políticas públicas que efetivem os direitos humanos das mulheres, conforme estabelecido em diferentes instrumentos acordados internacionalmente como a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) e o Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994);
- A persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo, concentrando esforços na proteção à maternidade;
- A falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres;
- A falta de acesso à educação por parte de vastos contingentes de meninas e mulheres, notadamente na África e alguns países da América Latina e Caribe;
- A persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo tanto masculino quanto feminino;
- A menor empregabilidade feminina, a ocupação das posições mais precárias pelas mulheres e nos setores informais da economia;
- A violência doméstica e sexual. (BRASIL, 2007, p.9)

Durante a década de 1980 e em parte da de 1990, o debate sobre o aumento da infecção pelo HIV nas mulheres esteve praticamente excluído das discussões sobre a epidemia, principalmente nas políticas públicas propostas; a “vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV/Aids e o impacto da epidemia nas suas vidas” eram “colocados como uma questão secundária, cercada, quase sempre, pelo silêncio e descaso tradicionalmente associados com a sexualidade e a saúde femininas” (PARKER; GALVÃO, 1996, p.7).

A feminização da aids aponta para os contextos de exclusão e estigmatização a que as mulheres estão submetidas devido à “limitação de acesso à informação, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento”, e para o atravessamento das questões socioculturais relacionadas às desigualdades entre os gêneros (BRASIL, 2007, p.8). Isso

do HIV e dos sintomas apresentados, dificuldades em realizar o teste de anticorpo para o HIV em municípios do interior e dificuldades relacionadas aos estigmas e preconceitos que as pessoas HIV⁺ temem sofrer.

³ Hoje, 76% de todas as mulheres HIV⁺ vivem na África sub-sahariana, onde representam 59% dos adultos infectados e 75% das pessoas entre 15 e 24 anos infectadas. Na Ásia, as mulheres representam 30% dos adultos HIV⁺, e, em países como Tailândia e Camboja, a proporção de infecção de mulheres é de 39% e 46%, respectivamente. No Caribe, a proporção é de 51% de mulheres HIV⁺ entre os adultos infectados, e as estatísticas nas Bahamas e em Trinidad e Tobago apontam 59% e 56%, respectivamente (BRASIL, 2007, p.9).

evidencia a importância de pensar as vulnerabilidades das mulheres à infecção pelo HIV também a partir de determinantes históricos e culturais (BARBOSA; VILLELA, 1996; GUIMARÃES, 1996).

No contexto da epidemia, o conceito de vulnerabilidade ao HIV vem possibilitando mudanças de pressupostos, nas propostas de intervenção e nas categorias de análise. Inicialmente formulado por Jonathan Mann (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993) como instrumento para ajudar a entender o avanço da epidemia de aids no mundo, o conceito de vulnerabilidade permitiu abandonar a lógica dual de “culpados” ou “vítimas” quando se fala de pessoas HIV⁺ e trabalhar com a perspectiva de que são coletivos afetados por uma doença de caráter epidêmico, que exige do Estado e da sociedade entendimentos e propostas de intervenção mais amplas e eficazes (AYRES, 1995). Segundo Ayres (1995), esse conceito revela a complexidade de aspectos científicos e as implicações de caráter sociopolítico que atravessam os debates sobre a epidemia, contribuindo para a superação das concepções tecnocráticas no que se refere a conhecimento e práticas de saúde, e das idéias de “grupos de risco” e “comportamentos de risco” (ou “situação de risco”)⁴. Além disso,

A conceituação de vulnerabilidade ao HIV/Aids expressa o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento. (AYRES et al., 1999, p.50)

Os “grupos de risco” foram eleitos, na década de 1980, a partir das idéias promulgadas pelos programas de saúde pública e pela mídia, como os “responsáveis” pela aids. Essa lógica centrada no comportamento individual retardou o seu enfrentamento pelas autoridades de saúde — afinal, era uma doença do “outro” (a “puta”, o “drogado”, o “veado”) (PARKER, 1994; GALVÃO, 2000). Também contribuiu para torná-la um “símbolo do mal”; para associar, muitas vezes, as pessoas HIV⁺ a pecado e promiscuidade; e para estabelecer a relação entre corpo, práticas sexuais e prazer como algo perigoso e que colocaria em risco a saúde — o que, por sua vez, contribuiu para efetivar o disciplinamento dos prazeres, o controle e a regulação sobre o corpo (GALVÃO, 2000).

⁴ Segundo Guimarães (2001, p.49), o conceito de “comportamento de risco” é “individualizante mas supostamente desvinculado da idéia estigmatizante de identidades sexuais e socialmente desviantes. A Aids foi deslocada das identidades para as práticas de risco, sendo esse deslocamento pensado como solução para se deter a epidemia”. Um exemplo de “comportamento de risco” seria ter relações sexuais sem camisinha.

Badinter (1985), Donzelot (1986), Foucault (1988) e Laqueur (2001) mostram, em seus trabalhos, que, ao longo da história, os corpos feminino e masculino têm sido alvos de inscrições discursivas e objeto de disciplinarização e controle, sendo atravessados pela física e pela microfísica dos poderes. E, na construção social dos sexos e gêneros, a mulher, muitas vezes, tem se apresentado de forma invisível — isso porque, por muito tempo, sua sexualidade foi negada, excluída e velada, e associada a imagens de imperfeição, passividade, pecado e à reprodução, enquanto o homem sempre esteve em foco, considerado forte, viril, magnânimo (LAQUEUR, 2001).

Corrêa (1996, p.207) afirma que mulheres e homens “são detentores de uma história, ou melhor, de um mosaico ou calidoscópio de histórias protagonizadas por vários ‘masculinos’ e vários ‘femininos’ em culturas diferenciadas e em épocas diferentes”⁵; e Bozon (2004, p.21), que “a maior parte das culturas — mesmo as que não produziram mitos de justificação quanto ao lugar dos homens e das mulheres — traduziu a diferença dos sexos em uma linguagem binária e hierarquizada, na qual apenas um dos termos era valorizado”. Nessa perspectiva, a partir do século XVII, empreenderam-se discursos, como o religioso e o científico, que estabeleciam uma lógica hierárquica entre os sexos, onde o feminino era “sempre assinalado no lado inferior” (BOZON, 2004, p.21). No século XIX, o discurso científico se apresentou como dispositivo⁶ de poder e controle sobre o corpo, influenciando modos específicos de pensar a população, as atribuições de funções e os papéis sociais⁷ distintos de homens e mulheres (VILLELA, 1999), e na constituição e

[...] emergência de uma subjetividade e de um sujeito modernos. [...] O recalçamento progressivo das funções corporais e das emoções no decorrer do processo civilizatório, o aumento da reserva e da distância entre os corpos e o aparecimento de uma esfera íntima protegida e apoiada em fortes relações interpessoais juntaram-se a uma vontade de saber e a um desejo de interpretar os movimentos secretos do corpo, de que é testemunha o surgimento, no século XIX, do próprio termo sexualidade e das primeiras disciplinas que a tiveram como objeto, rompendo com a antiga retórica religiosa da carne. Assim, as trajetórias e as experiências sexuais, amplamente diversificadas nos dias de hoje, tornaram-se um dos principais

⁵ Neste trabalho, todos os grifos constantes das citações fazem parte do texto original.

⁶ Para Deleuze (2001, p.1), dispositivo é “um emaranhado, um conjunto multilinear. Ele é composto de linhas de natureza diferente. E estas linhas do dispositivo não cercam ou não delimitam sistemas homogêneos, o objeto, o sujeito, a língua, etc., mas seguem direções, traçam processos sempre em desequilíbrio, às vezes se aproximam, às vezes se afastam umas das outras”.

⁷ Segundo Louro (1999, p.24), papéis sociais são, basicamente, padrões ou regras arbitrárias que uma sociedade estabelece para seus membros e que definem seus comportamentos, suas roupas, seus modos de se relacionar ou de se portar. Através do aprendizado de papéis, cada um(a) deveria conhecer o que é considerado adequado (e inadequado) para um homem ou para uma mulher numa determinada sociedade, e responder a essas expectativas.

fundamentos da construção dos sujeitos e da individualização. (BOZON, 2004, p.17)

Nesta análise, trabalho com a perspectiva de “processos de subjetivação” pautados na teoria foucaultiana, que, como descreve Deleuze (1987, p.128), se constituem numa “potência do de-fora”, produto de relações de poder e de saber, e não numa interioridade. Foucault (1988) problematiza as construções discursivas relacionadas à sexualidade nas sociedades ocidentais nos últimos séculos, empreendidas, entre outras instituições, pela Igreja, e por áreas como a psiquiatria e a sexologia, que determinavam as referências de normalidade e patologia, e a forma como cada um deveria proceder em relação ao próprio corpo e ao prazer. Por isso, ele afirma que há uma “história da sexualidade”, e é também a partir dessa análise histórica que pretendo articular alguns dos conceitos aqui abordados.

Concordo com a afirmação de Louro (2004, p.205), de que “já não se pode mais trabalhar com a idéia de uma identidade una, estável e coerente, que ‘explique’ o sujeito e sua história”; é necessário refletir sobre as construções da subjetividade como processos complexos e diversificados, em que está em jogo uma “multiplicidade de elementos discursivos” (ROHDEN, 2004, p.191) atravessados por aspectos sócio-históricos e culturais, passados e atuais. Nesse sentido, é imprescindível a análise das relações discursivas e de poder que compõem o mosaico das experiências subjetivas na atualidade, sobre “como as identidades são produzidas e os significados que lhes são socialmente atribuídos” (LOURO, 2004, p.205). Partindo dessa leitura, busco desconstruir, nesta análise, a concepção identitária pautada numa lógica binária (masculino e feminino) de compreensão das expressões da sexualidade, as quais são respaldadas por explicações naturalistas do corpo, pois, como ressalta Louro (2004, p.205),

É preciso admitir que, nesses tempos da ‘pós-modernidade’, o sujeito é, simultaneamente, ‘muitas coisas’, ou melhor, é constituído de muitas identidades. Transitórias e contingentes, inacabadas e históricas, as identidades são vividas, frequentemente, com tensões e conflitos. Sob essa perspectiva, torna-se cada vez mais problemático operar dentro da ótica dicotômica que supõe um pólo masculino dominante e um pólo feminino dominado. Todos os cruzamentos — de raça, de classe, de nacionalidade, de sexualidade — complicam essa análise esquemática.

Esta pesquisa foi realizada com quatro mulheres HIV⁺ ativistas no movimento de aids com o objetivo de apreender suas concepções sobre aids, os contextos de vulnerabilidade que possibilitaram sua infecção, suas vulnerabilidades à reinfeção, e mudanças e permanências nos campos afetivo-conjugal e da maternidade a partir da experiência da doença e da militância.

Refletindo sobre a constituição do sujeito HIV⁺ ativista do movimento de aids e sobre a sua reconstrução da noção de doença, Santos (2005, p.109) afirma:

Envolvendo uma busca de significados, o controle da doença implica em uma causalidade que, no ‘ativismo’, tende a remeter a explicação da doença ao campo da política. Neste sentido, se a doença é uma experiência de desestruturação da pessoa (Duarte, 2003; Rodrigues e Castro, 1998), o ‘ativismo’ é o ponto de partida para a sua estruturação enquanto sujeito político ‘ativista’.

Com o intuito de mapear as experiências pessoais das mulheres entrevistadas, utilizei o método das histórias de vida, e, para a coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas⁸. Através das histórias de vida, busquei “atingir a coletividade” da qual meu “informante faz parte [...], captar o grupo, a sociedade de que ela [história de vida] é parte, buscar a coletividade a partir do indivíduo” (QUEIROZ, 1988, p.24). Queiroz (1988, p.21) assinala qualquer “história de vida encerra um conjunto de depoimentos”. O termo “depoimento”, segundo a autora, foi “muito cedo definido juridicamente, significando interrogações com a finalidade de ‘estabelecer a verdade dos fatos’”, mas, nas Ciências Sociais, é utilizado “para significar o relato de algo que o informante efetivamente presenciou, experimentou, ou de alguma forma conheceu” (QUEIROZ, 1988, p.21).

Santos (1998) afirma que, quando se trabalha com histórias pessoais, entra-se em contato com dois pressupostos utilizados nesse tipo de fonte: a memória, que é por onde o depoente constrói sua narrativa, e a noção de cultura⁹, que permeia qualquer investigação que tenha como ponto de partida o uso de histórias orais, pois, no Ocidente,

[...] a transmissão oral de valores, tradições, regras, hábitos, enfim, de cultura, permanece viva e com significativa importância no processo de formação do indivíduo e dos comportamentos sociais. Logo, quem trabalha com as memórias de uma pessoa, contadas através de suas histórias pessoais — vividas, escutadas ou mesmo inventadas —, está lidando diretamente com uma das matérias-primas da produção de cultura. (SANTOS, 1998, p.86)

Minha opção pela entrevista se deu porque esta permite maior interação entre entrevistador e entrevistado, bem como a investigação profunda das histórias de vida (JOSSO,

⁸ Antes de começar a realizar as entrevistas, a pesquisa passou pelo Comitê de Ética da Unesp de Assis, conforme determina Brasil (1997), e, antes de iniciar as entrevistas, retomei os objetivos da pesquisa com as participantes e estabeleci com elas um compromisso ético de sigilo. Entreguei-lhes um termo de consentimento para que assinassem e um de esclarecimento sobre a pesquisa e a utilização dos dados, no qual estavam explicitados o sigilo e os aspectos éticos, de acordo com o que determina a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

⁹ O autor trabalha com a noção de cultura de Geertz: “uma rede de signos interpretáveis, socialmente construídos, dentro da qual podem ser compreendidos os acontecimentos sociais, os comportamentos ou os processos históricos” (SANTOS, 1998, p.94).

1999). Na entrevista, o pesquisador tem que estar atento “não só para o conteúdo verbal do discurso do entrevistado, como também para o conteúdo não verbal como gestos, entonações, hesitações e silêncios significativos” (ARAÚJO, 1999, p.98); além disso, ela é um espaço de interação e de construção de novos significados para uma história vivida. Nesse sentido, entendo que o processo de contar histórias passadas possibilitou, às mulheres que entrevistei, a ressignificação entre o vivido e outras formas possíveis de compreensão de algumas de suas experiências. Em contrapartida, procurei, através dos seus relatos, caminhos possíveis para interpretar a complexidade de questões que envolvem a sua experiência no contexto da epidemia.

As entrevistas foram realizadas a partir de um mesmo roteiro, cujas questões iniciais referiam-se a idade, raça, condição socioeconômica, as quais eram seguidas de uma série de perguntas sobre a experiência da infecção, os impactos da doença e mudanças de vida. Apesar de seguir o mesmo roteiro nas quatro entrevistas, as peculiaridades de cada trajetória pessoal acabaram, por vezes, influenciando o percurso das minhas perguntas.

Ao decidir pela realização de entrevistas para uma pesquisa, “o pesquisador é guiado por seu próprio interesse ao procurar um narrador, pois pretende conhecer mais de perto, ou então esclarecer algo que o preocupa” (QUEIROZ, 1988, p.18). Durante as entrevistas e na análise do material coletado também surgem questões subjetivas do pesquisador, afinal as perguntas e os caminhos escolhidos são reflexos das referências teóricas que escolheu e de sua trajetória pessoal. Nesse sentido, os recortes teóricos escolhidos durante esta pesquisa refletem parte da minha história de vida.

Minha história de trabalho com pessoas HIV⁺ começou em 2002, quando fiz um estágio no setor de Moléstias Infecciosas do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, da Universidade Estadual de Londrina, onde pude, por algum tempo, ouvir relatos de pessoas doentes de aids que ali estavam internadas. A partir dessa experiência, interessei-me pelas possibilidades de questionamento que o contato com a aids suscita. Desde então, tenho me envolvido com outros profissionais que trabalham com essa temática: de 2003 a 2005, trabalhei e fui voluntária em uma organização não-governamental (ONG) de Londrina que atua no combate à aids; a partir de 2004, também me inseri em uma outra ONG dessa cidade que trabalha na defesa dos direitos humanos de pessoas usuárias de drogas e, entre as suas ações, algumas são voltadas ao enfrentamento da epidemia — além de ter participado, durante 2006, da Comissão Municipal de Prevenção e Controle às DST/Aids de Londrina.

Na primeira ONG onde trabalhei, participei, de 2004 a julho de 2005, de um projeto¹⁰ cujo objetivo era ampliar a discussão sobre saúde mental e aids e a criação de um voluntariado de psicólogos clínicos para o atendimento às pessoas HIV⁺, seus familiares e companheiros¹¹. Trabalhar nesse projeto me possibilitou conhecer profissionais da área da saúde mental que desenvolvem trabalhos com pessoas HIV⁺, bem como realizar atendimentos clínicos com essa população. Na ONG da qual participo desde 2004, realizo atendimentos clínicos individuais e/ou grupais voluntários com pessoas HIV⁺ que me dão a oportunidade de conhecer intimamente as suas histórias de vida. Nesse percurso, além da feminização da epidemia, chamaram-me a atenção as histórias de algumas mulheres de classes populares¹² que, após o seu diagnóstico positivo para o HIV e, principalmente, a inserção em movimentos reivindicatórios (ONGs) tiveram mudanças significativas em suas vidas, subjetiva e objetivamente. Essas mulheres relatam que a experiência da doença e do ativismo reconfigurou a sua inserção nos campos social e afetivo, bem como a percepção que tinham de si mesmas.

Esta pesquisa analisa, portanto, como, para algumas mulheres, a experiência do HIV e da militância é oportunidade de ressignificar aspectos de sua vida¹³. O que o HIV e o ativismo, enquanto disparadores de transformação, lhes possibilitaram? Como a perspectiva de gênero na experiência da doença pode refletir, entre outros fatores, mudanças subjetivas e articulação política?

Ao refletir sobre mulheres HIV⁺ participantes do movimento político de HIV/aids no estado do Paraná, Ferreira (2006, p.6) aponta que, muitas delas,

[...] em sua maioria originárias das classes populares urbanas, ao se descobrirem HIV⁺ começaram a ter acesso, a partir da inserção em uma

¹⁰ Esse projeto foi inspirado no projeto Banco de Horas, do Instituto de Ação Cultural (Idac), do Rio de Janeiro. Realizado desde 1993, o Banco de Horas dedica-se “ao trabalho acerca das relações entre Aids, Subjetividade e Saúde Mental, tendo como eixos a assistência e a prevenção à epidemia [...] o atendimento psicoterapêutico gratuito à população soropositiva e a seus familiares” (CEREZZO; VALLE; LENT, 2000, s.p.)

¹¹ O projeto teve início em 2002 e foi realizado até julho de 2005, quando acabou o financiamento pelo Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime (UNODC) através do Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/Aids), e pelo Programa Municipal de DST e Aids da Autarquia de Saúde de Londrina. No entanto, ainda hoje algumas pessoas são atendidas gratuitamente por profissionais que voluntariaram nesse projeto.

¹² Da mesma forma que Heilborn e Gouveia (1999, p.176), utilizo a “designação de grupos populares ou classes trabalhadoras urbanas, acompanhando uma tradição já consolidada de demarcar simbolicamente as fronteiras entre os grupos, ao invés de tomar como relevantes, de forma exclusiva, os níveis de renda. O uso da forma plural e o termo trabalhador propõem superar a idéia de operariado, abrigo grupos sociais diferenciados, como funcionários públicos de categorias inferiores, trabalhadores autônomos, etc. (Duarte, 1986). A expressão designa o universo de categorias sociais que se encontra numa posição subordinada na sociedade de classe, moderna e urbana”.

¹³ A justificativa para a escolha por trabalhar com mulheres HIV⁺ ativistas será detalhada no quarto capítulo.

entidade civil, a domínios públicos da esfera social, a freqüentar Conselhos e Comissões de Saúde, bem como a apropriar-se de um discurso político que, até sua entrada no movimento, não possuíam, pois se reservavam a atuar em espaços privados: suas casas e o cuidado de seus filhos.

Muitos trabalhos ressaltam os processos discriminatórios e de estigmatização suscitados a partir da emergência da aids, mas, nesta análise, evidencio as redes de solidariedade e articulação política que a doença propiciou e a construção de “novas formas de viver e [...] de compreender os gêneros e as sexualidades” (LOURO, 2004, p.208). Para pensar essas questões, busquei referências teóricas em autores que refletem sobre questões de gênero e que problematizam as construções sócio-históricas relacionadas à aids, o que me permitiu pensar sobre os efeitos da cultura nas produções discursivas e sobre a complexidade de questões e possibilidades que envolvem a história de mulheres HIV⁺. Ao longo do texto também abordo aspectos relacionados à cultura das classes populares, às quais pertencem as mulheres que entrevistei.

Com raízes epistemológicas no movimento feminista, os estudos de gênero permitem refletir sobre as cristalizações históricas de papéis sociais considerados masculinos e femininos, e sobre os discursos, pilares, normas, padrões culturais, valores e representações nos quais muitas das relações entre homens e mulheres estão pautadas. Desde a década de 1970, os estudos de gênero vêm se consolidando como um campo interdisciplinar, sendo atravessado por diferentes conceituações e perspectivas.

No Brasil, foram as pesquisadoras feministas que iniciaram, nas décadas de 1970 e 1980, os chamados “estudos sobre a mulher” (GROSSI; MIGUEL, 1996), movidas pela “crítica ao viés androcêntrico da maior parte dos estudos antropológicos” (PISCITELLI, 2002, p.21). Nesse período, o movimento feminista influenciava de modo contundente a perspectiva desses estudos com o objetivo de dar visibilidade à mulher enquanto “sujeito político coletivo” (PISCITELLI, 2002, p.10) e de combater a sua subordinação em relação aos homens, considerada, pelo movimento, como universal.

As feministas desse período consideram a “existência da subordinação feminina, mas questionam o suposto caráter natural dessa subordinação. Elas sustentam, ao contrário, que essa subordinação é decorrente das maneiras como a mulher é construída socialmente” (PISCITELLI, 2002, p.9); a submissão do corpo biológico feminino a uma “cultura masculina” ancorava as relações de opressão da mulher à idéia de uma sociedade patriarcal.

Partindo-se do pressuposto de que as mulheres sempre eram submetidas a contextos de opressão, configurou-se a idéia de que as relações de poder que as sujeitavam a uma

condição de inferioridade deveriam ser ressaltadas e combatidas. Dessa premissa surgiu a de que “o pessoal é político” (PISCITELLI, 2002, p.14), “implementada para mapear um sistema de dominação (relações de poder) que operava no nível da relação mais íntima de cada homem com cada mulher. Esses relacionamentos eram considerados, sobretudo, políticos”. Contudo, não demorou para que a idéia de patriarcado como categoria analítica universal para explicar a condição de subordinação da mulher fosse criticada; o conceito de patriarcalismo era recriminado

[...] por sua generalidade — universalizando uma forma de dominação masculina situada no tempo e no espaço —, por ser considerado um conceito trans-histórico e trans-geográfico e, ainda, porque esse conceito é essencializante, na medida em que ancora a análise da dominação na diferença física entre homens e mulheres, consideradas como aspecto universal e invariável. (PISCITELLI, 2002, p.15-16)

Nesse contexto de críticas a posicionamentos naturalizantes (essencializantes) com relação à gênese das condições de opressão feminina, surgiram pensadores que propunham outras “ferramentas conceituais para desnaturalizar essa opressão” (PISCITELLI, 2002, p.16), o que resultou nos “estudos de gênero”. Portanto, atravessado “por certa dissociação da prática militante e a pesquisa”, o conceito de gênero surgiu da “preocupação em relativizar este isolamento da condição feminina” (GROSSI; MIGUEL, 1996, p.21) e desnaturalizar a idéia de uma “condição feminina”, presente nas vertentes marxistas, focadas no patriarcalismo.

Um dos marcos iniciais no campo das teorias de gênero, segundo Almeida (1995, p.131) e Piscitelli (2002, p.17), é o texto “The traffic in women: notes on the ‘political economy’ of sex” [“O tráfico de mulheres: notas sobre a ‘economia política’ do sexo”], de Gayle Rubin, de 1975. Embora o termo “gênero” já fosse utilizado, foi a partir desse texto que o seu uso começou a se fortalecer, e ele se tornou “uma referência obrigatória na literatura feminista” (PISCITELLI, 2002, p.17). Segundo Rubin (1975 apud PISCITELLI, 2002, p.20), “o sistema sexo/gênero: [é] um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e na qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas”. A autora trabalha com a idéia de que o registro cultural sobrepõe-se à natureza e é atravessado por relações de poder:

Homens e mulheres são, é claro, diferentes. Mas nem tão diferentes como o dia e a noite, a terra e o céu, yin e yang, vida e morte. De fato, desde o ponto de vista da natureza, homens e mulheres estão mais próximos entre si do que com qualquer outra coisa — por exemplo, montanhas, cangurus ou coqueiros. A idéia de que homens e mulheres diferem mais entre si do que

em relação a qualquer outra coisa deve vir de algum outro lugar que não [seja] a natureza... longe de ser a expressão de diferenças naturais, a identidade de gênero é a supressão de similaridades naturais. (RUBIN, 1975 apud PISCITELLI, 2002, p.18)

O par sexo/gênero foi interessante para as teorias feministas “até meados da década de 1980, quando começou a ser questionado” (RODRIGUES, 2005, p.179). Nos anos 1990, posturas críticas de diversos autores contestavam uma série de conceitos consolidados no bojo dos estudos de gênero e atacavam a distinção entre natureza e cultura (PISCITELLI, 2002, p.23). Segundo Piscitelli (2002), apesar de a perspectiva de um sistema de sexo/gênero questionar os “imperativos da cultura” sobre os sexos, ela está pautada em bases naturais de entendimento sobre a diferença sexual, o que fez com que se tornasse alvo de críticas de alguns pesquisadores mais recentes, que propõem a reformulação do conceito de gênero.

Scott (1988), em sua análise sobre a categoria gênero, critica as perspectivas naturalizantes das hierarquias entre homens e mulheres, e propõe que gênero seja compreendido como uma forma inicial de atribuir significado a relações de poder e como elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos.

Atualmente, há diversidade de debates e posturas sobre as questões de gênero, e críticas “à distinção sexo/gênero, procurando saídas sem abandonar, porém, princípios associados à noção de gênero, ou, ao contrário, procurando categorias alternativas uma vez que pensam o gênero como par inseparável numa distinção binária” (PISCITELLI, 2002, p.24). Piscitelli (2002, p.25) também afirma que esses autores contestam “a validade dos modelos que buscam analisar e explicar as transformações históricas pressupondo, por exemplo, a continuidade de certas estruturas e/ou instituições”, e que é possível perceber, neles, referenciais teóricos desconstrutivistas. Tais autores trabalham com noções relativizadas de poder, com o enfoque na produção de práticas que se pautam em um emaranhado de discursos e

[...] compartilham certos posicionamentos, particularmente, uma série de questionamentos feitos aos modelos teóricos totalizantes: contestam a validade dos modelos que buscam analisar e explicar as transformações históricas pressupondo, por exemplo, a continuidade de certas estruturas e/ou instituições; questionam, também, as abordagens que formulam uma compreensão da diferença tendo como referência um Outro exógeno, externo, procedimento que mantém o princípio de uma unidade e coerência cultural interna; trabalham com uma noção pulverizada de poder, com a idéia de dissolução do sujeito universal autoconsciente; valorizam a linguagem e o discurso como práticas relacionais que produzem e constituem as instituições e os próprios homens enquanto sujeitos históricos e culturais e compreendem, enfim, a produção de saber e significação como ato de poder. (PISCITELLI, 2002, p.26)

Dois exemplos desses autores contemporâneos são Donna Haraway e Judith Butler. Conforme Piscitelli (2002, p.24), Haraway questiona os conceitos de gênero porque “remeteriam, necessariamente, a uma distinção com o sexo na qual nem o sexo, nem as raízes epistemológicas da lógica de análise implicada na distinção e em cada membro deste par, seriam historicizados e relativizados”; e se opõe às idéias de uma identidade binária masculina e feminina relacionada aos corpos biológicos, desnaturalizando as concepções lineares relacionadas ao sistema sexo/gênero.

Butler (apud RODRIGUES, 2005, p.179) critica a idéia de uma “unidade nas categorias de mulheres” e a arbitrariedade da distinção sexo/gênero promulgada por Rubin, além da lógica epistemológica binária dessa conceituação; nega a idéia de que o sexo seria diretamente associado à noção de natureza e o gênero, à cultura; e propõe a inserção da categoria analítica “desejo” nessa lógica e que seja analisada a série de discursos que estão no cerne do debate sobre a diferenciação sexual. Para essa autora, sexo e gênero refletem todo um aparelho discursivo e cultural, não havendo qualquer pressuposto universalista presente na distinção sexo/gênero nem identidades fixas. Em sua opinião, “a teoria feminista que defende a identidade dada pelo gênero e não pelo sexo escondia a aproximação entre gênero e essência, entre gênero e substância” (Butler apud RODRIGUES, 2005, p.180), denunciando os pressupostos metafísicos de formulações anteriores:

Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo. O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; ele também é meio discursivo/cultural pelo qual a ‘natureza sexuada’ ou ‘um sexo natural’ é produzido e estabelecido como ‘pré-discursivo’, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra *sobre a qual* age a cultura. (BUTLER, 2003, p.25)

Piscitelli (2002, p.28) acrescenta que, para Butler, “gênero poderia ser considerado como um ‘ato’ intencional e, ao mesmo tempo, ‘performático’, no sentido da construção dramática e contingente de significado”. Nas palavras de Butler (apud RODRIGUES, 2005, p.180), “não existe uma identidade de gênero *por trás das expressões* de gênero, e [...] a identidade é *performativamente constituída*”.

Bozon (2004, p.14), autor contemporâneo dos estudos de gênero, acredita que “a construção social tem um papel fundamental na elaboração da sexualidade humana”. A sexualidade não seria um dado da natureza, mas uma produção social consolidada em

contextos culturais e com finalidades políticas; assim, “na maioria das sociedades, a sexualidade tem um papel importante não apenas na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos, como também na representação da ordem das gerações” (BOZON, 2004, p.14).

Nesta análise, busco referências teóricas em autores que desconstruem a noção de uma “identidade definida, compreendida pela categoria mulheres” (BUTLER, 2003, p.17)¹⁴ e que concebem o corpo enquanto produção discursiva atravessada por relações de poder. Como diz Butler (2003, p.19),

‘O sujeito’ é uma questão crucial para a política, e particularmente para a política feminista, pois os sujeitos jurídicos são invariavelmente produzidos por via de práticas de exclusão que não ‘aparecem’, uma vez estabelecida a estrutura jurídica da política. Em outras palavras, a construção política do sujeito procede vinculada a certos objetivos de legitimação e de exclusão, e essas operações políticas são efetivamente ocultas e naturalizadas por uma análise política que toma as estruturas jurídicas como seu fundamento.

Portanto, parto do pressuposto de que a materialidade do corpo e os debates ontológicos pautados em visões naturalistas são construções históricas consolidadas por diferentes marcadores, como, por exemplo, questões raciais, religiosas, étnicas, geracionais e de classe. No desenvolvimento da análise, no primeiro capítulo apresento as histórias de vida das mulheres que entrevistei. No segundo, faço um breve mapeamento da complexidade de discursos e das diferentes perspectivas que marcam a trajetória das construções sócio-históricas e culturais que atravessam o corpo das mulheres, principalmente a partir do século XVIII. No terceiro abordo a construção social da aids nos seus aspectos sociais, culturais e subjetivos, ressaltando o processo de feminização da epidemia. No quarto capítulo analiso as histórias contadas pelas mulheres que entrevistei com o objetivo de apreender suas concepções sobre aids, os contextos de vulnerabilidade que possibilitaram sua infecção, as suas vulnerabilidades à reinfeção, e mudanças e permanências nos campos afetivo-conjugal e da maternidade a partir da experiência da doença e da militância.

¹⁴ No Brasil, segundo Grossi, Minella e Porto (2006, p.11), destacam-se diversas autoras no campo dos estudos de gênero, entre elas Claudia Fonseca, Débora Diniz, Eva Blay, Guíta Debert, Heleith Saffioti, Lia Zanotta Machado, Lucila Scavone, Maria Luiza Heilborn e Ana Paula Uziel.

Capítulo 1

APRESENTAÇÃO DAS HISTÓRIAS DE VIDA

1.1 A História de Solange: “*eu não ia morrer só porque eu era pobre, eu não ia mesmo!*”

Meu pai tinha um ditado que chega a me arrepiar de lembrar. Ele dizia: ‘A vida é igual uma rapadura: é doce, mas não é mole, se não der para morder, chupa!’. (Solange)

Solange¹⁵ tem 45 anos e descobriu sua sorologia em 1994. É ativista do movimento paranaense de luta pelos direitos das pessoas HIV⁺ desde 1997 e membro de uma ONG/aids. Viúva, mora com o filho caçula, Carlos, de quatorze anos, e, desde a morte do marido, Denis, não teve outros relacionamentos afetivo-sexuais. Mãe de quatro filhos, três do primeiro casamento e um do segundo, definiu-se como “*morena clara*” e considera que é da classe social “*pobre*”.

Solange conheceu Denis, seu segundo marido, quando tinha onze anos, e namoraram durante dois anos. Queriam casar, mas o pai a proibiu. Terminaram o namoro e ela conheceu e se casou com o seu primeiro marido, com quem teve três filhos. Desse relacionamento ela não fez comentários, disse apenas que viveu a sua história com ele, “*coisas boas, mas não foi amor*”, e que, graças a ele, tem três filhos “*maravilhosos*” — também disse que “*atualmente*” são grandes amigos. Depois de alguns anos de casada, se separou e reencontrou Denis. Segundo ela, “*o dia que eu reencontrei o pai do Carlos eu abandonei tudo, em nome do amor; a gente se viu e nunca mais se separou. Eu tinha que viver isso com ele, eu tinha que consumir a minha história*”. Como Denis era usuário de drogas, ela entregou a guarda dos filhos ao pai deles, pois achava que seu relacionamento poderia prejudicá-los, o que acarretou discórdia na família e o seu afastamento deles.

Solange e Denis viveram juntos por dez anos e tiveram dois filhos. Quando ela estava grávida do segundo filho (Carlos), o primeiro, de um ano e oito meses, faleceu em razão de uma pneumonia bilateral e “*outros dados a esclarecer*”. Na época, ela não cogitou a possibilidade de infecção pelo HIV:

[...] Nesse tempo a gente até ouvia uma coisa ou outra, mas era bem longe. Meu marido até brincava que, se você pegasse aids, você já aids! Mas ele acreditava que era algo muito distante dele, que era uma coisa de

¹⁵ Os nomes das mulheres que entrevistei, bem como os outros nomes constantes de seus relatos, são fictícios.

homossexual, e ele não era, e ele nem relacionava isso ao uso de cocaína, porque ele injetava cocaína há muitos anos atrás, então ele nunca achava que podia estar infectado. A cocaína passou, mas a aids ficou, e a gente não sabia. Ele usava cocaína em 83 e 84, foi na década de 80, e a aids a gente realmente começou ouvir falar na década de 90; em mais ou menos 94 é que eu ouvi falar, mas como se fosse um bicho papão, as notícias eram de dar medo. [...] As notícias eram assim: aids mata! aids mata! Eu lembro que as pessoas não iam mais no barbeiro cortar o cabelo, tinham medo de ir no dentista, tinham medo de pernilongo, foi uma coisa até engraçada. Mas eu não me via no meio daquilo. Então, na minha cabeça, eu penso que a aids já estava no Brasil há tanto tempo só que ninguém sabia, principalmente nas rodas de pico.

Logo após o nascimento de Carlos, em janeiro de 1994, Denis começou a apresentar sintomas de aids. Os médicos demoraram a diagnosticar o HIV; a resposta veio apenas em novembro desse ano, e logo ele foi internado. Como Solange era sua mulher, os médicos solicitaram que ela e o filho fizessem a testagem do vírus. O resultado veio positivo para ambos e, com ele, a sentença de morte:

Eu não entendia o que era o HIV, eu não entendia nada. A primeira coisa que eu perguntei foi se eu tinha que me afastar do meu filho, mas eu não relacionava nada, tipo: a amamentação, tirar comida da minha boca pra dar pro bebê, essas coisas que mãe fazem. Aí, eu fui pro Centro de Referência fazer o meu teste e o do Carlos, eu fiz e deu positivo, os dois, e, aí, eu fui conversar com a médica. Aí ela me disse que eu tinha aids e que eu ia viver um ano. Ela falou na lata. A única pergunta que ela fez, antes, era se eu era pobre ou rica, que, nesse tempo, isso fazia muita diferença, porque as pessoas com HIV viviam tão mal que quem tinha dinheiro pelo menos podia ter um pouco de qualidade de vida.

Denis faleceu em maio de 1995, e foi então que Solange assimilou o que estava vivendo:

[...] Dia 10 de maio meu marido morreu, e, no dia que eu enterrei ele eu entendi a gravidade do que estava acontecendo [silêncio]. Sabe, quando meu bebê ficou doente eu não entendia o que estava acontecendo; ele apresentava todos os sintomas da aids mas ninguém diagnosticava ele, e eu lembro que eu até contei pro médico de que meu marido tinha sido dependente de cocaína. Eu contei porque eu achei que meu filho podia ter algum problema por causa disso, eu nunca omiti isso, só que isso pra eles era indiferente. Então meu bebê tinha todos os sintomas, mas os médicos não me encaixavam no bendito grupo, então eles não fizeram a correlação. Então, mas quando meu marido morreu é que eu entendi tudo isso. Como a médica disse que eu tinha um ano de vida, eu já estava com mais seis ou sete meses de vida. Foi tudo muito difícil, mas o mais difícil foi saber que, por minha causa, um filho meu tinha morrido e que o outro também ia morrer por minha causa.

Viúva, mãe de uma criança com o risco da infecção e sentenciada a uma morte para dali a alguns meses, ela decidiu apressar a realização de algumas conquistas:

[...] O HIV mudou minha vida de uma tal maneira... Eu tinha uma pressa muito grande de ter as coisas, não importava se eu tinha quatro meses de vida, uma semana ou um dia: aquilo era meu, eu possuía. Queria um espaço maior, queria dar uma condição de vida melhor pro meu filho e pra mim também, então eu trabalhava muito. Eu lavava roupa pra fora até no final de semana, pra poder garantir um pouco do que eu havia sonhado pra mim: espaço, poder curtir minhas músicas altas, e aí o tempo foi passando. Eu lembro que lançaram o aparelho de CD e eu fiquei doida pra ter um; aí lançaram a TV de controle remoto e eu quis uma também. Aí eu trabalhei e comprei meu som, aí eu comprei minha TV, paguei tudo, comecei a comprar meus CDs — e até hoje eu gosto disso tudo, e agora eu já tenho um DVD [risos]. Eu lembro que eu tinha um vizinho que falava assim: ‘Você está louca, pra que você está comprando tudo isso? Você vai morrer’. E eu respondia: ‘Pois é, né? você também vai, mas acontece que eu quero ter essas coisas antes de morrer’.

Solange apostava, então, que a própria morte e a do filho eram questão de tempo, mas um dia essa perspectiva mudou:

[...] Eu achava que eu ia morrer até dezembro, aí o Carlos precisou fazer uma cirurgia, que ele teve uma hérnia, o intestino estava preso, ele tava com fimose, e, nessa época, eu achava que meu filho ia morrer junto comigo; ele era soropositivo, eu fazia o exame a cada três meses e o vírus tava lá. Eu lembro que o Carlos entrou pra cirurgia e o médico disse assim: ‘É uma hora de cirurgia e acabou’. E, aí, deu uma, deu duas e nada desse povo sair com o meu filho de lá, e eu estava sozinha lá, esperando ele sair. Aí me deu um desespero, um desespero, e eu comecei a pensar: ‘Pra que eu deixei eles fazerem essa cirurgia nele? Pra quê? Ele vai morrer mesmo’. Aí, de repente, me deu um trem doido, e me veio na cabeça assim: ‘Imagina, tem que baixar o testículo desse menino mesmo, senão eu não vou ser avó’. E eu pus aquilo dentro de mim, e fiquei com aquilo na cabeça, de que meu filho não ia morrer e pronto. [...] e eu lembro que o médico chegou pra mim com um envelope na mão e disse: ‘Eu trouxe isso aqui pra senhora’. Aí eu falei: ‘Eu não quero, não, me fala aí o que é isso’. Aí o médico falou: ‘Ah, abre a senhora’. Aí eu disse: ‘Mas é notícia boa ou ruim?’. E ele disse: ‘A senhora é que vai saber, esse envelope é seu’. Eu abri e estava lá: Carlos [sobrenome], sorologia positiva pro HIV: não reagente [emociona-se]. Nossa! eu gritei, eu chorei, eu rolei naquele chão. Eu sabia agora que meu filho ia viver. [...] não importava mais se eu ia morrer; ele ia viver e pra mim isso era a coisa mais importante.

Em maio de 1996, ela estava assistindo TV quando deram a notícia da descoberta de um coquetel de medicamentos que garantiria a sobrevida das pessoas HIV⁺. O custo do coquetel era altíssimo e, para ter acesso aos dois primeiros frascos, teve que vender cerca de 500 pizzas. Em seguida, procurou alguns vereadores para pedir ajuda, e sequer foi ouvida. Na

época, era atendida no Centro de Orientação e Apoio Sorológico (Coas), onde começou a ter voz e iniciou sua militância na luta pelos direitos das pessoas vivendo com HIV:

[...] tinha a psicóloga lá do Cidi [Centro de Integração de Doenças Infecciosas], tinha a coordenadora, e, aí, a gente começou a se unir e a tentar descobrir algum meio da gente ter essa medicação. Eu lembro que a gente tava em gestão semiplena da Saúde quando eu descobri que existia Comissão de Saúde, conselheiros de Saúde, secretário de Saúde. E eu comecei a aglutinar pessoas vivendo com HIV e doentes de aids perto de mim, porque eu sabia que, sozinha, eu não ia conseguir nada. Aí, eu juntei um grupo de portadores e a gente se reunia dentro do Cidi, e a coordenadora começou a ensinar pra gente como as coisas eram, quais eram os nossos direitos. Eu lembro que, nessa época, a gente fez todo um levantamento de quem eram as pessoas que estavam no Cidi, no HU e no HC; vimos quantos frascos de medicamento a gente precisava. Tinha o doutor [...], que nos ajudou, porque, na verdade, nessa época a prescrição do medicamento era um pouco confuso até pros médicos entenderem, não se falava em efeito colateral, e esse médico conseguiu fazer o levantamento de quais remédios esse povo precisava. Aí a gente fez o levantamento, eram 150 pessoas que precisavam do medicamento, e, com tudo isso na mão, o grupo me eleger pra falar sobre tudo isso no Conselho Municipal de Saúde, porque a gente tinha conseguido uma pauta. Mas a gente pensou assim: de manhã nós vamos pra rua, botar a necessidade disso na imprensa; depois nós vamos pegar os conselheiros representantes dos usuários, vamos chamar pra uma reunião no Cidi e vamos convencer eles a votarem a nosso favor. Eu encontro os conselheiros dessa época e eles até hoje se lembram disso, porque eu tranquei eles numa sala, escondi a chave dentro do meu peito e falei pra eles assim: ‘Enquanto vocês não entenderem o que eu tenho pra dizer, vocês não mijam, não bebem água, vocês não saem daqui [risos]. Ah, eu não ia morrer só porque eu era pobre, eu não ia mesmo! Eu não tenho medo de morrer, eu tenho medo é de morrer sem dignidade [...]. E, então, aí eu tranquei os conselheiros e disse: ‘Olha, vocês só vão sair daqui quando vocês entenderem que a minha vida vale um preço de um frasco de remédio e eu não tenho como pagar’. [...] E eles permitiram que a gente vivesse. Então, aí compraram os remédios, eles chegaram e as pessoas puderam viver.

A forma como a imprensa lidou com a manifestação do grupo mostra o impacto da luta de intelectuais e pessoas HIV⁺ (que acontecia desde a década de 1980) no combate à epidemia e à discriminação; no entanto, a reação de pessoas que a conheciam e que viram a reportagem pela televisão mostra a permanência, na época, do preconceito com os portadores da doença:

Eu tenho até hoje as reportagens guardadas. A notícia era mais ou menos assim: Aids, unidos pela esperança. Foi uma das campanhas mais lindas que eu já vi: um monte de mãos segurando um globo — a imprensa lidou muito bem com o nosso movimento. Eu lembro que eles filmaram a gente na rua, aí eles não queria filmar meu rosto, e eu disse: ‘Ué, por que vocês não querem filmar o meu rosto? Minha bunda tem mais credibilidade que meu rosto? Eu não tenho vergonha de ter aids, não, cara; o que eu quero é viver.

Se tem que pôr minha cara pra isso, eu vou colocar'. E eu lembro que, no dia que a reportagem foi pro ar, eu estava lavando louça, e a minha patroa olhava a entrevista e olhava pra mim, e ela disse: 'É verdade que você tem aquilo ali que você está falando?'. Nossa, eu perdi três dias de faxina numa semana. As patroas ficavam com medo de mim; eu vinha, às vezes, num ônibus lotado, num banco sozinha; meus amigos, que eu pensava que eram, sumiram.

Em 1997, com a preocupação de dar assistência aos portadores do vírus, Solange fundou um grupo junto com outras pessoas HIV⁺, e, com o tempo,

[...] eu fui ganhando espaço nacionalmente. As pessoas gostavam de mim pelo meu jeito de ser: do jeito que eu tou aqui, de chinelinho, bermudinha e camiseta, eu vou em qualquer lugar. Então eu nunca tive esses negócios de querer brilhar, esse trem não é pra mim. Só que eu aprendi muito, aprendi lá nas reuniões em Brasília, eu aprendi muito no meu trabalho fora daqui da cidade, então eu adquiri muito respeito, mesmo no Ministério da Saúde ou nos lugares que eu passei pelo Brasil.

A partir daí, ganhou visibilidade por seu ativismo, bem como o reconhecimento de sua importância no processo de construção de alternativas no combate à aids. Tornou-se uma das consultoras do programa nacional de Aids¹⁶, escreveu e executou diversos projetos de prevenção e assistência relacionadas à epidemia, foi uma das representantes do Brasil em um congresso mundial de aids realizado na Espanha, em 2002, e é uma das referências no ativismo de combate à aids e na luta pelos direitos das pessoas HIV⁺ no Brasil.

1.2 A História de Clara: “quando você assume que tem aids com confiança é diferente, as pessoas te respeitam”

O movimento é tudo na minha vida. Eu preciso me movimentar; se eu ficar três dias diretos dentro da minha casa, eu me sinto numa cadeia. [...] Eu gosto de movimento. (Clara)

Clara tem 33 anos, é ativista do movimento de redução de danos (RD)¹⁷ há quatro e soube que era HIV⁺ em 1994. Casada há treze anos, é mãe de três filhas, uma delas do

¹⁶ Como Galvão (2000, p.16, nota 5), vou utilizar “programa brasileiro de Aids” ou “programa nacional de Aids” para designar o órgão do Ministério da Saúde “responsável pela condução das políticas governamentais nacionais relativas à epidemia de HIV/AIDS”. Essa opção se deve a que, em diferentes momentos, o programa teve diferentes denominações, o que traz, muitas vezes, dificuldades na sua correta nomenclatura.

¹⁷ A “Redução de Danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas” (MARLATT, 1999, p.45).

primeiro casamento e duas do relacionamento atual. Quanto à cor da pele, definiu-se como “morena”, mas “*uma morena mais queimadinha*”; em relação à sua condição socioeconômica, disse que depois que começou a desenvolver ações de RD em alguns assentamentos de Londrina e a conhecer a realidade social dessas localidades, já não se considera “*pobre*”.

Sua mãe morreu de parada cardíaca quando ela tinha nove anos. Logo depois, um irmão se mudou para São Paulo, a irmã casou, o irmão mais novo morreu atropelado e ela ficou sozinha com o pai, que, apesar de afetuoso, “*vivia bêbado*”. Clara apontou a condição de miserabilidade a que a família estava submetida:

[...] Passei muita fome nessa vida, já cheguei a passar três dias comendo manga verde com sal pra enganar a fome, esperei caminhão com resto de osso passar pra comprar uns osso e ferver em água quente, pra fazer tipo sopinha. Se eu não tivesse tido força de trabalhar e me movimentar, eu tava até hoje no buraco, num barraquinho. Era difícil, muito sofrimento. Mas sabe que eu até gosto de manga verde? [risos]

Aos treze anos, conheceu seu primeiro marido, casou e logo teve uma filha:

[...] Ele era amigo do meu irmão, os dois andava junto, roubava junto e usava droga junto. Eu nem gostava dele, achava que era vagabundo, mas ele vivia me paquerando. Mas, aí, minha mãe morreu de parada cardíaca — deitou pra dormir e nunca mais acordou —, meu irmão mais novo morreu atropelado, minha irmã casou, meu irmão mudou pra São Paulo e eu acabei sozinha com o meu pai. Meu pai era muito bom comigo, mas vivia bêbado, e eu sentia necessidade de um apoio, de alguém pra cuidar de mim, e acabei me envolvendo com meu ex-marido. Aí, um dia, meu pai ficou internado porque ele bebia muito, e eu me senti muito apavorada. Aí, eu resolvi que eu ia casar com ele, que assim eu teria alguém pra cuidar de mim, me ajudar, eu teria minha casa. Mas, aí, eu casei e foi tudo ao contrário. [...] A nossa filha veio logo em seguida que eu fui morar com ele, depois de um ano e meio mais ou menos. Logo antes da neném fazer um ano de idade, ele foi preso, e ele foi condenado por dez anos. Os três primeiros anos eu continuei com ele, depois nos separamos e ele acabou morrendo na cadeia.

Durante os três anos que manteve as visitas ao marido, ele a espancava e a ameaçava de morte:

[...] Ele me batia no come quieto. [...] É uma cabaninha que os presos fazem na cela, pra transar. Todo mundo tem que comer baixinho, por isso chama come quieto. Mas tinha uns dias que eu apanhava e nem reclamava. Do lado do come quieto, ele deixava um monte de facas, estoques, como eles chamam, e eu tinha medo dele enfincar uma daquelas coisas no meu pescoço. Sei lá, ele já tinha tentado matar várias pessoas, eu lá ia saber se ele não me mataria? Eu tinha que apanhar em silêncio. Um dia, eu estava com um camiseta jeans, e ele foi tão violento que chegou a arrancar todos os

botões da minha blusa. Sorte que sobrou um botão, que deu pra fechar, e eu amarrei o camisão por baixo, senão eu ia pelada pra casa.

Não soube dizer o porquê de ter visitado o marido durante três anos mesmo sendo vítima de cenas de violência, mas se lembrou que, naquela época, achava que só tinha ele e a família dele no mundo, e que se o largasse nenhum homem ia querer se relacionar com ela, pois tinha uma filha. Só quando começou a trabalhar fora de casa teve coragem de se separar:

Até os dezessete anos eu achava que amava. Aí, foi quando eu comecei a trabalhar em campanha política, foi quando eu comecei a ver o mundo como o mundo era, e eu decidi dar um basta nessa história. Ele estava preso em Curitiba, nessa época, e eu ia só a cada dois meses pra Curitiba, ver ele. Não era fácil ir até lá, porque a situação de grana era difícil, complicada, e a distância era muito grande. Aí, teve um dia que eu estourei e decidi que eu não queria mais aquela vida pra mim, e eu cheguei lá na cadeia e disse: ‘Olha, eu não quero mais. Eu tou morando na casa da minha irmã, tenho como cuidar da nossa filha sozinha, se você precisar de alguma coisa, você dá um jeito de me escrever, o que eu puder fazer, como sua amiga, eu vou fazer, mas, como tua mulher, eu não vou fazer mais nada. Aí, teve uma época em que ele disse que eu tinha largado dele por causa da aids, mas não foi, foi por causa da violência.

Clara soube da possibilidade de sua sorologia positiva para o HIV durante uma das visitas ao marido, pois havia sido realizada a testagem para o vírus em todos os internos do presídio onde ele estava, sendo detectados 21 infectados. Ela tinha a informação de que havia presos nessa condição, mas não sabia ao certo quais eram, nem sabia que já estava infectada:

[...] Eu contraí o vírus do meu primeiro marido. Ele estava preso e, na época, fizeram um exame em todos os presos, e encontraram 21 presos com aids. Nessa época eu não sabia quem é que tinha o vírus, quem eram esses 21 presos, eu só ouvia os comentários de que 21 estavam doentes. Aí, eu fui até a cadeia levar comida pra ele, e deixei a marmitta com a minha cunhada e fui comprar um cigarro. O carcereiro perguntou de quem era aquela marmitta, e a minha cunhada respondeu que era minha. Aí o carcereiro disse: ‘Ah, então é daquela aidética’. Eu voltei e falei pra ele que eu não era aidética, e que eu ia fazer o exame e provar pra ele que eu não tinha aids. Aí eu fui fazer o exame. O primeiro resultado deu negativo; o segundo, negativo; e o terceiro, negativo. Mas eu fui fazer só pra provar pra ele que eu não tinha nada, eu nunca achei que eu podia ter alguma coisa. Mas, como meu marido tinha, o pessoal do Coas pediu que eu repetisse os exames várias vezes. Eu continuei fazendo o acompanhamento e, no quarto exame, deu positivo.

O resultado do quarto exame chegou em 23 de dezembro de 1993. Quando Clara foi buscá-lo, o médico a recebeu de forma ríspida e intolerante, numa sala onde havia outras três pessoas. Ele jogou o resultado do exame na mesa, e disse: “*Oh, tá aqui seu exame. Você tá doente, você tem aids*”:

[...] Eu fiquei com vontade de me jogar do Júlio Fuganti, que é um prédio que as pessoas daqui da cidade sobem pra se matar. A sorte é que eu liguei para aquele meu amigo policial e pedi que ele cuidasse da minha filha, e ele disse que não ia cuidar da minha filha, não, que eu que tinha colocado no mundo e eu que tinha que cuidar. Eu achei ele o cara mais idiota e mais cretino do mundo. Pensei: ‘Nossa! que amigo filho da puta’. Mas hoje eu entendo o que ele quis dizer pra mim, porque eu dizia pra ele que eu ia morrer, que eu ia morrer, que ia morrer [emociona-se]. Teve uma época que eu até achava que meu cabelo estava caindo, que eu não estava conseguindo levantar nem um copo de água na mão, mas hoje eu entendo que meu amigo fez aquilo pra eu não me matar.

Após saber de sua sorologia, viveu apavorada e reclusa por cerca de dois anos. Achava que ia morrer logo, não se relacionava afetivamente com homens, quase não tinha amigos e temia que, no trabalho, descobrissem que era HIV⁺. Na época, tinha pouco acesso a informações sobre a epidemia e chegou a acreditar ser a única mulher HIV⁺ da cidade. Quando saiu o resultado do seu exame, seu pai já havia falecido e sua irmã era a única referência familiar próxima. Contudo, durante alguns anos, o preconceito desta não permitiu que convivessem:

[...] Minha irmã tomou um baque. Hoje, não, hoje ela me trata normal, mas, na época, foi difícil, ela ficou com medo de eu contaminar ela e o filho dela. Teve um dia que eu fui tomar água, e eu lavei o copo quando eu terminei, aí eu virei as costas e eu vi que minha irmã tava lavando o copo de novo. Aquilo me machucou muito. Aí, quando eu estava na casa dela, eu não aceitava comida, não bebia mais água, não usava o banheiro. [...] Eu sabia que eu não tinha como contaminá-la assim; eu tinha medo de passar perto do olhar de medo dela; eu tinha medo porque aquilo me machucava demais. A reação dela ia me machucar, então eu evitava.

Seu envolvimento com o segundo marido, João, começou porque “soube” que ele era HIV⁺ e, portanto, achou que com ele poderia se relacionar. Logo, Clara e a filha foram morar com ele e, em alguns meses, veio a primeira filha dos dois. Ela tentou, por diversas formas, abortar, pois achava que não tinha o direito de ter mais uma criança. Nos primeiros anos de vida dessa segunda filha, sentia-se culpada e tinha medo de que a menina morresse: “*Eu me sentia super deprimida nessa época, chorava muito, tinha muitos pesadelos*”.

Depois de dois anos junto, o casal mudou de cidade, começou a traficar drogas e a consumir *crack*. Até então, ela nunca havia perguntado ao marido se ele era HIV⁺, pois tinha medo de que a resposta fosse negativa e ele a abandonasse. No dia em que Clara resolveu contar a João sobre a sua sorologia, ele lhe disse que não tinha o vírus, o que posteriormente ficou comprovado. Embora ele tenha sido solidário com ela num primeiro momento, logo começou a maltratá-la; dizia que ela era “*podre por dentro*” e “*inútil*”.

Apesar dos maus-tratos de João, a terceira filha veio algum tempo depois, e Clara permanecia com ele até o momento da entrevista. Quando perguntei por que permanecia casada apesar das cenas de violência verbal, disse não saber ao certo, que já não gostava dele mas tinha medo “*de ficar sem o barulho das minhas filhas correndo pela casa, o barulho de uma casa, de uma família*”. Então perguntei por que achava que perderia a guarda das filhas, caso se separasse, e ela respondeu que achava que seria melhor para elas se ficassem com o pai, que “*trabalha em horários normais*” e “*tem uma família que ajuda ele bastante, que o apóia*”. Faz quatro anos que Clara se inseriu no movimento social de luta pelos direitos das pessoas usuárias de drogas, através da participação numa ONG, e já trabalhou como redutora de danos num programa financiado pelo Ministério da Saúde. Isso fazia com que precisasse trabalhar alguns dias no período da noite, bem como viajar algumas vezes ao ano; além disso, ela também viaja “*pros encontros do movimento*”.

A inserção na militância, segunda ela, transformou, em parte, os depoimentos de maus-tratos, agressões verbais e sofrimento. Além disso, durante muitos anos teve dificuldade em aderir à terapia anti-retroviral (Tarv), pois achava que “*os remédios eram veneno pra matar aidético*” e que o governo os distribuía gratuitamente com essa intenção. O fato de Clara ter esse entendimento sobre a Tarv mostra a precariedade do seu acesso a informações, que tem relação com sua condição socioeconômica e também é reflexo de informações equivocadas pronunciadas sobre a epidemia nas décadas de 1980 e 1990¹⁸. Mas, através da orientação de profissionais da saúde, ela começou a freqüentar grupos de apoio à adesão à Tarv, onde conheceu uma pessoa que a convidou para participar do movimento de RD. Clara aceitou, e teve início a sua trajetória de ativismo, o que vem contribuindo significativamente para ela ressignificar a doença:

[...] eu conheci o Zé no grupo de adesão, o que me ajudou muito. Ele é ativista, na época trabalhava numa ONG/aids, e ele me convidou pra participar do Bate Bola, que era um grupo de debate de pessoas vivendo com HIV, e quando eu fui lá ele me acolheu muito bem, ele teve muito carinho e cuidado comigo, e eu comecei a freqüentar a ONG. Com o tempo, eu comecei a perceber como o Zé se comportava, como ele se abria, como ele falava da aids de uma maneira diferente. É estranho, quando você assume que tem aids com confiança é diferente, as pessoas te respeitam. Se você fica com medo, as pessoas tiram com a sua cara, entendeu? A pessoa não te olha direito, te acha um imprestável, um inútil. Mas, se você fala de peito aberto, é diferente; se você pensa: ‘Pô! eu tenho aids mas eu sou ser humano, tenho meus direitos, não sou pior nem melhor que ninguém’, tudo começa a ficar diferente. Nessa época eu comecei também a sair pra tomar umas cervejas com o Zé, e ele começou a me ensinar um monte de coisas. E

¹⁸ Os discursos empreendidos em relação à aids serão detalhados no terceiro capítulo.

ele começou a perceber que eu me dava muito bem com os meninos no bairro, que eu tinha o maior cuidado pra tratar o pessoal no boteco, que eu conseguia conversar com todas as pessoas — o Zé percebeu o quanto eu era querida. Aí ele disse que não podia me prometer nada, mas que ele ia arrumar um emprego pra mim, pra eu fazer o que eu gostava, mas que eu não ia fazer isso só de graça, ele disse que ia me ajudar a continuar ajudando as pessoas mas que eu ia ganhar pra pagar as contas com isso.

Clara contou que, desde que começou a trabalhar como redutora de danos, houve mudanças em sua vida, na forma como ela lida com sua sorologia, como lida com seu corpo e seus desejos; a inserção no ativismo lhe possibilitou relações menos abusivas com as drogas, a noção de seus direitos e de cidadania, e perspectivas para um futuro que antes não achava possível. Sobre o futuro, falou que pretende continuar a trabalhar com populações em extrema vulnerabilidade social e pensa em fazer o curso de Serviço Social. Em sua opinião, quando tiver cinquenta anos, estará “*velha, eu vou ter que depender de filho pra me levar no médico, eu não vou poder sair de casa. Eu acho que eu corro tanto, me movimento muito, pra poder fazer tudo o que eu quero antes dos cinquenta. Eu vivo intensamente*”.

1.3 A História de Ana: “estou mais viva depois que eu peguei aids”

Acho que se as pessoas assumissem mais, a aids seria uma doença comum como a diabete, como outra doença qualquer, entendeu? É por que é que você não tem vergonha de dizer que tem diabete? Então, eu acho que se a gente se mostrasse o preconceito ia acabar, e as pessoas com HIV iam se cuidar mais. (Ana)

Ana tem 31 anos, é separada e mãe de três filhos. Definiu sua cor de pele como “*parda*” e sua classe social como “*baixa*”. Constatou a infecção pelo HIV em abril de 2005, e relatou que, antes disso, tinha pouco acesso a informações sobre aids: “*Nunca tinha conhecido alguém com aids, nunca tinha lido nada, nada mesmo. Eu sabia que você podia contrair o HIV através da tatuagem, eu achava que de beijo também, de sexo, mas hoje eu sei que tatuagem não tem nada a ver, beijo também não*”.

Ana morou com a mãe até os doze anos. Eram cinco irmãos (ela, a única mulher) e o pai abandonara a família havia muitos anos. Em virtude das dificuldades de sustento da família, ela se mudou para São Paulo, para trabalhar. Nessa cidade, os primeiros anos foram difíceis e sofridos, trabalhava “*que nem uma escrava, pra uma mulher [...] trabalhava dia e noite*”, e chegou a morar, durante cinco meses, na rua, período em que fez sua primeira

tentativa de suicídio. Tinha receio de voltar para a casa da mãe, pois esta havia se casado com um rapaz mais novo e Ana temia ser molestada por ele.

Ela ficou quatorze anos em São Paulo. Quando seu pai adoeceu, de tuberculose e cirrose, ela retornou ao Paraná, para cuidar dele, pois, sendo a única mulher dos cinco filhos, essa “obrigação” era sua. Já tinha uma filha, fruto de um casamento que havia acabado alguns anos antes. Em São Paulo, era dona de um pequeno comércio de roupas, e conseguiu guardar algum dinheiro, o que garantiu seu sustento durante os dois primeiros anos depois que retornou ao Paraná. Nesse período, cuidou do tratamento do pai, alugou para ele uma casa melhor e conseguiu-lhe uma pensão por invalidez. Quando estava pensando em voltar para São Paulo, conheceu Sandro, e se apaixonou por ele. Na época em que saiu de São Paulo, já fazia dois anos que namorava um rapaz, que vinha visitá-la esporadicamente; pouco tempo depois de ter conhecido Sandro, terminou com aquele, e percebeu que estava grávida dele. Sandro assumiu a criança, com a condição de que ela não contasse a ninguém que era de outro homem.

Sandro era viúvo e as pessoas comentavam que sua mulher havia morrido de aids, mas Ana não acreditava, pois ele era “*um cara bonito, saudável*”. Foram morar juntos menos de um mês depois de iniciado o namoro, e Ana descobriu que ele era usuário de drogas (álcool, cocaína e *extasy*), mas isso não a incomodava, pois era um excelente marido e pai (Sandro tinha três filhos do relacionamento anterior). Com o passar do tempo, Sandro começou a ficar agressivo nos momentos em que estava sob efeito de alguma substância, e teve diversas crises de ciúme. Começou a proibi-la de sair de casa, de conversar com qualquer outra pessoa; batia nela, a ameaçava com um revólver e chegou a “brincar” de roleta russa com ela, com a arma em sua cabeça. Ana estava desempregada e tinha medo de abandoná-lo, por achar que ele a mataria, mas não suportou a situação por muito tempo e acabou fugindo para São Paulo. Logo depois, Sandro foi preso, por envolvimento com drogas.

Ela estava nos dois últimos meses de gravidez quando foi submetida ao teste do HIV do pré-natal, que deu negativo. Quando a criança estava com um ano e meio, Ana voltou para o Paraná, e começou a namorar Paulo. A história se repetiu: logo foram morar juntos e, em pouco tempo, ele começou a agredi-la e a apresentar ciúme exacerbado. Ela engravidou novamente, mas, três meses depois, se separaram — contudo, continuaram morando juntos, por causa da gestação. Devido à gravidez, pediram a ela que fizesse novamente a testagem para o HIV, e ela tirou sangue para o exame, mas “*o médico falou: ‘Ana, o frasco que estava com o seu sangue quebrou, será que dava pra você tirar sangue de novo?’*. [...] e, como eu tava trabalhando na época, eu acabei não tendo tempo de ir tirar o sangue pro terceiro

exame”. O terceiro teste foi realizado quando foi ter o bebê, e o resultado só veio quando ela estava na mesa de parto:

Aí chegou o dia do neném nascer e eu tava no hospital, já com as contrações, e o médico do hospital fez aquele teste rápido. Eu fiz e, depois de um tempo, o médico voltou. Eu lembro que eu estava num quarto com mais quatro mulheres, e ele foi perto da minha cama e fechou a cortina — isolou a cama, né? Eu lembro que eu estava com uma dor horrível, mas, aí, ele me disse: ‘Ana, nós fizemos o teste rápido do HIV e deu positivo’. Nossa! parece que meu chão saiu: eu com dor, prestes a ter um filho e sabendo ali do HIV? Aí o médico disse: ‘Então, agora a gente vai ter que colocar um remédio...’ — no meu soro, pra tentar prevenir que meu filho não nascesse com o HIV’. Eu lembro que foi a maior correria. Nossa! eu levei um choque, eu só pensava: ‘Não, isso não está acontecendo, isso é mentira’. Aí, já veio um monte de médico, aquela correria terrível, e eu pensei: ‘Nossa! acho que eu tou morrendo já’. Aí o médico disse que eu tinha que segurar o bebê pelo menos uma hora, pra fazer efeito a medicação, mas eu estava tão nervosa que não deu nem pra segurar; não deu dez minutos, o neném nasceu. Aí, a ficha não caía direito, e tinha milhares de pensamentos na minha cabeça. Eu pensava: ‘Será que o neném vai ter?’. E eu pensava na minha outra filha, a segunda, mas, como eu não entendi nada do HIV, eu pensava: ‘Putz! mas eu fiz o exame naquela época, e eu não tinha’. Aí, eu fui pro quarto e eles estavam me dando muita assistência, como se eu tivesse morrendo. Nossa! eu só pensava que eu ia morrer a qualquer momento.

Após o nascimento da criança (um menino), a equipe médica acolheu as dúvidas de Ana sobre a infecção e a tranqüilizou, explicando que ela não ia morrer logo, o que aponta que, atualmente, se verifica desmistificação da aids por equipes de saúde. Quando Ana voltou para a casa de Paulo, a família dele a acolheu com a certeza de que ela havia sido infectada durante o relacionamento com ele. Mas logo veio o resultado negativo de Paulo e, a partir daí, ele começou a maltratá-la. Queria tirar dela a criança e dizia que ela estava “*podre*”. Um dia, Ana se irritou e abriu um processo contra ele, por preconceito e danos morais.

Quando já fazia dois meses que sabia de sua infecção, ela foi a uma consulta no Cidi, e lá viu o cartaz de uma ONG convidando para um bate-papo sobre HIV. Ficou “*intrigada*” e resolveu aparecer numa reunião:

[...] Eu fui lá pra conhecer as pessoas, saber mais sobre a doença, sobre o que elas sentem; queria conhecer outras pessoas vivendo com o HIV, se elas sentiam dores. Eu queria, sabe? Essa era a minha curiosidade. Nossa! e foi muito legal. Quando eu cheguei, isso foi o que eu mais achei legal ainda: eu cheguei lá eu tinha descoberto o HIV fazia dois meses, e foi muito legal contar como foi e não sentir que as pessoas estavam me olhando de forma estranha ou assustada, ou que as pessoas estavam me condenando. Nossa! a sensação foi maravilhosa. Eu lembro que eu saí dali me sentindo bem leve. E eu tou lá até hoje, comecei a freqüentar mesmo. Aí, depois eu fui num encontro de pessoas vivendo com HIV, em Curitiba. Foi muito legal, eu aprendi um monte de coisas. Tinha gente vivendo com HIV de tudo quanto é

lugar. Nossa! foi ótimo. Eu conheci a [...], conversei com ela, aprendi coisas novas; conheci um monte de mulheres que lutam há um tempão por direitos. Foi legal, eu gostei. Aí eu fui descobrindo que ter aids não é um bicho de sete cabeças, não; ter aids é ter uma doença: se você não se cuidar, você vai.

A participação nos encontros dos grupos de pessoas HIV⁺ despertou o seu interesse em militar no auxílio a essas pessoas e no combate à discriminação que sofrem. Sobre a sua militância, disse:

[...] Eu sou meio louca, tenho dificuldade de ir com calma; eu tenho vontade de obrigar as pessoas a se assumirem, a enfrentarem o preconceito, e não é assim, né? Esses dias eu fui no Cidi, e, aí, eu conheci uma menina linda, linda, linda, pensa uma menina linda mesmo, e ela tava lá, num cantinho, igualzinha eu muitas vezes na minha vida. Parece que eu me vi lá. Aí eu fiquei observando ela, vi que ela tava com o papel do Cidi na mão e que, então, provavelmente ela tinha o HIV. Eu tava louca pra conversar com ela, e eu fui me achegando, me achegando, e, aí, tinha uma menina do lado dela que tava conversando com ela, eu fui conversando com a menina e consegui chegar nela. Aí eu falei: ‘Ôu, a gente faz parte de um grupo que é bem legal’. Nossa! Flávia, a menina tava revoltadíssima, que nem eu era. Achava que ia morrer, ela dizia que só tava ali porque a mãe dela disse que era pra ela ir, mas que não adiantava porque ela ia morrer mesmo. Putz! eu fiquei morrendo de vontade de mostrar pra ela que não era nada daquilo, e a gente conversou um monte, eu dei várias informações pra ela que ela não tinha, ouvi a história dela; e ela saiu de lá melhor, e hoje a gente mantém contato. A menina tem a maior vergonha de se mostrar, acha que não é mais gente, e eu tou mostrando pra ela que não é assim. Isso é militância, não é? Eu não consegui levar ela no grupo da ONG, mas eu tou sempre entrando em contato com ela e ela está bem melhor. E, as perguntas que, lá atrás, eu queria ter feito pra alguém, ela me fez e eu respondi.

Durante a entrevista, ela contou que fazia dois dias que havia recebido o resultado do exame de HIV do filho, e que ele havia “negativado”¹⁹. Com isso, se sentia “*ainda mais animada pra viver*”. Sobre os seus planos para o futuro, disse que ainda esperava ter um grande amor — mas essa pessoa também tem que ser HIV⁺, “*pra que ele divida o que sente*” com ela, pois acha que só quem vivencia o HIV pode entendê-la.

Até o momento da entrevista, Ana não havia tido doenças oportunistas. Disse que se sentia bem, mas que gostaria de passar pela experiência de adoecer:

¹⁹ Segundo Knauth (1997, p.46): “Todos os bebês nascidos de mulheres HIV⁺ são também, pelo menos temporariamente, HIV⁺: a maioria dos testes atualmente disponíveis (ELISA, Western Blot, IF indireta) medem a presença de anticorpos no sangue, não a do vírus; assim, como a mãe transmite ao feto níveis extraordinariamente altos de anticorpos, testes aplicados ao bebê detectam, na verdade, os anticorpos maternos, que podem permanecer na corrente sanguínea do bebê por até 18 meses. Quando tiverem desaparecido após esse prazo, se o bebê não estiver infectado não produzirá os seus próprios anticorpos e passará de sorologicamente positivo a negativo, daí se dizer que ‘negativou’”.

[...] eu tenho vontade de ficar doente, de passar por essa prova, de ficar caída na cama, de ver o que vai acontecer comigo e com o meu corpo, você entendeu? Talvez pra provar pra mim mesmo que eu posso ser mais forte ainda, entendeu? Pra eu passar e vencer. Ah, sei lá, você não vai conseguir entender, sabe? É como se eu tivesse lá, de cama, e eu pensasse: 'Eu vou sair dessa; essa é só mais uma prova'. Eu tenho essa vontade, é incrível. Esquisito, né? Esses dias eu fiquei gripada, e eu pensei: 'Nossa! será que eu vou ficar doente?'. [risos] Eu queria saber como eu me sentiria. Talvez eu quero passar por isso pra sentir o HIV no meu corpo, né?, porque eu não sinto nada, mas, sei lá, eu não consigo muito entender isso que eu sinto. De repente, eu também quero ficar doente pra provar o amor de quem está em volta de mim, sabe assim? Pra realmente ver se as pessoas gostam de mim, porque, depois que eu descobri, a minha família me deu mais atenção. Não sei, mas eu acho que eu recebo mais atenção não é por causa da doença, não, é porque eu enfrento a doença; pelo jeito que eu vivo, pela alegria, pela disposição, sabe? Mas eu tenho esse desejo, tenho mesmo. Às vezes, eu penso: 'Quando será que eu vou ficar doente?'. Eu já ouvi um monte de gente dizendo que já caiu um monte de vezes, o Zé mesmo disse isso pra mim, e ele diz que toda vez que ele caiu ele levantou mais forte. Então eu quero passar por isso, é um desejo meu. Eu acho que você sabe de uma coisa se você passar por ela. Não adianta alguém me contar como é e o que dói, eu quero saber, eu quero passar, que quero saber na minha cabeça o que é.

Ana contou que a experiência da infecção pelo HIV transformou sua vida; antes se sentia constantemente deprimida, com vontade de morrer, e hoje está ansiosa pelas coisas que acha que ainda viverá e aprenderá:

[...] Eu tento viver uma vida o mais saudável possível [...]. A gente sempre tem medo da morte, né? Mas, depois do HIV, parece que eu não tenho tanto medo assim. Esses tempos eu fui atropelada de bicicleta, me arrebentei, e, quando eu acordei, eu pensei: 'Nossa! eu não morri; se eu não morri agora, eu não vou morrer mais [risos], tou viva!'. [risos] Antes eu não era assim, não. Até quando eu tentei o suicídio eu tinha medo de morrer, eu ficava pensando umas coisas ruins, mas, hoje, não. Eu quero viver bastante ainda, eu estou mais viva depois que eu peguei a aids. E quero viver também até meus filhos ficarem mais grandinhos.

1.4 A História de Sandra: “*eu tenho ódio da aids*”

Eu penso em ver o meu filho crescer. Essa semana mesmo ele comentou comigo que ele quer ter filho. Até esses dias atrás eu ficava chorando de imaginar que ele não ia poder ter filho; eu fico imaginando o quanto ele vai sofrer quando ele gostar de uma pessoa, quando ele tiver que contar pra essa pessoa que ele tem aids. (Sandra)

Sandra tem 31 anos, descobriu sua sorologia há dezenove e é membro de uma ONG/aids há aproximadamente doze. Casada pela segunda vez, é mãe de Pedro, de doze anos, e, antes dele, perdeu um filho ainda durante a gestação. Ela definiu sua cor como *branca* e sua classe social como “*média baixa*”.

Atualmente mora com o filho e o segundo marido, Marcos. Quando casou com o primeiro marido, Afonso, com quem namorou três anos, estava grávida. Na época, trabalhava como faxineira em um motel, e, quando já estava com quase nove meses de gravidez, resolveu, em um dia de folga, comprar “*coisinhas do bebê*”. À noite, percebeu que “*tinha andado naquele dia o dia inteiro e que o meu bebê não tinha mexido*”. Foi para o HU na manhã seguinte, onde foi constatado que a criança havia morrido:

O meu primeiro filho morreu na minha barriga. Quando eu tava no nono mês de gravidez, ele se enrolou no cordão umbilical e morreu enforcado, morreu faltando duas semanas pra ele nascer. Foi assim: eu trabalhava num motel, na época, como faxineira. No dia da minha folga, eu saí de casa pra ir comprar as coisas do bebê, e, na noite eu fui na casa da minha irmã, que também estava grávida. Meu cunhado começou a falar de gravidez, ele estava comentando que os bebês mexem na barriga; aí eu percebi que eu tinha andado naquele dia o dia inteiro e que o meu bebê não tinha mexido. Eu fui pra casa, deitei na cama, mexi pra um lado e pro outro e nada do bebê mexer — aí, eu comecei a chorar. Nessa época, meu marido trabalhava à noite; ele chegou duas da manhã e eu estava desesperada, disse a ele que o bebê não estava mexendo. Aí, eu esperei o dia amanhecer e contei pra minha sogra [...]. Ela se assustou e disse pra irmos direto pro HU. Quando cheguei lá, eu descobri que o bebê já estava morto há 24 horas. Foi um parto bem difícil, eu sofri um dia inteirinho: eu tive ele 11:45 da noite. Era um bebê lindo. Eu o enterrei no outro dia e continuei minha vida.

Durante o parto para tirar a criança, que ocorreu em março, “*o médico tirou um pouco do meu sangue*”, que foi levado para exame. Em outubro, sua irmã teve um filho no HU e o médico pediu a ela que dissesse para Sandra comparecer ao hospital. Sandra foi, e soube do diagnóstico positivo. O médico que lhe deu o resultado do exame o fez de maneira brusca; em seguida, outro médico veio falar com ela, este, bem mais humano:

[...] Naquela época tinha aquela coisa de estudantes participarem das consultas, e, aí, eu estava sentada numa cadeira, chegou o doutor e os alunos, e o doutor começou a me fazer umas perguntas: se eu era usuária de drogas, se eu tinha muitos parceiros. Eu não entendi nada. Eu disse a ele que eu não usava drogas, que eu era casada, que eu tinha um marido, e só. Aí, o médico olhou pra mim, apontou o dedo e disse que eu era portadora do vírus HIV, e eu, na época, nem sabia o que era isso. Eu até fiz um brincadeira com o médico e perguntei se o HIV era de comer. Aí, o médico virou as costas e ele e os estudantes saíram da sala. Eu fiquei lá, sozinha, e comecei a chorar, porque eu não estava entendendo nada, eu não sabia o que estava acontecendo. Aí apareceu outro médico, que disse: ‘Sandra, você sabe o que é o HIV? É o vírus que causa a aids’. Ele começou a me explicar. Disse que eu não ia morrer, que eu podia continuar com a vida normal, que eu podia trabalhar, namorar e o que mais eu quisesse; ‘A única coisa que vai mudar na sua vida é que, a partir de agora, em todas as suas relações sexuais você tem que usar preservativo’.

Ao voltar para casa, Sandra contou o diagnóstico para o marido, pois a equipe do HU havia solicitado que ele também fizesse o exame, “e ele tomou um susto”; quando saiu o resultado positivo do exame de Afonso, ele “se assustou na hora”, — mas, alguns anos depois, ela ficou sabendo, por uma funcionária do Cidi, que “ele já sabia” ser HIV⁺ desde a época em que namoravam. Quando soube da própria sorologia, Sandra não sentiu “nada em relação ao HIV”; quanto ao fato do marido tê-la infectado:

Eu não fiquei com raiva dele. Eu gostava muito dele, eu o amava bastante; eu não tive raiva dele em nenhum momento, nem mesmo quando a [...] me contou que ele já sabia. [...] Eu ia ficar com raiva dele pra quê? Então, eu não tive nenhum sentimento ruim dele, de raiva, de mágoa, nada assim. Eu continuei a minha vida normal, fazendo tudo o que eu fazia. [...] Eu nunca tive raiva do meu ex-marido, acho que ele não tem culpa.

Sandra “acha” que se sente culpada pela própria infecção: “acho que sim, porque não usava camisinha”. Mas argumenta: “na época, não tinha informação, não tinha essa de usar preservativo. Nunca passou pela minha cabeça usar preservativo: eu era casada. Pra que usar preservativo?”. Ela e Afonso iniciaram o acompanhamento no HU e, aproximadamente um ano depois, ele sofreu um acidente de trabalho (no trânsito), e “ficou quase que um paraplégico”, com danos cerebrais sérios.

Quando soube ser HIV⁺, Sandra contou apenas para uma amiga, pois tinha medo de que as pessoas a rejeitassem. Mas quando o marido sofreu o acidente, ele ficou internado num hospital onde um primo de Sandra era porteiro: “Ele ficou sabendo que meu marido era HIV⁺, e, aí, ele fez o favor de contar pra família inteira”. A família a acolheu sem discriminação e, mais que isso: “eu tive que viver com a ajuda da minha família; eles me apoiaram, eu fui morar [com o marido] com a minha mãe”. Quando lhe perguntei se ainda

tinha receio de que as pessoas soubessem de sua sorologia, respondeu: “*hoje não me interessa mais que as pessoas saibam, mas também eu não comento com ninguém; eu não gosto de falar sobre o assunto*”. Contou que tem medo de assumir publicamente a sorologia e prejudicar o filho:

[...] eu sempre fujo de falar sobre isso, acho que é receio de preconceito. Mas não é em relação a mim, é em relação ao Pedro — toda vez que eu ouço falar de aids eu lembro do meu filho, eu lembro que ele tá aí, que ele tem aids, que ele é uma criança, que eu acho que ele não merecia, então eu prefiro não falar de aids, não dar entrevistas pra jornais e TV. Eu tenho medo das pessoas terem preconceito com ele, tenho medo das pessoas pensarem que, se eu tenho, ele também deve ter. E ele não está nem aí. Por exemplo, se deu a hora dele tomar remédio, ele pega e toma, sem se preocupar com os outros. Eu tenho medo das pessoas pensarem: ‘Ah, se a mãe dele tem aids e ele vive tomando remédio, é porque ele também tem aids’. Então, sei lá, eu quero poupar meu filho. As pessoas podem falar o que quiserem de mim. Eu trabalho na ONG faz nove anos e nunca dei muitas entrevistas públicas. É uma coisa que eu não quero pra mim; não é que eu não quero assumir, mas é que eu tenho receio dos danos que isso pode causar pro meu filho.

Um ano depois do acidente, Afonso recebeu uma indenização. Ele viveu por mais cinco anos, e ela tinha que cuidar dele. Mas, três anos depois do acidente, Sandra conheceu Marcos, seu marido atual e pai de Pedro, que “*já sabia*” que ela era HIV⁺:

[...] ele já sabia, ele já tinha ouvido conversas no bairro, mas ele nunca me perguntou; mas eu não contei por ele. Acho que eu não levava a sério aquilo, pra mim era uma brincadeira. Eu morava com a minha mãe naquela época, e eu tinha muito trabalho, porque eu tinha que cuidar do meu marido. Várias noites eu passava em claro, trocando lençol de cama [...]. Então, eu achava que ele já sabia na época, por causa dos comentários do bairro. O Marcos ficava muito no bar, e tinha um cara, lá, que sabia que eu tinha o HIV, e eu passava de moto e o Marcos dizia que eu era gostosa; aí, eu ouvi, um dia, o Marcos falando que eu era gostosa e o cara respondeu pra ele que a tal gostosa tinha o bichinho da goiaba; ele respondeu que não tava nem aí com o bichinho da goiaba, ‘Ela é gostosa do mesmo jeito’.

Sobre o começo do seu relacionamento com Marcos, ela contou que:

[...] Um dia, eu estava dormindo à tarde e eu ouvi vozes do lado de fora, fui ver e encontrei minha mãe, minha irmã e meu atual marido pegando mandioca. Aí, ele me convidou pra ir com ele entregar mandioca pra irmã, e foi aí que a gente se conheceu. A gente começou a conversar, eu lembro que teve um dia que saiu ele, eu e a minha irmã, e a minha irmã agarrou ele e deu um beijo nele; aí, logo depois ele começou a dizer que queria me beijar, que queria ficar comigo, e eu disse não, porque ele já estava com a minha irmã. E ele respondeu que ela é que havia beijado ele, mas que o que ele queria mesmo era ficar comigo. Aí, um dia eu fui numa festa e ele também foi, a gente dançou um monte; na volta da festa, eu estava com meu sobrinho no meu colo; aí, eu levei um tombo e o Marcos é que me socorreu.

E a gente começou a ficar junto escondido, porque eu tinha marido e ele era bem mais novo que eu, e eu fiquei com medo das pessoas acharem ruim. Fiquei com medo do meu pai, que era muito rígido com essas coisas; aí, a gente começou a sair escondido.

No início, Sandra pensou que “só ia transar com ele de camisinha”, e demorou “uns três, quatro meses pra transar com ele”. Na primeira relação, num motel, “eu pedi pra ele usar camisinha, e ele respondeu que não chupava bala com papel. Eu falei pra ele, então, que eu não ia transar com ele, e ele colocou o preservativo, só que ele não conseguiu transar”. Mas continuaram saindo juntos, até o dia em que ele perguntou sobre o HIV:

[...] Eu não lembro direito o que aconteceu, que eu contei pra ele, acho que foi que ele perguntou se o Afonso tinha HIV, e eu respondi que sim; aí, ele perguntou se eu tinha, e eu menti pra ele que eu não tinha feito o exame e que eu não tinha coragem de fazer esse exame. Eu menti pra ele. Eu lembro que a gente estava sentado na frente da minha casa, e eu disse pra ele que eu tinha feito o exame e que tinha dado positivo. Na hora ele ficou tranqüilo e continuou comigo; aí, depois de uns dias a gente foi transar e, na hora de penetrar, ele saiu correndo. Eu fiquei pirando, pensei que era por causa do HIV, que ele não ia mais voltar. Passou três dias e ele veio atrás de mim; ele me chamou e disse que não se importava com a minha patologia, que ele me amava e que ele ia cuidar de mim pelo resto da minha vida. Eu nem perguntei pra ele por que ele tinha fugido.

Os dois continuaram o relacionamento e ele decidiu que não usaria preservativo. Ela aceitou, pois “a escolha era dele”:

Então nós continuamos tentando usar camisinha, mas ele sempre ficava nervoso e arrancava o preservativo, e ele decidiu que não ia usar mais. Eu achei que a escolha era dele. E essa é a escolha dele até hoje, mas isso vem me preocupando tanto ultimamente, porque ele até hoje não usa a camisinha, e eu não consigo falar de camisinha com ele. Aliás, eu não consigo conversar com ele sobre aids, parece que sempre que surge algo relacionado a esse tema ele foge.

Sandra colocou que se preocupa com Marcos, que tem receio de infectá-lo e, principalmente, tem medo que isso aconteça e as pessoas a culpem: “Sei lá, eu imagino que as pessoas acham que nós usamos camisinha, e eu acho que se um dia ele aparecer com um resultado positivo, as pessoas podem ficar com raiva de mim, achar que eu sou uma filha da puta, que infectei ele”. Logo que começaram a se relacionar, ela engravidou. Ficou apavorada, pois seu primeiro marido estava vivo e ela temia a reação das pessoas: “Eu fiquei desesperada. Foi muito ruim, porque tudo o que eu queria era ter um filho, mas não nessas condições. Fiquei com medo, com muito medo”. Também tinha medo de que o filho nascesse doente:

[...] ‘Nossa!, eu vou ter um filho com aids?’. Nessa época eu tinha mais informação, eu sabia que existia o preconceito, dos remédios, que eu podia morrer; eu não tinha a noção de que eu podia viver dezoito anos com aids; eu achava que eu ia morrer de uma hora pra outra. Nessa época eu vivia com muito medo: medo das pessoas, medo de morrer.

Ela tentou o aborto algumas vezes; em uma delas, passou mal e foi para o hospital:

[...] Eu passei mal, fui pro hospital e contei pro médico tudo o que tinha acontecido. Ele disse pra eu fazer um ultra-som, aí ele viu que eu não tinha perdido o bebê, que ainda havia tempo de segurar o bebê. Eu fiquei internada, aí a família dele toda descobriu. [...] E a família dele mostrou que era super preconceituosa: eles não pegam mais na mão do Marcos, não conversam com ele como conversavam; quando ele reencontra parentes antigos, eles não conversam com ele. Eles continuam, ainda hoje, com preconceito com ele.

A família de Sandra também descobriu que ela estava grávida, mas Afonso só soube quando ela estava com sete meses de gestação. Como “*ele tinha perdido uma visão, e, também, ele tava meio perturbado com o traumatismo: tinha dia que ele tava lúcido, tinha dia que ele não tava*”, ela conseguiu esconder as mudanças do seu corpo. Ela mesma contou a ele, quando “*tava com sete meses: ele estava internado, eu fui visitar ele [...] aí eu contei*”. Afonso faleceu vinte dias após o nascimento de Pedro. Ela relatou que, desde o nascimento do filho, sente muito medo de que algo aconteça a ele, e acredita que, por ter tentado abortar, Deus possa castigá-la:

[...] Eu lembro que, quando eu ganhei o Pedro, que eu saí do hospital, eu parei na entrada do hospital com o Pedro no colo e disse pra Deus: ‘Ele está aqui e ele é seu. Seja feita a sua vontade’ [chora]. E, aos três meses, o Pedro teve uma pneumonia, e eu briguei muito com Deus: que ele não podia levar meu filho, que ele não podia levar. E eu sei que o Pedro é dele, mas eu não consigo, sabe? Toda vez que o Pedro fica doente, eu acho que Deus vai tirar ele de mim. Então, esse medo eu não consigo abandonar; eu não consigo trabalhar com esse medo, esse medo atrapalha minha vida inteira, tudo, tudo. Meu medo de perder ele é muito grande [chora]. Se eu perder o Pedro, eu não sei o que vai ser da minha vida, mas, também, eu tenho medo de deixar ele e as pessoas não cuidarem dele como eu cuido, eu acho que ele vai sofrer muito. Eu posso estar sendo egoísta, mas eu não sei.

Sandra não tem certeza, mas acredita que Pedro teve pneumonia aos três meses porque sua mãe deu feijoada a ele. Como “*ele teve uma [doença] oportunista, não negativou [...]. Hoje ele é uma criança com o HIV*”. Na hora que soube da confirmação da sorologia de Pedro

[...] eu não consegui pensar direito, eu só pensava que eu ia cuidar, cuidar, cuidar pra que ele não ficasse mais doente, tanto que eu protejo muito ele

até hoje, quer dizer, tento proteger; eu cuido dele, eu tento evitar que ele fique doente, eu não deixo ele chupar sorvete, essas coisas. Eu fico regulando, sabe? pra ele não ficar doente. Eu não deixo tomar chuva, friagem, tou sempre querendo [proteger], sabe? Eu protejo muito ele, eu tou sempre querendo proteger, e eu sei que isso é um exagero, né? Você acha que ele não pode tomar um banho de chuva? Ele pode, né? mas eu não quero abrir, com medo dele querer, toda vez que tiver chuva, tomar chuva, sabe? Eu tenho medo de fazer mal, sabe? Essas coisas da minha cabeça.

Quando ele ficou doente, ela estava internada: *“eu acho que era uma depressão pós-parto, porque eu fiquei internada uma semana, e eu fiz exame de tudo e eu não tinha nada. [...] eu tinha medo de ficar com o Pedro, eu ficava apavorada; eu tinha medo de ficar sozinha com ele, eu chorava muito, eu gritava. Eu parecia uma louca”*.

Marcos foi morar com Sandra dois anos depois do nascimento de Pedro, em uma casa que ela havia comprado com o dinheiro da indenização de Afonso. *“Seis meses depois teve um briga super feia, e ele foi embora”*, e eles tinham encontros esporádicos, aos quais ela se referiu como sexuais. Na época da entrevista, fazia um ano que Marcos havia voltado para a casa dela.

Quando estava grávida de Pedro, conheceu e começou a freqüentar um grupo de pessoas HIV⁺, que se reunia para falar sobre a doença e fazer cursos (*“artesanato, arranjo de flores, bonecos, pintar”*). Nessa época havia uma ONG/aids em Londrina, formada por militantes (não necessariamente soropositivos), e, como o grupo *“não tinha como se sustentar”*, eles decidiram se juntar com essa ONG, na qual Sandra começou a trabalhar:

[...] Aí eu já não era mais assistida, né? Eu lembro que a gente levantava todas as sextas-feiras de madrugada e ia pro Ceasa buscar frutas e verduras, aí a gente limpava tudo aquilo, fazia doce, compota, e, aí, as pessoas iam buscar. Era gostoso, sabe? Era cansativo, mas era gostoso; a gente doava essa comida pras pessoas vivendo com HIV. Na ONG aprendi os meus direitos e o que eu não tenho direito; tudo o que eu sei hoje eu aprendi dentro da ONG, e é isso.

Ela acredita que a sua participação na instituição lhe deu outra perspectiva de vida:

[...] quando o meu primeiro marido morreu [...] eu trabalhava de doméstica. Nessa época, eu só participava da ONG, eu não recebia nada. Foi muito bom entrar na ONG. Como eu já te falei, todo mundo que estava lá tinha o HIV, eu estava, então, convivendo com eles, aprendendo coisas diferentes: a fazer artesanato, arranjo de flores, bonecos, pintar, eu estava aprendendo a conversar, a falar de aids. Eu lembro que a gente fez a passeata, que foi quando a gente conseguiu o remédio, e foi quando eu comecei a tomar o remédio. Aí eu fui me inteirando, obtendo mais informação, sabendo sobre o HIV e a aids, e, aí, foi indo e eu tou aqui.

Ela não soube responder sobre o que a levou a se inserir na ONG, mas lembrava que, na época, contribuiu na luta pela medicação gratuita na cidade. Com relação a sua adesão ao tratamento, contou que

[...] depois que surgiu a medicação, eu comecei a tomá-la, e eu faço tudo certinho, tenho uma super adesão à medicação, pena que ela não adere em mim. [...] a medicação não dá certo comigo, eu tou na minha quinta terapia. Desde que eu comecei, eu já queimei todas, e meus exames nunca são bons: meu CD4 é 166 e a minha carga viral é de 35 mil; eu nunca tive uma carga viral indetectável, nunca tive CD4 maior que 300. Mas a minha adesão ao tratamento é super boa, eu nunca tive problema nenhum, nenhum mesmo, em tomar a medicação, nunca nenhum dos remédios me fez mal, eu sempre tomei numa boa. Mas parece que eles não fazem efeito.

Sandra reclamou dos efeitos da medicação em seu organismo e, principalmente, da lipodistrofia:

Isso [a lipodistrofia] acaba comigo, sabe? Eu não me olho quase no espelho, eu não olho porque eu vou ter que ver coisas que eu não quero ver, então eu só vou na frente do espelho, penteio meu cabelo rapidinho e saio; eu nunca paro e realmente me olho, nunca olho pra aquilo que a aids me trouxe. Mas eu sei o quanto ela me transformou. Às vezes eu me sinto um monstro, sabe assim? Ela me transformou muito, transformou o meu corpo, então, assim, eu tenho raiva da aids, eu tenho ódio da aids, eu penso que se eu não tivesse aids eu não era assim, eu penso que se eu não tivesse aids o meu filho não tinha aids, se eu não tivesse aids o Marcos não ia ficar largando de mim, sabe? Tudo isso eu penso, sabe?

Quanto às suas expectativas para o futuro, estas estão relacionadas ao filho:

[...] a minha perspectiva é de que eu quero viver muito ainda, que eu quero ver meu filho crescer, quero ver meu filho se formar. Não sei se na faculdade, mas que pelo menos ele tenha o segundo grau, sabe? Eu vou fazer o possível pra que ele vá até onde eu puder ajudar ele. Ah, eu não sei se eu quero ter neto, eu não penso nisso. Ah, quero continuar trabalhando, quero ter saúde pra trabalhar, quero dar coisas pro meu filho, dar coisas que eu nunca tive e que eu quero que ele tenha. Quero ver se eu consigo manter meu casamento. Eu tou tentando mudar, sabe? Eu tou tentando não brigar com o Marcos, porque eu sei o quanto isso faz mal pro Pedro.

Capítulo 2

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORPO FEMININO

2.1 Do Sexo Único à Diferença Sexual: Uma Perspectiva Histórica e de Gênero

Na história da civilização ocidental, as questões relacionadas ao corpo e à sexualidade estiveram, por muito tempo, na pauta das discussões religiosas e da filosofia moral, tornando-se, a partir do século XIX, com a sistematização do pensamento científico clássico (pautado em leis gerais, experimentação, observação e mensuração), objeto de estudo de especialistas, médicos e psicólogos. Foucault (1988), Laqueur (2001) e Weeks (2001) são referências importantes de autores que desenvolveram estudos sobre as perspectivas históricas de construção do conceito de sexualidade, pois analisaram as complexidades de relações e fatos que colocam a diferença anatômica entre os sexos e as práticas sexuais como questões centrais em nossa sociedade. Como existem diferentes discursos (históricos, culturais, sociais, científicos, de gênero, etc.) que atravessam a construção dos conceitos de sexualidade, é importante analisar quais elementos incitam a relevância de um discurso sobre a sexualidade, quais as suas finalidades e conseqüências. Conforme Weeks (2001, p.40),

[...] a sexualidade é, na verdade, uma ‘construção social’, uma invenção histórica, a qual, naturalmente, tem base nas possibilidades do corpo: o sentido e o peso que lhe atribuímos são, entretanto, modelados em situações sociais concretas. Isso tem profundas implicações para nossa compreensão do corpo, do sexo e da sexualidade.

A perspectiva da diferença anatômica entre os sexos é um acontecimento científico do final do século XVIII e início do XIX. Antes, a sociedade era regida pelo “paradigma do sexo único”, regulado pelo modelo masculino e marcado pela evidente hierarquia de poder e dominação entre os sexos, sendo a sexualidade feminina historicamente definida em relação à masculina. Segundo Laqueur (2001, p.16), “durante milhares de anos acreditou-se que as mulheres tinham a mesma genitália que os homens”, mas que o órgão sexual feminino estava no interior do corpo; as mulheres “só diferiam dos homens por serem machos menos perfeitos” (BOZON, 2004, p.36). A vagina, sequer nomeada, era vista como um pênis interno: os lábios como o prepúcio, o útero como o escroto e os ovários como os testículos. No século II d.C., Galeno, que citava as dissecações de Herófilo (anatomista de Alexandria do século III

a.C.), afirmava que a mulher tinha testículos com canais seminais muito semelhantes aos do homem, um de cada lado do útero, com a diferença de que não seriam contidos no escroto (LAQUEUR, 2001, p.16).

A projeção do pênis para fora era interpretada como expressão de luminosidade e potencialidade, características consideradas inerentes ao homem, e a presença de *humores quentes* (sêmen), provenientes da ejaculação, era evidência da materialidade do princípio divino, fundamental ao processo de reprodução da espécie humana. A inclusão da genitália feminina no interior do corpo e a ausência de ejaculação “evidenciavam”, na mulher, obscuridade, passividade, inferioridade e falta de condições reais (físicas) para a concepção de uma humanidade regida pelos princípios de Deus. Segundo Birman (2001, p.39), a invaginação dos diversos elementos da genitália feminina era compreendida como conseqüência da falta de *humores quentes* na circulação hormonal no corpo das mulheres, o que caracterizava sua inferioridade em uma escala de perfeição.

A idéia de um “sexo invertido” operou no sentido de estabelecer um lugar de inferioridade associada à representação do feminino (BOZON, 2004, p.21) — e havia a ameaça de uma “inversão de papéis”, caso “um homem livre se comportasse de maneira ‘débil’ ou se deixasse tratar como um jovem, um escravo ou uma mulher, ou seja, como inferior: aquele que se deixasse penetrar, que realizasse uma felação, uma cunilíngua ou se deixasse cavalgar por uma mulher era um ‘impudico’” (BOZON, 2004, p.26). Assim, “ser homem ou ser mulher era possuir um papel social, assumir um papel cultural, e não apenas ter um corpo diferente. Se não tivesse um comportamento adequado, um homem corria o risco de se afeminar” (BOZON, 2004, p.36).

Segundo Bellini (2003, p.32), o sistema de Aristóteles (século IV a.C.) é um bom exemplo dessa perspectiva de compreensão do corpo e da posição de homens e mulheres, pois “postula que, entre os animais, o macho é aquele capaz de gerar no outro”, e que o sexo do “novo ser, na geração, é determinado, no momento da concepção, unicamente pelo sêmen do macho”; e “a fêmea é caracterizada pela falta, é passiva, nela predominando humores frios e úmidos”. Já Galeno acreditava que “o sêmen feminino influi na forma e na matéria do embrião, porém esse sêmen é mais frio e menos ativo do que o do macho” (Bellini, 2003, p.32). O homem, portanto, é tomado como referência da “perfeição, como já dissera Aristóteles ao aproximá-lo do divino”, e a mulher representava a escuridão, a imperfeição e a não-verdade (BIRMAN, 2001, p.40). Mulheres e homens “eram classificados conforme seu grau de perfeição metafísica, seu calor vital, ao longo de um eixo cuja causa final era masculina” (LAQUEUR, 2001, p.17).

Nos pressupostos das matrizes lógicas naturalistas, homens e mulheres viriam à terra para desenvolver funções e papéis sociais distintos: aos machos era destinada a transmissão da divindade à humanidade, pois eram os “únicos” que possuíam condições físicas de instaurar uma vida proveniente e inscrita no campo de Deus; a mulher se apresentava como o receptáculo material que receberia a marca do divino. A representação dos corpos masculino e feminino era a atividade e a passividade, respectivamente (BOZON, 2004, p.21).

Castro (1603 apud BELLINI, 2003, p.33) diz que os “doutores do Renascimento acreditavam que características físicas da mulher eram a causa dos [seus] atributos psicológicos” — nela, como já foi dito, dizia-se que predominavam *humores frios*, e que estes eram determinantes na constituição das suas operações mentais; a “*physis* e a *psyche* eram consideradas parte da mesma ordem”. As mulheres teriam maior capacidade para a imaginação e a inconsistência, e capacidade de enganar, porque seus *humores* corporais, *úmidos e frios*, seriam passíveis de metamorfose. Na perspectiva de uma sociedade regida pelo paradigma do sexo único e verdadeiro, acreditava-se que o sexo invertido feminino poderia se transformar no sexo masculino caso houvesse *humor quente* suficiente no corpo de uma mulher para expulsar a sua genitália para fora, transformando a passividade em atividade e a obscuridade em luz (BIRMAN, 2001, p.40). No entanto, o inverso seria impossível, a genitália masculina não poderia se inverter — jamais a “perfeição” se tornaria “imperfeição”.

Os livros de anatomia existentes até o século XVII são exemplos da nítida hierarquia entre os sexos e da lei que regia a ordem social, pois o corpo masculino, tomado como o representante da perfeição, era o corpo referência dos estudos filosóficos e científicos (BIRMAN, 2001, p.41). Contudo, Bellini (2003, p.30-31) aponta que, nos séculos XVI e XVII, houve “um número significativo de tratados centralmente dedicados ao corpo feminino”, o que era “indicativo de um maior interesse, por parte dos médicos, de compreender as particularidades desse corpo”.

No início do século XVII surgiram os primeiros atlas anatômicos que apontavam as diferenças morfológicas entre homens e mulheres, marcando o início de uma nova leitura e de uma nova concepção da relação entre os sexos (BIRMAN, 2001). Através de contestações da ciência da época sobre a impossibilidade de reversibilidade dos sexos, consolidou-se, progressivamente, durante o século XVIII e no início do XIX, uma teoria natural sobre as diferenças anatômicas entre homens e mulheres. Nessa perspectiva, ser considerado “menino” ou “menina” não dependia mais de ordens celestiais, e sim de traços anatômicos evidentes no organismo, instaurando uma ontologia da diferença sexual, “o ‘modelo de dois sexos’” que prevalece até hoje (BOZON, 2004, p.35).

Muitos acontecimentos dos séculos XVIII e XIX contribuíram para essas mudanças ontológicas, produzindo uma série de discursos e práticas que estabeleciam uma nova leitura da realidade e um novo modelo de homem e de mulher — “sujeitos da modernidade” —, que se fundam na consolidação do sujeito do *conhecimento cartesiano*, com o foco na produção e sistematização científica e racional do conhecimento, fazendo emergir, na Idade Moderna, um pensamento mecanicista, fundamentado na observação, causalidade, previsibilidade, mensuração, controle e estabelecimento de leis gerais (FIGUEIREDO, 2007). O século XVIII instaurou o nascimento da modernidade que, para Outeiral (2003, p.98),

[...] representada, por exemplo, pelo ideário da Revolução Francesa [...] — liberdade, igualdade e fraternidade — propiciou o surgimento da Revolução Industrial, a noção do Estado Nacional, o respeito pelo cidadão e pelas leis constitucionais, uma ênfase sobre a ‘razão’ e no conhecimento científico, o estabelecimento da ‘família burguesa’ [...].

A biologia nasceu nesse contexto político de surgimento e consolidação do pensamento científico clássico (ciências naturais) do século XIX e, através dela, as diferenças anatômicas entre os sexos foram concebidas como caracteres sexuais ditos primários e secundários, e também por diferenças hormonais (BIRMAN, 2001). Segundo Bozon (2004, p.37), “a diferença sexual, agora de espécie e não mais de grau, aparece solidamente ancorada na natureza, tanto nos caracteres visíveis dos corpos (a estrutura do esqueleto, por exemplo) quanto em seus elementos microscópicos”.

Acreditava-se também que as faculdades morais e psíquicas eram determinadas pela dimensão biológica, ou seja, a anormalidade seria expressa pela desarmonia entre os “registros somático e moral, inicialmente, e entre os registros hormonal, cromossômico e moral, posteriormente” (BIRMAN, 2001, p.44). Todas as anomalias e patologias psíquicas (campo de estudos sistematizado como disciplina emergente da sexologia durante o século XIX) passaram a ser compreendidas como reflexos da falta de sintonia entre esses registros, sendo, portanto, consideradas “anti-naturezas e monstruosidades” (BIRMAN, 2001, p.45). O fato, por exemplo, de que certas individualidades pudessem apresentar características psíquicas em discordância e desarmonia com o sexo anatômico passou a ser considerado uma forma de degeneração²⁰ da espécie.

²⁰ No século XIX, “Oliveira entendia a degeneração psíquica como ‘uma desordem dos centros nervosos superiores, órgãos especiaes da mentalidade, desordens estas que produzem perturbações taes no pensamento, sentimentos e açções que tornam os individuos pouco aptos às relações ordinarias da vida” (PAVÃO, 2008; citando OLIVEIRA, 1891).

Todas essas constatações e “verdades” científicas possibilitaram a mudança do paradigma do sexo único para o da diferença sexual, contudo é importante ampliar o debate sobre a complexidade de discursos e condições históricas que possibilitaram essa transformação, pois não só o sexo masculino e o feminino foram concebidos como diferentes, mas homens e mulheres foram tomados “como diferentes em todo aspecto concebível do corpo e da alma, em todo aspecto físico e moral” (LAQUEUR, 2001, p.17).

A visão dominante no século XVIII, da diferença anatômica entre dois sexos, acarretou mudanças no acesso de homens e mulheres à vida política, econômica, cultural e na definição de papéis sociais distintos (LAQUEUR, 2001, p.18); tais diferenças delinearão as possibilidades e finalidades sociais de cada sexo. O contexto para a articulação da concepção da diferença sexual entre homens e mulheres não era, segundo Laqueur (2001), reflexo dos avanços nos conhecimentos científicos; era político, atravessado por conflitos e lutas pelo poder e por posições na esfera pública.

Eventos como a Revolução Francesa, em 1789, cenário de uma reforma política e ideológica nas relações sociais, e o surgimento e a consolidação das ciências humanas atravessaram os processos de “construção” do indivíduo moderno, pautados na interioridade, na individualidade e, principalmente, na norma. As demandas dirigidas a esse sujeito esperavam que ele “funcionasse” de acordo com as necessidades do nascente sistema político e econômico capitalista e de seu modo de produção. No século XVIII, o controle e o poder sobre os indivíduos não se restringiam, mais, à ação e ao poderio do Estado absolutista sobre os corpos, mas articulava-se em práticas, instituições e saberes, constituindo-se em uma forma de poder que Foucault (1983 apud AMARANTE; TORRES, 2001, p.74) denominou “poder disciplinar”, que estabelece a idéia de corpo como máquina, assegurado por procedimentos de “adestramento” na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e “docilidade” e na sua integração a sistemas de controle econômico eficazes (FOUCAULT, 1988, p.151).

Foucault (1988) diz que a nossa sociedade transpôs o “umbral da modernidade biológica” na passagem do século XVIII para o XIX, exatamente por serem os corpos (indivíduos) e a espécie humana o foco das estratégias políticas do poder disciplinar, que se deu através do controle biológico (natalidade, mortalidade, práticas sexuais, etc.) da população, respaldado pela produção de um discurso científico que denomina de “biopoder”. O investimento estratégico conferido à ordem da vida pela sociedade oitocentista e pela

modernidade possibilitou que o biopoder e a bio-história²¹ se constituíssem, enfim, no registro das práticas sociais (BIRMAN, 2001, p.61).

Assim, o controle dos corpos já não se efetivava através de paradigmas religiosos e discursos sobre a divindade de homens e mulheres, e sim por discursos de finalidades biológicas, que diferenciavam e classificavam o corpo dos machos e das fêmeas em “verdades” científicas. Nessa perspectiva, o poder se articulou numa anátomo-política do corpo, na sua disciplinarização, e os seus objetivos principais eram o fortalecimento do Estado nacional, a afirmação da nascente burguesia e a formação de um dispositivo médico-jurídico que legitimou a medicalização e normalização da população (FOUCAULT, 1988). O biopoder, como diz Foucault (1988, p.153), “foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”.

Na modernidade, portanto, começou a se configurar uma série de discursos que apregoavam que a riqueza das nações estaria justamente na riqueza de seu capital humano, na qualidade de sua população, daí a introdução da escolaridade obrigatória nas nações européias e a gerência sanitária do espaço social pelo Estado. Uma das grandes estratégias de consolidação do poder e da disciplinarização dos corpos, articuladas a partir do século XVIII, foi a construção de uma nova perspectiva de olhar sobre o coletivo, que acarretou a constituição da noção de “população” como problema econômico e político (população mão-de-obra, população riqueza e população em equilíbrio). Os governos se atinham ao fato de que havia uma população a ser governada, e não simplesmente sujeitos, e era preciso ter o controle dos fenômenos próprios da população e suas variáveis, como o controle da morbidade, esperança de vida, estado de saúde, incidência das doenças, formas de alimentação, hábitat e, principalmente, da fecundidade e dos índices de natalidade.

Segundo Thébaud (2003, p.199), durante grande parte do século XIX, o Estado e suas elites mantinham postura de relativa indiferença quanto aos índices demográficos da população, mas no final desse século teve início a concepção de que a potência de um país se mede pelo seu número de habitantes, o que incentivou a implementação de uma política

²¹ Segundo Birman (2001, p.60), “o biopoder foi a condição concreta de possibilidade para a constituição daquilo que Foucault também denominou de *bio-história*. Vale dizer, pela nova modalidade de poder então atribuída à ordem da vida, e não apenas à da morte, construiu-se uma modalidade original de história centrada em suas vicissitudes. É bom ressaltar não se tratar apenas, na leitura de Foucault, de uma narrativa da história produzida pela imposição formal atribuída à categoria de vida pelos historiadores, mas de uma história concreta costurada pelas regulações políticas e sociais então atribuídas à ordem da vida na aurora do século XIX”.

natalista focada no corpo feminino. O século XX, na França, por exemplo, foi “marcado por uma verdadeira obsessão demográfica” (THÉBAUD, 2003, p.199) e, nessa conjuntura, as mulheres estariam destinadas ao papel político e social fundamental da maternidade (BADINTER, 1985; BIRMAN, 2001). Nas palavras de Thébaud (2003, p.200):

‘É preciso fazer nascer’, dizem as associações natalistas. Parece-me que essa tentativa de coação física é um elemento essencial do que denominei, para caracterizar a primeira metade do século XX, ‘a nacionalização das mulheres’. Nacionalizar as mulheres não é simplesmente mobilizá-las a serviço da pátria durante as guerras, é também pedir-lhes que paguem em filhos, o que alguns chamam de ‘tributos de sangue’, é nacionalizar-lhes o corpo.

Entre as razões que buscam explicar a imposição de uma política natalista nesse período, resalta-se, primeiramente, a queda demográfica na Europa, evidente no final do século XIX. A França, país mais populoso desse continente no fim do século XVIII, com 26 milhões de habitantes, “foi o primeiro país a restringir os nascimentos [...] e tal restrição se acelera no último terço do século XIX”. Isso, aliado a um contexto de mortalidade elevada, trouxe como consequência um fraco crescimento demográfico e a estagnação da população francesa “em torno de 40 milhões de habitantes durante toda a primeira metade do século XIX” (THÉBAUD, 2003, p.201). A Primeira Guerra Mundial (1914–1918) também é um acontecimento a ser problematizado na conjuntura francesa (e de toda a Europa), pois fez “cerca de um milhão e meio de vítimas militares, ou seja, mais de 10% da população masculina ativa, algumas centenas de milhares de civis e um déficit de nascimentos” (THÉBAUD, 2003, p.201). Essa conjuntura levou o poder público a implantar uma política demográfica.

Desde o final do século XIX, havia, na França, um movimento natalista, a Aliança Nacional pelo Crescimento da População Francesa, que incentivava a implementação de uma política natalista, defendia e homenageava as expressões de famílias numerosas e denunciava o “egoísmo” e o “individualismo” (considerados consequências da Revolução Francesa) como as causas morais do declínio demográfico da população (THÉBAUD, 2003, p.202). Com o apoio de instituições como o exército, a Igreja e as escolas, os natalistas elaboravam programas que colocavam a maternidade como dever da mulher e reivindicavam medidas repressivas contra as práticas contraceptivas e o aborto.

Para incitar o aumento do número de nascimentos, o Estado francês iniciou, a partir de 1920, a perseguição a práticas contraceptivas e criminalizou os “aborteiros”²², com reclusão de cinco anos para os que ajudavam a realizar os abortos e de seis para as mulheres que se submetiam a ele. Na França, assim como em outros países, durante várias décadas a falta de nascimentos foi tida como “‘flagelo social’, do mesmo modo que a tuberculose, as doenças venéreas, o alcoolismo e o cortiço” (THÉBAUD, 2003, p.207). Dessa forma, desenvolver uma política que incentivasse o aumento demográfico era legitimar o cuidado com os filhos e as mães, o controle sobre eles, uma política de saúde reprodutiva voltada para mulheres e a idéia de um “instinto materno”²³.

2.2 A Maternidade é o Destino: Estratégias do Biopoder

O século XX é caracterizado por um modelo reprodutivo; o seu foco, como apontam Foucault (1988) e Laqueur (2001), era o controle social dos homens e das mulheres, “tentativa de regulação” dos corpos e constituição de discursos e subjetividades sintonizados com a política de bem-estar e aumento demográfico da população. Nessa perspectiva de governabilidade e controle dos corpos, o sexo se tornou uma questão central, que atravessava dimensões políticas e econômicas, pois, pelo controle da sexualidade é que seria possível analisar as questões específicas da natalidade, a idade “correta” para os casamentos, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a “precocidade” e frequência das relações sexuais, os efeitos do celibato e a incidência das práticas contraceptivas. As questões da sexualidade se tornaram objeto de intervenção do Estado sobre o indivíduo, e foi construída toda uma teia de discursos, saberes, análises, incitações e interdições (FOUCAULT, 1988).

Esse momento se caracteriza como peculiar na história da sociedade ocidental, pois havia muito tempo se pronunciava o discurso de que para um país ser rico ele precisava ser populoso, afinal viviam-se anos de extermínio das populações por conta de pestes, doenças transmissíveis e guerras. É na modernidade que a sociedade afirma que seu futuro e sua

²² Uma lei promulgada em 31 de julho de 1920 pelo governo francês reprimia toda a provocação direta ou indireta do aborto, assim como toda e qualquer informação sobre a contracepção. Uma outra lei, de 27 de março de 1923, modificou o artigo 317 do Código Penal, que fazia do aborto um crime de alçada dos tribunais criminais, nos quais os jurados populares se mostravam compreensivos e absolviam com frequência (THÉBAUD, 2003, p.205).

²³ No item 2.4 analiso a preocupação da medicina, no Brasil, com a saúde reprodutiva da mulher e com a demarcação de traços distintivos entre ela e o homem.

riqueza estão ligados às regras de casamento e à organização familiar, bem como à maneira como cada indivíduo usa o seu sexo. Na modernidade,

Passa-se das lamentações rituais sobre a libertinagem estéril dos ricos, dos celibatários e dos libertinos, para um discurso onde a conduta sexual da população é tomada, ao mesmo tempo, como objeto de análise e alvo de intervenção; passa-se das teses maciçamente populacionistas da época mercantilista, às tentativas de regulação mais finas e bem calculadas, que oscilarão, segundo os objetivos e as urgências, em direções natalista ou antinatalista. Através da economia política da população forma-se toda uma teia de observações sobre o sexo. (FOUCAULT, 1988, p.32)

Toda essa preocupação em torno dos sexos e da sexualidade teve como objetivo assegurar o povoamento, reproduzir e incitar a força de trabalho, legitimar o discurso sobre uma sexualidade economicamente útil aos desígnios do poder vigente. Isso tem fomentado, nos dois últimos séculos, um olhar mais incisivo sobre a regulação da sexualidade, constituindo-a como dispositivo histórico de poder e controle. A sexualidade se tornou uma “obsessão pública” e, através dela, foi organizado um “projeto colonizador” de normalização da população em bases políticas. O século XIX se ergueu com os imperativos morais da família, a demanda de restringir os comportamentos públicos aos padrões de vida privada e um intenso controle e policiamento das sexualidades não-conjugal e não-heterossexual (ALMEIDA, 1995).

No último terço do século XVIII ocorreu uma espécie de revolução das mentalidades. Segundo Badinter (1985), a imagem da mãe se transformou radicalmente nesse século, influenciada por práticas, discursos e inúmeras publicações que recomendavam às mães cuidar pessoalmente de seus filhos e lhes “ordenavam” a amamentação, o que contribuiu para a construção da idéia de “instinto materno” em detrimento da importância da figura do pai na criação dos filhos. A autora aponta ainda que, se “outrora insistia-se tanto no valor da autoridade paterna, é que importava, antes de tudo, formar súditos dóceis para Sua Majestade” (BADINTER, 1985, p.146). Mas o século XVIII e seu imperativo de reprodução reconfiguraram as bases da organização social, e o novo imperativo passou a ser a sobrevivência das crianças. Para garantir a vida delas, era necessário “convencer” as mulheres de que a maternidade era a sua tarefa na organização social do trabalho e, nesse sentido, foi empreendida uma série de discursos, incitações, aconselhamentos e coerções.

Entre esses discursos, três foram de extrema importância: o discurso econômico, o filosófico e um voltado especificamente para as mulheres. De acordo com Badinter (1985), a criança, especialmente no final do século XVIII, adquiriu valor mercantil (era uma riqueza

econômica para o Estado e garantia de seu poderio militar, e qualquer indício de mortalidade infantil era considerado prejudicial à economia). Diderot (1770 apud BADINTER, 1985, p.154) dizia que um “Estado só é poderoso na medida em que é povoado... em que os braços que manufaturam e os que o defendem são mais numerosos”. Mas os discursos que apontavam a necessidade de aumento da população como estratégia de fortalecimento econômico dirigiam-se prioritariamente aos homens “responsáveis”, pois eram eles que ocupavam os espaços públicos de deliberação e controle, e as questões políticas estavam demasiadamente distantes da realidade e do cotidiano das mulheres (BADINTER, 1985). Portanto, o foco na importância econômica não era estratégia suficiente para que as mulheres assumissem de bom grado a tarefa da maternidade, sendo necessário, nessa conjuntura histórica, outro discurso, que exaltava a igualdade, o amor e a felicidade.

O discurso de igualdade que atravessou a sociedade, mesmo que não tenha atingido homens, mulheres e crianças da mesma forma, trouxe alteração nas relações de poder. A imagem do pai autoritário e com plenos poderes de decisão sobre as necessidades e obrigações do resto da família se transformou parcialmente, o que permitiu certa autonomia nos papéis da mãe e do filho. As necessidades e sobrevivência da criança passaram a ser a preocupação maior, em vez da formação de “súditos dóceis”. O poder do pai começou a ser partilhado com a mãe, sendo ambos responsáveis pela criança, o que contribuiu inclusive para alterar a relação entre marido e mulher, que passou, a partir de então, de uma relação de poder absoluto do homem sobre a esposa para uma relação, em parte, mais igualitária.

Badinter (1985, p.173) ressalta que a aproximação entre marido e esposa não se deveu apenas à importância crescente que a criança adquiria na sociedade do século XVIII, mas também a uma verdadeira obsessão da filosofia das Luzes: a busca da felicidade familiar, logo seguida pela valorização do amor. A concepção de felicidade não foi considerada apenas questão individual, mas também conquista coletiva, possível na “micro-sociedade familiar”, fundamentada no amor, mas não o amor-desejo passional e caprichoso, e sim um amor-amizade (“ternura”).

A visão sobre a mulher não se pautava mais em imagens de demônios ou bruxas, e sim na figura dócil e amável da Virgem Maria. As concepções sobre o casamento também sofreram alterações, passando a ser considerada absurda a idéia da união de duas pessoas por interesses econômicos e familiares. A nova concepção de casamento foi ajustada às idéias de amor romântico e escolha (livre-arbítrio) de ambos os cônjuges, o que, de certa forma, “livrou” muitas mulheres da tutela do pai, do irmão mais velho e do marido. Junto com a concepção de união pautada no amor, foi construída, na Idade Moderna, a de que o filho seria

o “fruto e a prova desse amor”, e tanto o pai quanto a mãe apresentariam amor incondicional por ele e seriam responsáveis pela sua felicidade. Exaltavam-se interminavelmente as maravilhas da maternidade, que deixava de ser um dever imposto para se converter na atividade mais invejável e mais doce que uma mulher podia querer (BADINTER, 1985, p.179). Estruturou-se, aos poucos, a idéia de “núcleo familiar” como o “lugar” da vida privada e da proteção, e o amor materno estaria na origem desse “ninho afetivo”, em cujo interior a família se refugia.

Mas o discurso sedutor de amor e felicidade não foi suficiente para comprometer as mães na tarefa de sobrevivência, cuidado e educação dos filhos, sendo necessárias várias décadas, atravessadas por discursos, sermões e tratados, para que as mulheres assumissem essa função social. Durante mais de um século foram utilizados três outros argumentos, que Badinter (1985, p.182) resume da seguinte forma: “Minhas senhoras, se ouvirdes a voz da natureza, sereis recompensadas, mas se a desprezardes, ela se vingará, e sereis punidas”.

O primeiro desses discursos pautava-se na idéia de “retorno à natureza”, ou seja, as mulheres deveriam amamentar os filhos (porque isso seria saudável) em vez de entregá-los a amas-de-leite ou a funcionários de internatos, ou a conventos, prática comum nos séculos XVII e XVIII²⁴. A concepção que se queria inculcar era a de que a natureza deu seios à mulher com o objetivo de que eles fossem o meio nutritivo e de sobrevivência para os filhos, e não de obtenção de prazer. Contudo, no século XVIII a normativa da importância da amamentação não foi suficiente para convencer as mulheres a se obrigarem a essa tarefa, e muitas mães resistiram a executá-la, sendo consideradas, pela sociedade, como corrompidas. A figura da mulher sadia e que amamenta habitualmente seu filho, a “mulher selvagem”²⁵, se tornou privilegiada, e as amas-de-leite foram consideradas mercenárias.

Como as mulheres se queixavam de amamentar, pois consideravam que essa prática resultava em seios deformados e cansaço, fez-se o elogio da beleza das lactantes. No século XVIII, e ainda mais no XIX, insistia-se particularmente nos atrativos da maternidade; muitos discursos de médicos, historiadores, poetas e pintores entoavam as maravilhas e encantamentos da procriação. Quando as mulheres não eram capturadas pelos argumentos da saúde ou pelos da beleza e da felicidade, acrescentava-se o da glória, ou seja, a prática da amamentação garantiria respeitabilidade e admiração social, uma posição na sociedade. Por

²⁴ Segundo Badinter (1985, p.119), “No século XVII e, sobretudo, no século XVIII, a educação da criança das classes burguesas ou aristocráticas segue aproximadamente o mesmo ritual, pontuado por três fases diferentes: a colocação na casa de uma ama, o retorno ao lar e depois a partida para um convento ou internato”.

²⁵ Acreditava-se, que, quanto mais rica e culta uma nação, mais as mães renunciavam à sua condição materna, por isso a valorização da expressão “mulher selvagem” (BADINTER, 1985).

fim, se todas as estratégias e argumentos falhassem, apelava-se para a ameaça: “se a mulher se nega a amamentar, a natureza se vingará e a punirá na carne” (DÍONIS, 1718 apud BADINTER, 1985, p.195) — e a idéia de punição está associada à de adoecimento e mesmo à da morte. A função da amamentação não tinha apenas o objetivo de garantir a vida da criança, mas também o de regular e disciplinar a mulher, e aquela “que não amamentasse isentava-se, automaticamente, de uma ocupação indispensável à redefinição de seu lugar no universo disciplinar”²⁶ (COSTA, 1989, p.259). Outro argumento de incitamento à amamentação utilizado foi o de que a prática do aleitamento proporcionava coesão ao núcleo familiar.

No século XVIII, deu-se a passagem da condenação teológica para a condenação moral, o que contribuiu para a construção da idéia, presente ainda nos dias atuais, de que a função social, o papel social da mulher seria a maternidade — que ela é responsável pela sobrevivência e pela saúde futura do filho, e “não amar os filhos se torna um crime sem perdão” (BADINTER, 1985, p.211). Promulgava-se que, se as mães cumprissem suas tarefas de amamentação e cuidado do filho, os pais naturalmente cumpririam seu dever de pais e maridos, contribuindo assim para a felicidade da família e a construção de uma sociedade virtuosa (rica e poderosa).

As conseqüências dessa mudança de mentalidade se fizeram sentir desde meados do século XIX, quando o número de internatos, em comparação ao século anterior, começou a diminuir. Desconfiados, os pais não queriam mais abandonar os filhos ao cuidado e à educação de terceiros, e a mãe se incumbia pessoalmente e integralmente da tarefa de cuidar, vigiar e educar as crianças no ambiente doméstico. Essa nova configuração e esse novo modo de vida inscritos no século XVIII e desenvolvido de forma mais contundente no XIX se tornaria a imagem da família moderna, circunscrita pela idéia de núcleo familiar como lugar seguro e íntimo, que se centra em torno da mãe. Nesse contexto, os pais começaram a ter maior interesse e preocupação pelo “desenvolvimento físico-sentimental dos filhos, educando-os de maneira mais individualizada e levando-os, em conseqüência, a ganhar maior consciência de suas próprias individualidades” (COSTA, 1989, p.87).

Uma das estratégias máximas de controle e poder sobre o corpo e o desejo das mulheres em relação aos desígnios da maternidade foi o advento da medicina moderna no século XIX, que, através do médico da família, trouxe a perspectiva da medicalização do social e de higienização dos corpos. A medicina funcionou como dispositivo para a produção

²⁶ De acordo com os higienistas da época, a mulher deveria amamentar a criança durante dezoito meses (COSTA, 1989, p.259).

de uma população mais saudável e de novas qualidades de vida, consolidando a família como o espaço de controle e efetivação estratégica do biopoder.

Atravessada pelos imperativos da maternidade, a “nova mãe” se sentia responsável pela saúde do filho, e necessitava dos conselhos e orientações dos médicos. Nessa conjuntura, o médico da família se fazia sentir cada vez mais presente no século XIX, entrando nas casas e possibilitando o controle efetivo das mães. Segundo Badinter (1985, p.210), os médicos concluíram tacitamente uma “aliança privilegiada” com a mãe, adquirindo rapidamente considerável importância no seio da família e posicionando aquela como sua interlocutora, assistente, enfermeira e executiva. O aumento do poder de governabilidade das mulheres no espaço doméstico se justificava também pela consolidação das estratégias configuradas pelo biopoder ao longo do século XIX, pois é nesse registro que se inscreve um dos campos do imperativo da reprodução da espécie: o “lar, doce lar”, lugar privilegiado para que a mulher pudesse exercer o domínio sobre os filhos, sem influências externas. Aliás, seus filhos e o futuro deles passam a ser suas únicas ambições, e já não havia mais distinção entre o filho primogênito e o caçula, ao contrário do que ocorria nos séculos XVII e XVIII²⁷. Essa nova mãe não se preocupava mais com os prazeres do mundo público e com o “desejo da carne”; a ela importava que seu reino familiar estivesse em ordem e que pudesse exercer, da melhor maneira possível, a “função social” da maternidade. Sobre os discursos que associavam a figura da mulher/mãe à garantia da ordem social, Costa (1989, p.73) assinala:

A mãe devotada e a criança bem-amada vão ser o adubo e a semente do adolescente, futuro adulto patriótico. Tradicionalmente presa ao serviço do marido, da casa e da propriedade familiar, a mulher ver-se-á, repentinamente, elevada à categoria de mediadora entre os filhos e o Estado. Em função destes encargos, suas características físicas, emocionais, sexuais e sociais vão ser redefinidas. Seu papel cultural cresce em força e brilho. A higiene passou a solicitar insistentemente à mulher que, de reprodutora dos bens do marido, passasse a criadora de riquezas nacionais.

Nessa perspectiva, a função da sexualidade seria apenas de reprodução, e qualquer intervenção ou competição que prejudicasse o objetivo de perpetuação da espécie deveria ser abolida. O prazer e o desejo foram considerados finalidades que poderiam desviar do caminho da reprodução, e a dimensão do erotismo no corpo da mulher foi considerada uma ameaça, fundando a distinção entre o desejo sensual e o instinto materno e a impossibilidade da existência desses dois registros no mesmo corpo.

²⁷ Segundo Badinter (1985), nos séculos XVII e XVIII, muitas mães entregavam os filhos a amas-de-leite durante seus primeiros anos de vida, contudo o filho homem primogênito sempre permanecia com a família de origem, pois ele seria o seu herdeiro.

Provavelmente, foi partindo desse olhar que Freud (1996a) descreveu o caráter anticivilizatório das demandas sexuais desmesuradas e do imperativo do amor, “característicos” da mulher. A mulher moderna estaria polarizada entre a exigência binária da maternidade e os riscos do erotismo, e qualquer registro de prazer erótico seria diretamente associado à desordem e à contestação das regras.

É importante apontar que a idéia formulada no século XIX, da impossibilidade de coexistência, num mesmo corpo, de prazer, desejo e maternidade, já era difundida pelo cristianismo. Para a ética cristã, o desejo feminino era evidência de pecado e a dimensão da sexualidade era autorizada apenas para fins procriativos. Segundo Bozon (2004, p.27), “a institucionalização do cristianismo no Ocidente e a ética sexual restritiva” empreenderam, a partir do século XII, o casamento cristão e monogâmico como algo indissolúvel e, através da estratégia da confissão, organizaram um aparelho de controle e vigilância da atividade sexual sem fins reprodutivos ou fora do plano matrimonial. No entanto,

Na prática, e em todas as legislações influenciadas pelo cristianismo (por exemplo, na América Latina), o adultério sempre foi visto com um olhar muito mais severo quando dizia respeito às mulheres. Por outro lado, a prostituição, que provocava uma condenação moral bastante radical àquelas que a praticam, nunca lançou um opróbrio equivalente à sua clientela masculina. Na cristandade medieval e clássica, excluída a busca do prazer na sexualidade lícita, ele só poderia ser experimentado na transgressão: mas, se essa transgressão era amplamente tolerada para os homens, a procura do prazer pelas mulheres permanecia moralmente inaceitável. (BOZON, 2004, p.27)

De acordo com Birman (2001), a sexologia do século XIX também deve ser analisada nesse contexto, pois, ao identificar a sexualidade à finalidade reprodutiva, escamoteava um discurso religioso através de uma pretensa cientificidade. Se a mulher era destituída de erotismo devido à normativa da procriação, o mesmo não acontecia com o homem. A potencialidade desejante do erotismo masculino, ao lado de sua efetividade reprodutiva, era reconhecida e incentivada, o que evidencia a hierarquia entre os sexos:

Deslocando-se livremente entre os espaços público e privado, isto é, entre os espaços social e familiar, ao homem era permitido o duplo exercício erótico e reprodutivo. Se a família era o sacrossanto espaço para a reprodução da espécie, o espaço social enquanto tal era o lugar efetivo para a existência do erotismo. (BIRMAN, 2001, p.72)

Ainda segundo o autor, a prática da prostituição²⁸, ao longo do século XIX, se apresentava como a possibilidade e o lugar definido para o exercício do erotismo masculino e das práticas dos prazeres. Mas, para que não se colocasse em risco a demanda social de reprodução na família e as exigências de produção da qualidade de vida da população, formuladas pelas normativas do biopoder, cabia ao Estado a vigilância e a regulação da prática da prostituição, o que se dava através da nascente medicina social.

As prostitutas “tornaram-se inimigas dos higienistas principalmente pelo papel que supostamente tinham na degradação física e moral do homem e, por extensão, na destruição das crianças e da família” (COSTA, 1989, p.265). Em função dessa lógica, estavam sujeitas a constantes exames médicos, com a finalidade de se constatarem doenças venéreas, e a autorização para trabalharem era dada pelos médicos e outorgada pela polícia. Assim, “a higiene social controlava ativamente e minuciosamente a saúde reprodutiva e instituiu os imperativos maiores da biopolítica, pelo exame médico regular das prostitutas” (BIRMAN, 2001, p.73).

Birman (2001, p.75) afirma que a prostituição “era um dos destinos sociais que seriam autorizados para as mulheres, de maneira silenciosa mas decidida, caso se rebelassem e não se sujeitassem aos desígnios esperados da maternidade”. Mas a prostituição não era o seu único destino, pois a prática médica (psiquiatria) de então se encarregou de descrever e categorizar três outras modalidades, consideradas exemplos de desvios da moral feminina, para enquadrá-las, nas quais “o que está em questão é sempre a recusa da maternidade” (BIRMAN, 2001, p.77): a *ninfomaníaca*, a *infanticida* e a *histérica* — o que evidencia a tentativa de caracterizações psiquiátricas pautadas nas exigências totalitárias dos pressupostos estabelecidos pelo biopoder.

A *ninfomaníaca* apresentaria desejo sexual exacerbado e insaciável; a *infanticida* deliberadamente aniquilaria seus “filhos recém-nascidos para se livrar assim do peso da maternidade e manter-se sempre livre para suas aventuras eróticas” (BIRMAN, 2001, p.77); e a *histérica* não realizaria o ato sexual como as demais, deslocando seu desejo erótico para o campo da fantasia — ela viveria intensamente a dimensão de um conflito psíquico, adoecendo neuroticamente em virtude disso. Percebe-se que essas mulheres “desviantes” se enquadravam em dois campos possíveis de intervenção: o judicial (podiam ser criminalizadas pelos seus atos “desumanos”) ou o da psiquiatria (podiam ser, eventualmente, medicadas ou internadas em hospitais psiquiátricos para um “tratamento moral” por apresentarem quadro de *alienação*

²⁸ Além da prostituição, eu poderia ressaltar as homossexualidades, contudo, trabalho aqui com Birman (2001), cuja análise não traz referências sobre práticas homoeróticas.

mental). Costa (1989, p.269) assinala que a “correlação entre mundanismo e doença teve um papel fundamental na domesticação da mulher. Fazendo do ‘excesso social’ causa da enfermidade físico-moral”.

No século XIX, com o surgimento da psiquiatria, houve mudança na forma de pensar as pessoas consideradas “loucas”, “perturbadas” ou “histéricas”; agora, em vez da repressão (exclusão), havia o tratamento (internamento) (BIRMAN, 2001). Antes, as psicopatologias não eram objeto de investigação científica, e foram as influências dos saberes médicos que trouxeram para o plano da ciência as indagações sobre a loucura, sendo, aquele considerado “louco”, instrumento de observação, intervenção e controle do discurso (verdade) médico:

[...] Quando Robert Burton escreveu seu famoso e mal impresso livro ‘A Anatomia da Melancolia’ em 1621, ele conseguiu enumerar, entre as causas da melancolia, Deus, diabos, bruxas, mágicos e as estrelas. O ‘Tratado sobre a Loucura’ de William Battie, escrito só um século depois do de Burton, era um diferente tipo de trabalho, fundamentado em longas observações de insanos num hospital londrino, o St. Lukes, que foi estabelecido e dirigido por Battie; ele foi uma tentativa sistemática de ‘descobrir as causas, os efeitos e a cura da loucura’. (HEARNshaw, 2008, p.149)

Com a psiquiatrização da loucura, o “louco” passou a ser classificado de acordo com o conceito de “alienação mental”, que seria um quadro de “distúrbios das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social”, como afirmam Amarante e Torres (2001, p.74). Os autores ressaltam que, pelo princípio do confinamento e da normatização do sujeito louco no asilo, foi produzida uma nova experiência da loucura. Com a perspectiva do conceito de alienação, ela (presente no sujeito considerado “insensato”, “irresponsável”, “alienado”, “fora de si”, “fora da realidade”, “fora de juízo”) passou a ser objeto de intervenção da medicina, e, a partir dessa concepção, o “louco” não deveria mais ser objeto de exclusão pelo aprisionamento, e sim de um novo tipo de intervenção: a tutela e o tratamento. Dessa forma, a loucura foi se constituindo como objeto de um modelo que tinha como finalidade criar outra lógica: a ordenação de uma população estranha, perigosa e carente de razão. A psiquiatria, como dispositivo dessa ordenação, instaurava-se como pedra fundamental de um novo saber científico sobre a doença mental:

Se a alienação é um distúrbio das paixões, o seu tratamento torna-se a reeducação moral, ou tratamento moral, como prefere Pinel. Somente após um processo pedagógico-disciplinar realizado no interior do hospício, o alienado pode recobrar a razão e, assim, tornar-se sujeito de direito, tornar-se cidadão. Para ser livre, entende-se, é necessário fazer escolhas, desejar e decidir, atributos impossíveis para um alienado. Mas, essa exclusão da cidadania não caracteriza uma violência ao direito do alienado, na medida em que seu internamento é de natureza terapêutica, e não significa perda de

direitos. Nesse sentido, o direito maior do alienado é o de receber um tratamento. (AMARANTE; TORRES, 2001, p.75)

Durante o século XIX, o biopoder esteve focado na histérica — a “mulher nervosa desse século” —, o que evidencia as estratégias da ciência de disciplinarização e controle do corpo feminino, ou seja, o discurso cristão, escamoteado pelo discurso de verdade científica, associou a dimensão do prazer não mais a práticas de bruxaria ou demoníacas, mas a quadros psicopatológicos (BIRMAN, 2001). As mulheres não eram mais queimadas na fogueira, mas internadas em hospitais psiquiátricos. A bruxa ficou louca!

Auxiliar de médicos nos séculos XVIII e XIX, a mãe do século XX, atravessada pelos preceitos da psicanálise e pela popularização e banalização dos conhecimentos teóricos desta, arcaria com uma última responsabilidade: o inconsciente e o desejo de seus filhos. Enclausurada no papel de mãe, a mulher não poderia mais evitar os filhos, sob pena da condenação moral de seu próprio adoecimento psíquico, e, caso não exercesse satisfatoriamente a “função” da maternidade, ainda poderia ser culpabilizada pelo sofrimento daqueles. A “mulher normal” seria aquela que, em determinado momento de sua “constituição subjetiva”, acederia a um padrão heterossexual de relacionamento sexual e afetivo, balizado por um casamento monogâmico, e que tivesse o objetivo de ter filhos e uma família “saudável”.

Qualquer atitude ou desejo que escapasse a essa lógica passou a ser considerada característica de mulheres frustradas, desequilibradas e infelizes. Contudo, nas últimas décadas, com a entrada da mulher no mercado de trabalho e, principalmente, a articulação do movimento feminista, percebe-se o começo de novas configurações e possibilidades para ela transitar no espaço social, em oposição aos discursos hegemônicos que naturalizam características consideradas femininas e limitam espaços de reconhecimento e articulação das mulheres. Do paradigma do sexo único, onde a mulher era a imagem da obscuridade e da falta de essência divina, ao paradigma da diferença sexual, onde ela se constrói atravessada pela naturalização da função reprodutiva, estamos atualmente num momento de transitoriedade e de crise de paradigmas.

2.3 As Conquistas e Contradições do Século XX

Nesta parte descrevo algumas mudanças sociais e alguns eventos ocorridos no século XX: os movimentos de luta e emancipação pelos direitos das mulheres; as reações críticas e as resistências de grupos de mulheres feministas às políticas natalistas autoritárias.

No início do século XX, a prática de sexo sem fins reprodutivos era considerada vergonhosa e passível de culpa, mas alguns fatores contribuíram para a reavaliação das noções sobre a sexualidade e o prazer.

O corpo e a sexualidade são problematizados por especialistas através da mídia; esta, “instaurada no século XX como um privilegiado *locus* de ‘verdades’” (GOMES, 2003, p.273), circula informações e produz sentidos de como cada um deve lidar com sua anatomia e seus desejos. Gomes (2003, p.274) afirma que os discursos midiáticos veiculados a partir desse século em relação às dimensões da sexualidade estão, em sua maioria, focados principalmente na mulher e em como esta deve desvendar, tratar, lidar e observar a sua genitália. A autora ressalta, ainda, a forte influência do discurso psicanalítico nas construções culturais relacionadas ao feminino: “No discurso pedagogizante dos veículos midiáticos, diferentes discursos, principalmente o psicanalítico, articulam-se para produzir imagens do aparelho reprodutor e da genitália feminina que constituem significados sobre o sexo feminino e a exigência das mulheres” (GOMES, 2003, p.274).

A psicanálise, com seus preceitos sobre a importância do movimento pulsional e a satisfação sexual, esteve muito em voga na primeira metade desse século, o que contribuiu para o movimento de emancipação das mulheres (SEIXAS, 1998, p.85). No entanto, suas concepções acerca da sexualidade feminina e da feminilidade contribuíam para a manutenção da concepção de inferioridade da mulher, pois priorizavam a idéia de “falo” na espécie humana, considerando o sexo masculino o representante ideal de completude e perfeição. Segundo Freud (1996b), o primeiro objeto de desejo, para ambos os sexos, é a mãe. Essa forte ligação com a mãe é marcada de forma contundente no psiquismo da menina e é definitiva em seu desenvolvimento sexual. Só após a passagem pelo complexo de Édipo²⁹ a mulher desloca para o pai esse “amor” que sente pela mãe, e é dessa primeira relação que pode advir,

²⁹ “Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: o amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na verdade, essas duas formas encontram-se, em graus diversos, na chamada forma completa do complexo de Édipo” (LAPLANCHE, 1998, p.77).

posteriormente, a homossexualidade feminina. Assim, essa relação com a mãe é caracterizada pela atividade fálica, tendo seu suporte anatômico no clitóris.

Haveria três caminhos possíveis frente à castração e ao complexo de castração na menina, e tornar-se mãe seria uma das saídas e a forma “normal” de resolver a questão da sexualidade feminina, ou seja, a passagem da inveja do pênis para o desejo de ter um filho. Portanto, Freud entende que o desejo da mulher a partir da maternidade é um desejo fálico e está unicamente associado à castração, e a mulher desejaria um filho em substituição ao pênis que lhe falta. É por isso que a menina abdica do clitóris e da masturbação clitoriana, trilhando o caminho para a feminilidade na passagem clitóris–vagina. Outras duas saídas seriam distantes no que tange à feminilidade: a renúncia completa à sexualidade ou a persistência do complexo de masculinidade, tendo como uma das saídas a homossexualidade.

Percebe-se que a questão na qual se fundam as teorias psicanalíticas sobre a feminilidade pauta-se na visão naturalista de um corpo que está “atrelado” à sua natureza, a vagina — e a inscrição desse órgão caracterizaria a mulher como passiva, masoquista ou invejosa do pênis (GOMES, 2003). É preciso pontuar, no entanto, que a teoria psicanalítica é uma importante categoria na análise da conjuntura do século XX, pois, além de ter possibilitado, com seus estudos, a visibilidade das (e questionamentos sobre as) dimensões da sexualidade e do prazer (sem o foco restrito nas referências de pecado ou loucura), é representante de um determinado período histórico em que se percebem mudanças nos papéis e funções sociais (bem como nos discursos) que atravessavam o corpo da mulher.

Na opinião de Seixas (1998, p.85), outro fator que contribuiu para a revisão dos entendimentos e posições em relação ao prazer e à sexualidade são os impactos da Primeira Guerra Mundial e “a imensa vontade dos sobreviventes de aproveitar a vida, flexibilizando os costumes, possibilitando uma vida mais prazerosa”. Os progressos da medicina no tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (em 1940, da sífilis de primeiro e de segundo graus; em 1941, da gonorréia) reforçaram a construção do movimento pela liberação sexual.

Na primeira metade do século XX, muitos países viviam o regime socialista, cujos pressupostos “são a erradicação da sociedade de classes e a passagem dos meios de produção para toda a coletividade” (SEIXAS, 1998, p.86). Nesses países, percebem-se avanços e recuos nas conquistas políticas e sociais de emancipação da mulher. Em 1917, na Rússia, os revolucionários estabeleceram leis que a tratavam de forma igualitária aos homens, inclusive quanto aos salários. O Estado construiu creches, oferecia cuidados pré-natais, aboliu o conceito de filhos legítimos e ilegítimos e facilitava o divórcio — mas, no final da década de

1920, no governo de Stalin, houve retorno aos valores tradicionais da família, a uma política pró-natalista e a uma moral puritana.

No Ocidente capitalista, a Alemanha de Hitler é referência da dominação mais extrema da mulher, pois o partido nacional-socialista passou a controlar a vida privada: arranjava casamentos; premiava as famílias nas quais nasciam filhos homens; proibia o planejamento familiar; considerava o aborto crime sem remissão; facilitava o divórcio apenas para os homens; esterilizava as prostitutas e as mulheres deficientes; e oferecia contribuição para as famílias onde a mulher abria mão de trabalhar fora de casa. Com a perspectiva da Segunda Guerra Mundial (1945–1949), as mulheres foram incentivadas “a integrar a força de trabalho”, e, em decorrência da guerra, foram obrigadas “a trabalhar nas fábricas e setores perigosos”; outras iam “com tropas para os países ocupados, com a finalidade de engravidar e doutrinar seus filhos com a ideologia nazista”³⁰ (SEIXAS, 1998, p.86).

A partir do lançamento da bomba atômica, em 1945, teve início a “era tecnológica”, e foram descobertos os antibióticos e desenvolvida a engenharia genética. Também se consolidou a perspectiva de relacionamentos afetivos e casamentos pautados no conceito de amor, e, com o surgimento da cirurgia de mudança de sexo, as barreiras entre a genitália sexual feminina e a masculina começaram a se tornar instáveis (SEIXAS, 1998).

O primeiro lugar no mundo onde as mulheres obtiveram o direito ao voto foi o estado do Wyoming, nos Estados Unidos, em 1869. Em 1893, a Nova Zelândia foi o primeiro país a conceder a elas o direito ao voto em nível nacional (RIBEIRO, 2008). No Brasil, o Rio Grande do Norte foi o primeiro estado a reconhecer o direito feminino ao voto, em 1927, e as mulheres ganharam o direito de votar nas eleições nacionais com o Código Eleitoral Provisório de 1932, mas só mulheres casadas (desde que autorizadas pelo marido), solteiras e viúvas que tivessem a sua própria renda. No ano seguinte, Carlota Pereira de Queiroz, uma médica paulista, foi a primeira brasileira a ser eleita deputada federal, e inclusive participou dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte entre 1934 e 1935. As restrições ao voto feminino foram eliminadas no Código Eleitoral de 1934, que, no entanto, ditava a obrigatoriedade de votar apenas para os homens (DIREITO..., 2008).

Na década de 1950, na qual surgiram a televisão e o computador, ressaltam-se o *boom* econômico dos Estados Unidos e o “american way of life” [modo de vida americano] (SEIXAS, 1998). Em fins da década de 1960, o homem chegou à Lua, mais de um milhão de jovens norte-americanos se recusaram a ir para a Guerra do Vietnã e surgiu o movimento

³⁰ Além disso, foram construídos “campos especiais para mulheres solteiras, que eram visitadas por homens e, quando engravidavam, são transferidas para lares de mães solteiras” (SEIXAS, 1998, p.86).

Hippie. Entre outras “revoluções”, os *hippies* criaram os movimentos ecológicos e antinucleares, pregavam a liberdade sexual, rejeitavam o cristianismo (a religião dos dominantes), utilizavam drogas alucinógenas e fizeram do *rock* o ritmo musical da juventude. Nessa década também teve início a comercialização da pílula anticoncepcional, surgiu o DIU (dispositivo intra-uterino), começaram a ser realizadas as cirurgias de laqueadura (bloqueamento cirúrgico das Trompas de Falópio) e, em alguns países, o aborto foi legalizado (Inglaterra, por exemplo). O Concílio Vaticano II (1964) fundamentou o casamento sobre o amor e a procriação, mas aumentou tanto o número de divórcios como o de uniões entre casais sem o consentimento religioso; e a mulher entrou no mercado de trabalho, possibilitando maior articulação entre o público e o privado. Masters e Johnson publicaram *A resposta sexual humana* (1966), livro escrito com base em procedimentos laboratoriais de observação da atividade sexual de cerca de 700 pessoas durante doze anos, os quais tinham o objetivo de encontrar cura para os relatos de disfunções sexuais. Em 1967 surgiu a primeira criança gerada pelo método da inseminação artificial e ressurgiu o movimento feminista.

Na década de 1970 houve continuidade nas transformações iniciadas nos anos anteriores: surgiu o primeiro bebê de proveta, a pornografia floresceu, a Associação Psiquiátrica Americana declarou que a homossexualidade não era uma doença mental. Almeida (1995, p.134) afirma que, “na sequência da ‘revolução cultural’ dos anos sessenta e das mudanças na estrutura e relações econômicas e sociais globais do pós-guerra [...] surge em pleno o feminismo como movimento social”. Segundo Piscitelli (2002, p.10), “as feministas trabalharam em várias frentes: criaram um sujeito político coletivo — as mulheres — e tentaram viabilizar estratégias para acabar com a sua subordinação. Ao mesmo tempo procuraram ferramentas teóricas para explicar as causas originais dessa subordinação”.

A fundação, em 1966, nos Estados Unidos, da Organização Nacional em Prol das Mulheres é um dos marcos da consolidação do movimento feminista, e, em 1975, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu o Ano Internacional da Mulher, o movimento já havia avançado nas suas reivindicações, como o direito ao voto (SEIXAS, 1998), ao trabalho e ao controle da natalidade.

A partir da década de 1980, cresceram, no Brasil, as pesquisas sobre as construções históricas e sociais das características consideradas naturais das mulheres, e são publicados livros, artigos e revistas sobre a questão feminina, iniciando-se o campo dos estudos de gênero. Em 1985, foram criadas as Delegacias de Defesa da Mulher (para atender mulheres vítimas de violência) e implantado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, com o reconhecimento, por parte do Governo Federal, da condição de exclusão e desigualdade em

que a mulher historicamente se encontra. Em 7 de agosto de 2006, foi sancionada a Lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Lei Maria da Penha), que aumentou o rigor das punições para agressões contra a mulher quando ocorridas no âmbito doméstico ou familiar (BRASIL, 2006). Essa lei alterou o Código Penal brasileiro e possibilita que agressores de mulheres sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada.

Em 1994, na cidade do Cairo (Egito), foi realizada a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, onde foram debatidas questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos³¹, recomendando-se

[...] que os serviços de saúde reprodutiva (incluindo saúde sexual e planejamento familiar) sejam vinculados à atenção básica de saúde, incluindo serviços de aborto seguro (quando legal), além do tratamento das infecções do trato reprodutivo, das doenças sexualmente transmissíveis e da infertilidade. Recomenda, ainda, serviços de saúde materno-infantil e de aconselhamento de homens e jovens sobre comportamento sexual responsável. (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p.10-11)

Em 1995, em Pequim (China), foi realizada a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que aprofundou o debate ocorrido na conferência do Cairo, detalhando aspectos em relação à promoção da igualdade entre os gêneros nas mais diferentes esferas (educação, economia, mercado de trabalho, meio ambiente, direitos humanos, violência, situações de conflitos, comunicação e mídia, e as condições específicas das meninas) (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006). No entanto, apesar desses avanços, há uma diversidade de doutrinas e religiões que pregam leis e leituras misóginas, que legitimam o lugar de inferioridade e submissão das mulheres em diversos aspectos, além da Igreja católica, que continua afirmando a virgindade pré-nupcial — porém, já se verificam muitas mulheres que optam por ter vida sexual ativa fora do casamento (SEIXAS, 1998, p.98).

Louro (2004, p.207) ressalta que as configurações do mundo atual, atravessadas por transitoriedades e permanências, vêm possibilitando a articulação de novas expressões sociais, políticas e subjetivas, e, no caso específico desta análise, da sexualidade e dos gêneros:

No terreno do gênero e da sexualidade, não há como negar que, contemporaneamente, as chamadas ‘minorias’ sexuais estão mais visíveis e, em consequência, a luta entre esses grupos e os grupos conservadores é mais explícita e acirrada. Mas além disso — o que é mais perturbador — as próprias categorias e fronteiras sexuais e de gênero estão sendo, agora, transgredidas muito mais abertamente do que em épocas anteriores. Essa

³¹ Segundo Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006, p.10), “definem-se os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência”.

situação, que é visível já algum tempo em vários países, faz-se notar nos últimos anos também no Brasil.

2.4 A História da Mulher no Brasil

A perspectiva naturalista do paradigma da diferença sexual foi fortemente marcada pelo discurso médico. No Brasil, Segundo Rohden (2004, p.183), “uma preocupação singular com a delimitação do papel social de cada sexo pode ser percebida por meio do processamento dos títulos de teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1883 e 1940”. Das 7.149 teses escritas nesse período, 1.593 enfocam a sexualidade e a reprodução, e a maioria aborda o corpo feminino em sua anatomia e potencialidade reprodutora. A autora ressalta a forte preocupação da medicina com a saúde reprodutiva da mulher e com a demarcação de traços distintivos entre ela e o homem, reificando, assim, o paradigma da diferença sexual e a figura da mulher como primordialmente associada à reprodução.

No século XIX, as normativas da reprodução reduziam o acesso igualitário das mulheres ao ensino, destinando-se, a elas, o ensino das artes de recreação, para “suavizar o aborrecimento da solidão, lançar sobre o curso de suas vidas doces e agradáveis distrações, e de variar enfim os prazeres, distraíndo-as em seus trabalhos” (MELLO, 1841 apud ROHDEN, 2004, p.190). Era, portanto, a partir de uma interpretação naturalista dos órgãos sexuais e da correlação masculino/feminino que os médicos produziam discursos sobre as possibilidades de inserção de homens e mulheres nos espaços públicos e privados, o que caracterizava (e ainda hoje caracteriza) um “contexto fortemente marcado por hierarquia entre os gêneros” (ROHDEN, 2004, p.195). À medicina desenvolvida no país durante o século XIX somavam-se discursos que promulgavam que a “natureza já tinha estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir e da qual não se podia, ou não se queria, escapar” (ROHDEN, 2004, p.195). Nesse contexto, cabiam à mulher os “honrados” papéis da “clausura” e da maternidade.

Del Priore (1992, p.16), em sua análise da história das mulheres no Brasil³², ressalta que o “discurso sobre o uso dos corpos femininos e seus prazeres, imposto de cima para

³² Segundo Del Priore (1992), pesquisadoras como Miriam Moreira Leite, Maria Odila Silva Dias e Maria Beatriz Nizza da Silva foram pioneiras na construção da história da mulher brasileira.

baixo, sobretudo a partir do século XVII, expressa-se através de uma apologia que lisonjeia a mulher para melhor submetê-la”. Esse discurso ditava normas como a importância da virgindade, do casamento, da monogamia e da maternidade. Assim, diferentes estratégias de controle do corpo e dos prazeres da mulher foram consolidadas desde esse século, sendo a Igreja, inicialmente, uma das referências mais austeras de incitamento à disciplina, com seus confessorários e discursos que condenavam práticas ditas subversivas. No século XVIII, também o discurso jurídico se apresentava como instrumento de normatização: em 1756, num processo de divórcio, em São Paulo, o juiz, em seu despacho, explicava: “Fazendo a mulher o contrário de amar e respeitar o marido é permitido a este reger e aconselhar sua mulher, e ainda castigá-la moderadamente se merece...” (DEL PRIORE, 1992, p.17).

Nesse contexto, as prostitutas também configuravam importante elemento de controle da população feminina, pois encarnavam a imagem da transgressão, sendo exemplos para qualquer mulher que infringisse as normas sociais. Em Minas Gerais, no mesmo século, eram consideradas prostitutas as mulheres amasiadas ou divorciadas, as quais, por “representarem” riscos às normas de boa conduta, deveriam ser condenadas por sua “luxúria” e seus “pecados”. Segundo Del Priore (1992, p.25), desde o século XVII a medicina endossava esse discurso, promulgando que “a sexualidade desregrada afeta a saúde”. Para combater a prostituição, no século XVIII o médico paulistano Francisco de Mello Franco receitava “remédios tomados da classe dos amargos” (DEL PRIORE, 1992, p.25).

A construção da maternidade em torno da figura feminina, como descrito no item 2.2, também se evidencia na cultura brasileira. Del Priore (1992) analisa as impressões de viajantes estrangeiros no início do século XIX, que anunciavam as figuras de mãe associadas a mulheres jovens, “matronas”, reclusas ao espaço doméstico e com muitos filhos à sua volta. Os relatos desses viajantes, contudo, trazem uma surpresa: o número de crianças abandonadas e o de infanticídios, que elucidam um cenário de pobreza para a maior parte da população, e o fato de que grande parte das mulheres vivia em relação de concubinato³³. A medicina perseguia as mulheres que praticavam aborto e propunha alternativas policialescas de controle da população; também a Igreja o combateu veementemente, principalmente através dos confessorários:

Interessada em constituir famílias onde o papel da mulher fosse o de ‘instruir e educar os filhos cristamente’, a fim de propagar os ideais do catolicismo, a Igreja contribuiu para formar uma sensibilidade mais aguda em relação à

³³ Organização típica das camadas populares, o concubinato ora reproduzia o padrão estrutural do matrimônio quando reunia mulheres e homens solteiros, ora era mantido concomitantemente ao casamento, ligando viúvas e solteiras a homens casados (DEL PRIORE, 1992, p.33).

maternidade e à infância, tanto no mundo da afetividade quanto no do saber.
(DEL PRIORE, 1992, p.57)

Como já coloquei, o incitamento à maternidade entoava a importância da família como locus de proteção e intimidade. Segundo Costa (1989, p.35), no “Brasil, a higienização da família progrediu em relação direta com o desenvolvimento urbano”, o qual organizou a “secularização dos costumes, racionalização das condutas, funcionalidade das relações pessoais, maior esfriamento das relações interpessoais, etc.”.

Os discursos de exaltação da família e da reprodução podem ser percebidos, nos dias atuais, na análise de Fonseca (2000) sobre os contextos culturais e a noção de honra de famílias de classes populares da Vila do Cachorro Sentado³⁴, em Porto Alegre. A autora afirma que, em seu contexto etnográfico, “não existe noção particular de honra ligada à moça solteira” e que a função social digna das mulheres está pautada em ser “mãe devotada e dona-de-casa eficiente” (FONSECA, 2000, p.31). Na comunidade, a proteção da mulher está agenciada ao seu companheiro e, uma vez que quase não há registros de casamentos legais, este tem direito sobre aquela enquanto durar o relacionamento. Ainda, para a manutenção do controle sobre sua mulher, o homem não permite facilmente que ela tenha atividades fora do ambiente doméstico; e as mulheres que trabalham fora de casa, “humilham” seus maridos, acusando-os de serem incapazes de manter a sua função social de provedor.

Na vila, a maternidade é vivenciada pelas mulheres como um trunfo. Fonseca (2000, p.31) conta a história de Moema, que vivia na mendicância e já havia entregado para adoção três de seus sete filhos. Eufórica, Moema anuncia mais uma gravidez: “Parar de ter filhos? Por quê? Vou dar um terceiro filho forte e bonito para meu marido (atual). É uma coisa que eu sei fazer muito bem!”. Ali, as mulheres que biologicamente não podem ter filhos são recriminadas pelas demais. Já a mulher solteira e que mora com a família é respeitada, contudo não será considerada realizada enquanto não constituir sua própria família, o que instaura ansiedade nas mulheres (solteiras, divorciadas e viúvas) para arranjar casamento — afinal elas também são consideradas pela comunidade como ameaças à paz. A autora afirma que o desejo de constituir família tem mais a ver com construção cultural do que necessidade de sobrevivência, pois constatou que a maioria das mulheres que “casam” apresenta condições econômicas inferiores às das famílias de origem.

Portanto, a família moderna centrada em si, considerada culturalmente o locus privilegiado de proteção, se evidencia também no contexto brasileiro, e, embora a última

³⁴ A Vila do Cachorro Sentado é “uma vila de invasão, de aproximadamente 750 moradores, que há oito anos ocupam um terreno baldio em uma zona de classe média” (FONSECA, 2000, p.14).

metade do século XX tenha sido “palco de experiências transformadoras” e o “ritmo acelerado e o impacto das mudanças delas advindas” tenham assumido “proporções até então desconhecidas” (MATOS, 2005, p.47), percebe-se que as noções de família e as funções sociais de homens e mulheres ainda permanecem, em muitos contextos, e principalmente nas classes populares, balizadas por noções tradicionais rígidas e hierárquicas.

Ferreira (2006, p.44) afirma que nas classes populares há dificuldade de incorporação de valores que transitam atualmente, como, por exemplo, os direitos igualitários entre homens e mulheres e a negociação de métodos contraceptivos em relações sexuais:

Nas sociedades modernas, entre os grupos sociais coexistem estilos de vida variados e diferentes visões de mundo. Embora os diversos segmentos sociais estejam expostos à lógica da modernidade e vivam no mesmo espaço urbano, a incorporação e a reprodução dos valores da modernidade se dão de forma diferenciada entre eles. Nesse sentido, as classes populares têm acesso mais limitado às condições e aos valores da modernidade em comparação às classes médias.

Quando me refiro, prioritariamente, ao contexto específico de classes populares, busco referências para a compreensão do universo de significados que dão sentido às falas das mulheres que entrevistei. Diversos autores, entre eles Duarte (1986, 1987), Alvim e Lopes (1990), Sarti (1996) e Heilborn e Gouveia (1999), consideram o universo cultural das classes trabalhadoras como “racionalidades próprias nas mesmas” (HEILBORN; GOUVEIA, 1999, p.177). Segundo Duarte (1986), as configurações dos valores dos grupos populares podem ser resumidas em três pilares: família, trabalho e localidade.

A família (grupo doméstico) desempenha papel central na vida dessas pessoas, e se articula a uma divisão engendradora de trabalho, sendo o masculino relacionado ao mundo público e o feminino, restrito ao espaço privado e à maternidade. Percebem-se, ainda, articuladores geracionais rígidos, onde ser o irmão mais velho, por exemplo, geralmente é símbolo de poder. E, em contraposição às classes médias, não é a criança que ocupa lugar de centralidade na configuração familiar (HEILBORN; GOUVEIA, 1999), e sim o adulto.

Apesar da complexidade e heterogeneidade cultural brasileira, os segmentos populares encontram-se intensamente atravessados por um sistema cultural hegemônico, pautado, por exemplo, em ideologias individualistas, que permeia os seus discursos e práticas. Nesse sentido, busco, a partir daqui, refletir sobre como essas construções socioculturais foram produzidas em Londrina, afinal as mulheres que entrevistei, apesar de provenientes de classes populares, convivem e dialogam com outras classes e estão em contato com as produções midiáticas locais, e a experiência da doença e da militância se constrói nesse

território. Para essa reflexão, tomo como referência Castro (1997), que analisou essa cidade como espaço de transformações e resistências a partir de pesquisa a fontes vivas e documentais.

Londrina foi fundada em 1929 em torno da cafeicultura e da organização social agrícola, e atravessou diversas mudanças, como o aumento demográfico e, principalmente, uma rápida urbanização a partir da década de 1950, que reconfiguraram o seu espaço e a sua organização social. Devido ao seu processo de modernização, a população assistiu, durante essa década, uma “campanha de saneamento e moralização” que condenava qualquer atitude subversiva ou “sexualidade insubmissa” (CASTRO, 1997, p.136). Em relação às mulheres, “a imprensa local desejava inserir a mulher londrinense nos novos tempos e, para isso, veiculava, recorrentemente, nos jornais, temas femininos, que visavam definir normas, padrões de comportamentos e papéis femininos ideais frente à nova ordem” (CASTRO, 1997, p.133). Entre esses, se valorizava a “esfera privada — universo da intimidade — onde as representações do trinômio mãe-esposa-dona de casa foram reelaboradas e o lar considerado espaço sagrado do feminino” (CASTRO, 1997, p.135).

Além da imprensa, a autora destaca o papel dos poderes públicos (prefeitura, polícia sanitária e polícia dos costumes) no processo de “ordenamento” do espaço social e de disciplinarização e controle da população. Nesse processo, é ambígua a participação das mulheres, pois, embora elas tenham conseguido visibilidade no mundo público, através da participação política e do trabalho, sua subjetividade, segundo a autora, “continuou sendo definida pelos papéis ligados primordialmente à família e à maternidade” (CASTRO, 1997, p.137). Em fevereiro de 1960, por exemplo, a coluna “Feminilidades: mulher e lar”, do jornal *Folha de Londrina*, “aconselhava às mulheres ‘modernas’ que não abandonassem seus papéis de mãe e esposa, em decorrência de suas ocupações profissionais ou de compromissos sociais” (CASTRO, 1997, p.138), ressaltando a importância do cuidado dos filhos para a manutenção da ordem social.

Em contrapartida, ao analisar 64 processos criminais³⁵ redigidos entre 1941 e 1958, Castro (1997, p.139) afirma que, independentemente dos “discursos da elite intelectual”, muitas mulheres, principalmente as das classes populares (das quais fazia parte a maioria das mulheres presentes nesses autos), ocuparam espaços de trabalho, lazer e deliberativos. A

³⁵ Segundo Castro (1997, p.139), esses “64 processos são relativos a lesão corporal, injúria, calúnia e difamação, rixa, maltratos, abandono de incapaz, infanticídio, lenocínio, abandono material do cônjuge ou de filhos, suicídio, favorecimento de prostituição e tráfico de mulheres. Envolvem dois grupos distintos de mulheres: prostitutas ou mulheres sós ou casadas que figuram como vítimas ou rés em situação de tensão e conflito com outras mulheres ou com homens, produto da quebra da norma e de representações seculares femininas”.

autora conta que muitas delas sofreram com a arbitrariedade da polícia e foram “alvo de inúmeras tentativas de disciplinarização e controle”, e que nos registros policiais “abundavam” relatos de prisões de mulheres por transgressão “da ordem estabelecida” (CASTRO, 1997, p.139).

As mudanças que ocorreram desde o início do século XX, no Brasil e no mundo, possivelmente atravessaram o comportamento dessas mulheres — além disso, pelo fato de a maioria pertencer às classes populares, os contextos de pobreza devem ser pensados como variáveis que também as impulsionaram a frequentar espaços públicos.

Nesta análise, abordar a história de mulheres das classes populares é importante porque tanto a dinâmica de infecção do HIV quanto a articulação de grande parte da militância das ONGs/aids foram atravessadas por contextos de pobreza e dificuldades no acesso a direitos fundamentais como a saúde, como ressaltam Bastos e Szwarcwald (2000, p.68):

As variáveis sociais determinariam sempre alterações na ecologia das doenças infecciosas, ou seja, estratos mais pobres e menos assistidos tornam-se mais vulneráveis à difusão destes agentes por razões predominantemente biológicas (como pior imunidade), predominantemente sociais (menor capacidade de ter suas demandas atendidas, residência em locais com infraestrutura precária), no mais das vezes por razões, simultaneamente, sociais e biológicas.

Nos contextos de vulnerabilidades das pessoas pertencentes às classes populares, destacam-se, entre outros fatores, a dificuldade de acesso a insumos de prevenção, barreiras culturais, falta de recursos, situações de constrangimento subjetivo e objetivo, baixa escolaridade e pouco domínio da linguagem escrita, desemprego e problemas de moradia (BASTOS; SZWARCWARD, 2000).

Contudo, as histórias das mulheres que entrevistei, e de tantos outros ativistas das classes populares, exemplificam a interação entre a luta pelos direitos humanos e a superação de parte das desigualdades. A construção de propostas de enfrentamento da epidemia e do preconceito contra as pessoas HIV⁺ é marcada pela solidariedade entre grupos, e a sua luta foi imprescindível para a construção de alternativas de intervenção no contexto da epidemia de HIV/aids. Portanto, ao destacar a articulação política desses grupos, procuro problematizar histórias de vida de mulheres que não se pautaram em “teorias da vitimização” (FONSECA, 2000, p.16), buscando o enfrentamento da epidemia e a inserção em redes de solidariedade na vida cotidiana.

Creio que a articulação entre os estudos de gênero e a história da aids são imprescindíveis para a compreensão das falas das mulheres que entrevistei, afinal, como psicóloga busco possibilidades interpretativas que não se centram em questões reafirmadas por teorias que pensam a produção da subjetividade a partir exclusivamente das relações parentais e de objeto, pautada numa interioridade. Ao contrário, por pensar a sua produção a partir de linhas e fluxos que atravessam e partem de diversas direções em um território, os contextos históricos e culturais são fundamentais nesta análise, pois possibilitam reflexões aprofundadas sobre as mudanças e permanências expressas nas histórias das mulheres através da relação doença/política. Nesse sentido, analiso, a seguir, as questões relacionadas à pauperização da aids, à articulação do movimento da sociedade civil e a outros aspectos da construção social da epidemia.

Capítulo 3

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AIDS: HISTÓRIAS DE DESIGUALDADES

3.1 A Doença do Outro

A aids é uma doença que, pela sua interface com significados construídos culturalmente como a morte, o uso de drogas, a sexualidade e as práticas sexuais, é atravessada por uma série de discursos e conceitos moralizantes.

Encontramos, na história da humanidade, processos de moralização de doenças e de estigmatização de pessoas portadoras de alguma enfermidade, da mesma forma que nos discursos que atravessam a epidemia de HIV/aids. Segundo Sontag (2007), a ocorrência de doenças coletivas é, historicamente, encarada como castigo imposto.

A lepra e a sífilis foram as primeiras doenças consideradas repulsivas e representantes do pecado, e exemplo disso são as frases proferidas a respeito desta última entre o final do século XV e o início do XVI. Durante longo tempo ela foi considerada uma “maldição de prostituta” e como doença que representava castigo para o indivíduo transgressor das leis divinas. Outra imagem que atravessou a sua construção social foi a de invasão (algo que vem de fora, do outro), que atingia toda a coletividade.

A idéia de encarar as doenças temidas como algo estrangeiro, do “outro”, é uma característica historicamente relacionada à visão comum das “pestes”, e isto se evidencia na série de propagandas xenofóbicas pautadas em ideologias políticas autoritárias que têm o intuito de disseminar o medo e o controle (SONTAG, 2007). A peste bulbônica, por exemplo, reaparecida em Londres em 1720, foi considerada como proveniente de Marselha, o lugar geralmente tido como o ponto pelo qual ela entrava na Europa Ocidental, trazida por marinheiros, e de onde era difundida por soldados e comerciantes. No século XIX, a sua origem era associada “a lugares exóticos, o meio de transporte era imaginado de modo menos específico e a doença em si tornara-se algo fantasmagórico, simbólico” (SONTAG, 2007, p.116).

A associação direta de doenças a pecado teve declínio progressivo durante as sucessivas epidemias de cólera do século XIX. Em 1866, era recorrente a idéia de que essa doença, além de ser castigo divino, era consequência de deficiências sanitárias. O jornal norte-americano *New York Times*, em matéria publicada em 22 de abril desse ano, afirmava:

“A cólera castiga especificamente o descaso com as leis da higiene; é a maldição dos sujos, dos beberrões, dos degradados” (NEW YORK TIMES, 1866 apud SONTAG, 2007, p.120). Em 1930, a metáfora da peste era associada a catástrofes sociais e psíquicas, e as explicações científicas para essa doença passaram a se utilizar de patologizações psiquiátricas e psicologizantes. Segundo Sontag (2007, p.120), se hoje parece inconcebível que a cólera ou outra doença sejam encaradas como castigo divino, não é porque seja menor a capacidade de considerar a doença por um ângulo moralizante, e sim porque são doenças de outro tipo, agora usadas didaticamente como culpabilizações individuais pelo adoecimento.

Portanto, a partir do século XIX, ao discurso religioso moralizante e condenador se aliou o discurso científico, que contribuiu para o estabelecimento do caráter excludente, estigmatizador e individualizante do doente. O surgimento e a consolidação do discurso científico positivista, pautado em leis gerais, experimentação, medição, controle e na pretensa previsibilidade dos fatos fez com que, no século XX, fosse “quase impossível explorar com intenção moralizante as epidemias — exceto quando se trata de doenças sexualmente transmissíveis” (SONTAG, 2007, p.121). Num momento de avanço e dominação do discurso científico, quando não se acreditava mais na possibilidade do surgimento de uma doença epidêmica que fugisse do controle, a aids entrou em cena, reacendendo todo tipo de discursos xenofóbicos e culpabilizadores. Ela se tornou o exemplo ideal da projeção, para a paranóia política do Primeiro Mundo, do invasor oriundo do Terceiro Mundo, que condensa toda a série de ameaças míticas dos neoconservadores.

Os primeiros casos de aids surgiram na década de 1980, e a doença foi inicialmente chamada de “peste *gay*”, atravessada pelos discursos científico, midiático e moralista, os quais entoavam que ela teria surgido em razão da “permissividade generalizada de nossos tempos”, com suas músicas e atitudes sexuais libertárias “vulgares”, o uso de drogas, as famílias “desorganizadas” e os movimentos sociais “baderneiros” (SONTAG, 2007, p.126). Como denuncia Sontag (2007, p.126), “a aids e suas metáforas” evidenciaram toda uma política da “vontade — de intolerância, de paranóia, de medo da fraqueza política”. O potencial metafórico dos discursos moralizantes em relação a ela surgiu como resposta ao pavor de qualquer atitude, discurso ou estilo considerados subversivos às normas gerais pautadas na heterossexualidade compulsória, na monogamia, nos papéis sociais que associam as práticas sexuais à função reprodutiva e na abstinência de drogas ilícitas. Na sociedade ocidental, alguns desses temores já eram cultivados em gerações anteriores, como o medo de que mulheres brancas (das classes média e alta) tivessem vida sexual ativa sem fins reprodutivos.

Outros temores são produções contemporâneas, como o receio dos países ricos da invasão por imigrantes do Terceiro Mundo.

Segundo Parker (1994), no surgimento da aids os epidemiologistas internacionais consideraram os homossexuais, as prostitutas e os usuários de drogas endovenosas como “supostos grupos de risco”, responsáveis pela disseminação do vírus, caracterizando um período estigmatizador, excludente e violento com as pessoas HIV⁺:

[...] os vestígios de um autoritarismo institucionalizado às vezes ficaram muito evidentes na perseguição a supostos grupos de risco, como os homossexuais, prostitutas ou travestis, que foram freqüentemente vítimas da violência da polícia, legitimizada e justificada como uma atividade de prevenção da AIDS. (PARKER, 1994, p.40)

No Brasil, os discursos que então rondavam a epidemia eram marcados por informações equivocadas, que justificaram, durante algum tempo, a realização de práticas preconceituosas e cruéis, como os casos de pessoas que foram quase literalmente expulsas de cidades ou sofreram ameaças de violência física; muitos “especialistas” em medicina também foram responsáveis pela disseminação de idéias errôneas e alarmistas sobre a aids, e muitos médicos e hospitais se recusaram a tratar de pacientes doentes de aids (PARKER, 1994). Em 1987, Jonathan Mann, coordenador do Programa Global de Aids da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1986 a 1990, em discurso na Assembléia Geral da ONU, afirmou ser possível

[...] indicar pelo menos três fases da epidemia de AIDS, numa dada comunidade [...]. A primeira é a epidemia da infecção pelo HIV que silentemente penetra na comunidade e passa muitas vezes despercebida. A segunda epidemia, que ocorre alguns anos depois da primeira, é a epidemia da própria AIDS: a síndrome de doenças infecciosas que se instalam em decorrência da imunodeficiência provocada pela infecção pelo HIV. Finalmente, a terceira (talvez, potencialmente, a mais explosiva) epidemia de reações sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS. (DANIEL; PARKER, 1991, p.13)

Em todo o mundo, a partir da década de 1990, os programas públicos e da sociedade civil voltados à aids vêm sendo obrigados a refletir também sobre os fenômenos de feminização, juvenização e pauperização da epidemia, evidenciando a urgência de mapear as complexidades sócio-históricas, culturais, biológicas e subjetivas relacionadas às vulnerabilidades que, historicamente, atravessam os corpos. Nesta análise, busco complexificar, prioritariamente, as vulnerabilidades das mulheres, o que significa, por exemplo, compreender as construções socioculturais de outros períodos históricos

relacionadas ao corpo da mulher e que se evidenciaram com a emergência da aids, pois, como aponta Jeolás (2005, p.87), os “valores da feminilidade e da masculinidade são questionados com o [seu] surgimento”.

Para compreender o lugar ocupado pela categoria “mulher” — “ora situada ‘como vítima’ anônima de um parceiro contaminado, ora como ‘culpada’ por si mesmo” (GUIMARÃES, 2001, p.28) — no contexto da epidemia, é importante entender o impacto do movimento de ONGs/aids que, desde meados da década de 1980, teve participação efetiva na compreensão da dinâmica da doença e na construção de propostas para o seu enfrentamento. Foram os movimentos sociais que colocaram as mulheres na pauta de discussão.

3.2 A Construção da Militância em HIV/Aids no Brasil

Segundo Carrara e Moraes (1985), a aids chegou ao Brasil antes mesmo do primeiro caso de infecção notificado; ela foi anunciada pela imprensa que, acompanhando os pronunciamentos de médicos, jornalistas e políticos internacionais, iniciou o processo de construção social da epidemia e toda a série de debates homofóbicos, moralistas, sensacionalistas e xenofóbicos a ela relacionados.

No *New York Times*, a primeira matéria sobre aids foi publicada em 3 de julho de 1981, com o título “*Rare cancer seen in 41 homosexuals*” [“Câncer raro visto em 41 homossexuais”] (ALTMAN, 1981) — o que já evidencia uma das origens da série de estigmas e barbaridades promulgada pela imprensa brasileira em relação à infecção pelo HIV³⁶. No período que antecedeu a evidência da epidemia no Brasil, a imprensa contribuiu radicalmente para a propagação da idéia de que havia uma doença bizarra, restrita a um grupo de homossexuais de alta classe do Rio de Janeiro e de São Paulo que freqüentavam “centros internacionais como Nova Iorque ou Paris” (PARKER, 1994, p.25). No início da década de 1980, segundo Daniel e Parker (1991, p.33), o jornal *Folha do O Povo* anunciou, em manchete na primeira página: “Peste gay deixa toda a bicharada apertadinha”. A revista *IstoÉ* de 20 de abril de 1983 mencionou que dois casos da “praga gay” haviam sido notificados em

³⁶ Galvão (2000, p.51), ao analisar o caráter sensacionalista e preconceituoso das matérias que surgiram sobre a aids no início da década de 1980, lembra que jornalistas como Randy Shilts, nos Estados Unidos, e Simon Garfield, na Grã-Bretanha, desenvolveram relatos relevantes sobre a epidemia de HIV/aids, e ressalta que, no Brasil, também havia jornalistas que se especializaram em fazer coberturas sobre a doença, os quais eram reconhecidos pela maneira conscienciosa com que abordavam a questão.

São Paulo, entre homossexuais; em 12 de junho desse mesmo ano, a *Folha de S. Paulo* publicou que já havia sete casos de aids em São Paulo — e fala que um militante dos grupos *gays* Outra Coisa e Somos tomou a iniciativa de divulgar uma cartilha informativa sobre aids nos espaços mais freqüentados por homossexuais (GALVÃO, 2000, p.57).

No Brasil, como em outros países, o processo de consolidação de uma política nacional contra a aids foi bastante lento na década de 1980, por justificativas que vão desde a ausência de recursos até o fato de que os governos tinham o combate a outras doenças como prioridade. Apenas quando o número de pessoas infectadas começou a aumentar e “a atenção internacional começou a se concentrar na inércia nacional” o governo brasileiro começou a se movimentar (PARKER, 1994, p.40). Contudo, no final da década de 1970 e início da de 1980, começaram a surgir organizações de grupos reivindicatórios de direitos e combate à violência e à exclusão, como o movimento feminista, o ecológico e o *gay*. Parte da luta desses grupos se organizou em torno da campanha “Diretas já”, de 1984, na luta pelo retorno da democracia e pelo voto direto para presidente da República. A reprovação, pelo Congresso Nacional, da emenda constitucional (de autoria do deputado Dante de Oliveira) que restabelecia as eleições diretas para presidente gerou alto grau de ceticismo na população, que só seria parcialmente revertido com o lançamento do Plano Cruzado, em 1986 — mas o entusiasmo com esse novo plano durou pouco: a declaração da moratória aos pagamentos da dívida externa, a volta da economia inflacionária e a falta da prometida participação ativa da população (que se encarregaria de “controlar” os preços) acentuaram o descrédito dos brasileiros em um processo político aberto e participativo (PARKER, 1994).

Mesmo com o aumento alarmante de casos de pessoas infectadas e de óbitos em meados da década de 1980, o governo brasileiro não reagiu à epidemia de forma eficaz. A portaria que determinou a criação do Programa Nacional de Combate às DSTs e Aids dentro do Ministério da Saúde foi editada apenas em 1985 — no segundo ano da primeira presidência civil do Brasil desde o golpe militar de 1964 —, devido à forte pressão internacional. Contudo, só em 1986 o programa começou a funcionar, de forma relativamente limitada. Nesse ano, o Ministério da Saúde assinou outra portaria, estabelecendo a notificação compulsória dos casos de HIV (PARKER, 1994), mas foi em 1987 e 1988 que teve início a implementação de um programa educacional de combate à epidemia.

De 1986 a 1990, durante o Governo Sarney, o programa nacional de Aids foi dirigido por Lair Guerra de Macedo Rodrigues, e se transformou em um dos “maiores e mais controversos [programas] do Ministério da Saúde, com um orçamento anual de mais de 30 milhões de dólares e muitos funcionários” (PARKER, 1994, p.90). Exemplo da série de

controvérsias que atravessou as ações do programa nesse período são as campanhas educativas sobre os vetores de infecção do HIV: embora tenha sido identificado rapidamente que informações sobre a aids eram estratégias efetivas de combate à infecção pelo HIV, somente em 1987 e 1988 teve início um programa de educação (através de campanhas televisivas, folders, cartazes, panfletos e *outdoors*) em grande escala e em nível nacional, mas de forma inconsistente e, muitas vezes, vinculando as campanhas a informações carregadas de preconceito, caso daquelas que relacionavam o risco do HIV principalmente a práticas sexuais com vários parceiros e ao uso de drogas injetáveis. Portanto, muitas informações sobre o HIV eram atravessadas por mensagens contraditórias e excludentes, que restringiam o risco de infecção a práticas e “identidades” consideradas por grande parte da sociedade como indesejáveis, “promíscuas” e “imorais”. Porém, nesse período as ações do programa nacional foram, até certo ponto, importantes para a superação de parte do caos do sistema de saúde brasileiro, e colaboraram para o surgimento de serviços estaduais e municipais de combate à epidemia e para o estabelecimento de um diálogo entre estes. Houve também a formação da Comissão Nacional de Combate à Aids, que estabeleceu um fórum de debate entre os representantes do sistema de saúde pública, a comunidade científica e ativistas de movimentos sociais brasileiros.

Com a posse do presidente Fernando Collor, uma série de ações e ingerências administrativas atravessou o país, resultando em um ciclo de recessão econômica, inflação e deteriorização política e econômica. Em seu governo, o programa nacional de Aids foi coordenado pelo médico Alcenir Guerra, e se acentuou a sua deteriorização, pela evidência de ações moralistas comprometidas com um sistema de assistência privado, de falhas no sistema de distribuição de medicamentos, pela redução do orçamento e de funcionários destinados a ele. Durante quase todo o primeiro ano desse governo, o Ministério da Saúde suspendeu muitas das ações que vinham sendo desenvolvidas, como a distribuição de um boletim epidemiológico contendo os casos relatados à Divisão Nacional de DST e Aids. Outros exemplos podem ser encontrados nas campanhas educativas desenvolvidas em 1990, as quais incluíam cartazes e *outdoors*, programas de rádio e TV, que focavam a prevenção em imagens dos genitais humanos, no perigo das relações sexuais e das pessoas vivendo com HIV — o enfoque era amedrontador e culpabilizador, com frases e imagens como “Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar” (PARKER, 1994, p.94).

Essas campanhas pouco contribuíram na redução do número de pessoas infectadas, mas ajudaram significativamente a acirrar o preconceito e o pavor às pessoas HIV⁺, o que gerou fortes críticas e mobilização de ativistas, representantes da saúde pública e patrocinadores.

Em 1991, o programa nacional de Aids não tinha legitimidade e apresentava absoluta desordem de ações de prevenção e assistência. Em 1992, devido a uma série de denúncias de corrupção e má administração, Alcenir Guerra renunciou ao cargo, e Lair Guerra foi nomeada para a direção do programa. A partir daí houve uma série de avanços significativos: o sistema de vigilância epidemiológica foi melhorado, a notificação regular foi restabelecida, o estoque de medicamentos foi progressivamente reconstituído e foram retomadas ações educativas e preventivas mais progressivas. Também foi retomada a articulação política com a comunidade científica e com os ativistas; criada uma unidade de ligação com as ONGS/aids no próprio programa; estabelecida a participação do Brasil nos protocolos de vacinas coordenados pela OMS; convocada novamente a Comissão Nacional de Aids; e tiveram início as negociações com o Banco Mundial a fim de obter financiamentos para as estratégias de prevenção, assistência e pesquisa. No entanto, a crise causada pelas ingerências do Governo Collor e pelo processo de afastamento do presidente prejudicou e retardou as ações de todos os programas governamentais. Nesse mesmo período, percebe-se a mobilização de movimentos sociais na luta pela cidadania. Com a renúncia de Collor e a nova presidência, de Itamar Franco, houve melhora substancial em relação à situação política do país.

Em 1994, o Banco Mundial se inseriu no contexto mundial de combate à epidemia como financiador de projetos na área da saúde, o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento do programa nacional de Aids, e houve incentivo para a participação das ONGs como uma das suas estratégias de ação. Contudo, o fato de a maior parte das pesquisas relacionadas ao HIV ser financiada por órgãos internacionais (além do Banco Mundial, a Organização Pan Americana de Saúde, o Centro de Controle de Doenças e os institutos nacionais de Saúde dos Estados Unidos) submeteu os pesquisadores brasileiros e muitas propostas de intervenção dos programas Federal e municipais de DST e Aids, bem como organizações da sociedade civil, às exigências e aos critérios de avaliação e intervenção norte-americanos.

Em 1996, com o advento de uma nova classe de fármacos — os inibidores de protease — e uma nova abordagem terapêutica, com a utilização simultânea de múltiplas drogas, a política de combate à epidemia viveu um momento de vitória, e o número de vítimas da aids começou a reduzir. Ainda nesse ano, com a aprovação de legislação específica, garantiu-se o acesso gratuito das pessoas HIV⁺ aos medicamentos, em discordância às recomendações e advertências do Banco Mundial.

No Brasil, a adoção de uma política de distribuição de medicamentos via Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Governo Federal contribuiu de forma significativa para a qualidade de vida das pessoas HIV⁺. Contudo, desde então o país vem sofrendo pressões da indústria farmacêutica multinacional, que, amparada na legislação internacional sobre patentes, pratica preços abusivos para as novas drogas, como é o caso dos anti-retrovirais.

Desde a consolidação do programa nacional de Aids, houve muitas conquistas, como a realização de exames de carga viral³⁷, CD4³⁸, genotipagem³⁹ e, em 2001, foi implementada uma rede de laboratórios de estudo do padrão genético do HIV com o intuito de estudar o surgimento de variantes do vírus resistentes à medicação. Mas, apesar dos avanços e conquistas na política nacional de combate à aids, há ainda muitas dificuldades na sustentabilidade das ações e dos projetos de intervenção, burocracia, discordância sobre as diretrizes políticas de prevenção e assistência relacionadas à aids, além da própria conjuntura do país, que é pobre, desigual e violento, o que faz com que as pessoas HIV⁺ sofram preconceitos e discriminação e o número de pessoas infectadas aumente diariamente.

No decorrer da década de 1980, a luta pela redemocratização, a indignação com os processos de estigmatização das pessoas HIV⁺, a falta de assistência e de políticas de prevenção e o problemático processo de surgimento e desenvolvimento do programa nacional de Aids ocasionaram a formação acelerada de ONGs voluntárias (DANIEL; PARKER, 1991; GALVÃO, 2000), a partir do incentivo de comunidades *gays* americanas, visando combater a discriminação e o extermínio social do doente de aids.

O movimento *gay* internacional se tornou um dos grandes propagadores de informações e material educacional sobre HIV em todo o mundo, e, em 1985, começaram a surgir, no Brasil, respostas críticas sobre a forma como as pessoas HIV⁺ eram tratadas e sobre a forma como o governo enfrentava a epidemia. O ativismo contra a aids começou a tomar contorno com a consolidação de diversas instituições e organizações específicas de combate à epidemia e à discriminação. Várias organizações existentes, principalmente as *gays*, como o Grupo Gay da Bahia, de Salvador, e o Grupo Atobá de Emancipação Homossexual, do Rio de Janeiro, começaram a desenvolver ações de prevenção e educação que tinham como enfoque o combate à epidemia (PARKER, 1994).

Segundo Galvão (2000), entre 1985 e 1991 ocorreram, no Brasil, grandes transformações no cenário político e no da aids, no que diz respeito à criação de entidades

³⁷ O teste de carga viral identifica a quantidade de vírus circulando no organismo, ao contrário dos testes sorológicos, que assinalam a presença de anticorpos para o HIV (BRASIL, 2007).

³⁸ Células de defesa do organismo, que desenvolvem papel importante no sistema imunológico (ibidem).

³⁹ Genotipagem é uma importante ferramenta de monitoramento da resistência viral (ibidem).

voltadas para as dimensões sociais da epidemia. Indignados pelo número crescente de pessoas infectadas e o descaso com a saúde pública, profissionais liberais, sobretudo militantes ligados ao movimento *gay*, fundaram, em 1985, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (Gapa), em São Paulo, primeira ONG/aids do país. A partir daí, diversas outras instituições foram fundadas, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), em 1986⁴⁰, e o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Grupo Pela Vidida), em 1989, ambas no Rio de Janeiro. Num primeiro momento, essas ONGs foram formadas, em sua grande maioria, por voluntários, pois o acesso a recursos nacionais e internacionais era limitado e restrito. Visando otimizar o seu trabalho, houve a tentativa de criar uma rede brasileira de ONGs/aids e teve início o apoio da cooperação internacional através de organizações como Fundação Ford e Inter American Foundation (Estados Unidos), Catholic Fund for Overseas Development (Inglaterra), Misereor (Alemanha) e Diakona (Suécia), entre outras (GALVÃO, 2000). Ressalta-se, também, a criação, em 1986, pela OMS, do Programa Especial de Aids (posteriormente, Programa Global de Aids).

O ativismo desses grupos visava acompanhar, de forma crítica, as pesquisas que estavam sendo realizadas sobre o HIV e as novas drogas terapêuticas, e o desenvolvimento das políticas de prevenção e assistência local e internacional. Outras de suas perspectivas eram empreender ações para garantir a assistência e o tratamento de pessoas HIV⁺, apoiar os seus familiares, implementar campanhas educativas e informativas sobre a aids, além de pressionar o governo para que garantisse, por mandatos, medidas imediatas de combate à epidemia. Segundo Guimarães (2001, p.40), o “movimento espontâneo da sociedade civil diante da aids e seu transbordamento para todas as dimensões da vida social” foram considerados “pela OMS como uma ‘revolução inédita da saúde’, mobilizadora de um contingente ativista e diversificado em todo o mundo (Bastos, C., 1996), com um mesmo comprometimento: lutar em todas as frentes, médicas e não-médicas”, contra a aids e o preconceito.

Nessa conjuntura de falta de articulação entre as ONGS, a organização do Grupo Pela Vidida, fundado, entre outros, por Herbert Daniel⁴¹, foi importante, por ter sido a primeira organização brasileira formada, em sua maioria, por pessoas HIV⁺, seus amigos e familiares. O Pela Vidida contribuiu para dar visibilidade e voz aos portadores do HIV e no combate ao que “Herbert Daniel chamou de ‘morte civil’ dos indivíduos infectados pelo HIV” (PARKER,

⁴⁰ A primeira instituição brasileira fundada e presidida por uma pessoa assumidamente soropositiva: Herbert de Souza (Betinho) (GALVÃO, 2000, p.60).

⁴¹ Herbert Daniel, guerrilheiro, exilado político e uma das lideranças no movimento homossexual brasileiro, faleceu em março de 1992, aos 44 anos, de aids (ibidem).

1994, p.99). A entrada das pessoas HIV⁺ no cenário de lutas e reivindicações foi essencial para a consolidação de um “movimento de solidariedade” no Brasil.

No âmbito internacional, ativistas de diversos outros países também se articulavam para exigir que as dimensões sociais fossem debatidas paralelamente às biomédicas e epidemiológicas. Em 1988, na IV Conferência Internacional da Aids, realizada em Estocolmo (Suécia), várias ONGs, principalmente norte-americanas e européias, pressionaram para que assuntos como discriminação e estigmatização associadas aos doentes de aids estivessem em pauta (DANIEL, 1989; GUIMARÃES, 2001). Percebe-se, nesse contexto, que, em relação às estratégias de combate ao HIV, durante muitos anos a política internacional de aids e as agências de financiamento deram ênfase apenas aos aspectos biomédicos e epidemiológicos da doença, em detrimento das perspectivas sociais e dos direitos humanos.

Nos anos seguintes, houve uma série de conferências (Montreal, Vancouver, Genebra), ficando clara a intensa luta e reivindicação de ativistas do mundo todo pelo direito de expor suas experiências de prevenção e discriminação ao lado das ciências médicas e “verdades” epidemiológicas. Contudo, a década de 1990 não trouxe grandes avanços no diálogo com as ciências biomédicas, e o campo médico permaneceu como “soberano e impermeável a qualquer intrusão ‘externa’, mantendo a hegemonia do saber sobre a doença” (GUIMARÃES, 2001, p.44).

Essa realidade também refletia nas condições diferenciadas de intervenção dos países desenvolvidos e daqueles em desenvolvimento. Por terem mais condições financeiras, os primeiros desenvolviam pesquisas biomédicas e ditavam as regras dos modelos de prevenção a serem seguidos, apesar da existência de algumas tentativas de diálogo sobre prevenção e tratamento entre países ricos e pobres, das quais é exemplo o tema da Conferência Internacional da Aids realizada em 1998, em Genebra: “Fazendo Pontes”. Contudo, o discurso “globalizante da epidemia” não conseguia sustentar propostas de intervenção que problematizassem as diversidades e heterogeneidades econômicas, raciais, culturais e de gênero que atravessam a realidade dos países em desenvolvimento.

A divulgação de informações equivocadas e preconceituosas sobre a epidemia se tornou um agravante em relação ao aparecimento de casos de infecção do HIV nas relações heterossexuais estáveis, pois, considerando-se as diferenças culturais nos papéis sociais desempenhados por homens e mulheres, como falar de aids e práticas sexuais seguras em um contexto em que o homoerotismo (COSTA, 1992 apud GUIMARÃES, 1996, p.92) era a principal ligação com a epidemia? Como a aids foi associada, em um primeiro momento, a práticas “desviantes” (homossexualidades masculina, promiscuidade, perversão, prostituição e

uso de drogas), muitos homens não consideraram suas práticas sexuais arriscadas a contrair o HIV e a maioria das mulheres foi considerada “inocente” ou “pura” demais para vivenciar situações de risco (GUIMARÃES, 2001, p.30).

Na década de 1980, acreditava-se que as mulheres estavam imunes ao risco de contrair o HIV (BARBOSA; VILLELA, 1996, p.21). Só a partir de 1990, setores públicos ligados à sua prevenção começaram a reconhecer uma mudança na dinâmica de infecção do vírus. Embora a aids tenha sido (e ainda hoje é) fortemente associada aos homens, nessa década começaram as notificações de casos de mulheres, o que denuncia os dez anos em que a infecção, nestas, foi tratada com silêncio e descaso pela saúde pública (PARKER, 1994; BARBOSA; VILLELA, 1996; GUIMARÃES, 2001). Nesse período de silenciamento e omissão, os serviços de saúde da mulher e o campo das políticas públicas e dos programas oficiais associados ao controle da epidemia também podem ser considerados responsáveis pela feminização da doença (PARKER; GALVÃO, 1996). Segundo Parker (1994, p.9), embora o aumento da infecção entre as mulheres tenha sido estatisticamente observado desde a década de 1980, somente em meados de 1994 o programa nacional de Aids organizou uma reunião com ativistas e pesquisadores para debater a questão.

Com o aparecimento de casos de HIV entre mulheres heterossexuais monogâmicas, os papéis sociais estabelecidos historicamente de mulher “dona-de-casa”, “mulher ideal”, “mulher reprodutora”, “receptáculo passivo de sêmen” e a idéia de “lar sagrado” começaram a ser questionados. Como explica Carovano (1991 apud GUIMARÃES, 2001, p.30):

A Aids havia transposto as barreiras e armadilhas milenares que acobertavam as mulheres tidas como normais, sexual e socialmente passivas, para revelar que o gênero feminino não era apenas reprodutor e guardião do lar e da família. Possuía também uma sexualidade desejante, perigosamente ativa.

No início da década de 1990, o programa nacional de Aids “culpou” os homens usuários de drogas injetáveis e os bissexuais pelo aumento da infecção entre as mulheres, assim como a prática de sexo anal, revelando a via anal do prazer sexual não-reprodutivo em mulheres (VOELLER, 1988; GUIMARÃES, 2001). Embora não se possa negar que essas são vias de infecção pelo HIV em mulheres, há que se complexificar a compreensão dessa realidade.

3.3 A Aids entre Mulheres: O Silêncio das “Inocentes”

A dinâmica de infecção do HIV, desde o início da década de 1990, com a feminização da epidemia, aponta para uma multiplicidade de relações e conjunturas históricas que atravessam o corpo feminino e, sobretudo, para as relações de poder entre homens e mulheres nos planos cultural, subjetivo, social e econômico. Villela (2005, p.68) ressalta que diferentes mecanismos de exclusão, discriminação e opressão, relacionados ao gênero, à etnia, à faixa etária e ao modo de exercer a sexualidade também interferem no grau de saúde das populações, ao facilitar a ocorrência de alguns agravos ou ao dificultar o acesso a meios que garantam a prevenção e o cuidado.

O surgimento da aids e, depois, o processo de feminização da epidemia, como apontam Barbosa e Villela (1996), tornam evidente a problemática do modo restritivo com que as práticas de saúde concebem o corpo e o sexo das mulheres, pois, longe de ser uma doença de prostitutas⁴² e mulheres promíscuas, como muitos pensavam no início (e como muitos pensam ainda hoje), o HIV se apresenta como um risco para a população feminina em geral e, particularmente, para as mulheres com vulnerabilidades acrescidas pela precariedade das condições objetivas em estabelecer mecanismos e estratégias de prevenção, bem como com dificuldades de acesso a bens e serviços, com destaque para as mais pobres.

Segundo Wofsy (1992 apud BARBOSA; VILLELA, 1996), o material teórico produzido até meados da década de 1990 mostra que, até então, havia pouco conhecimento e pouca pesquisa sobre as vulnerabilidades das mulheres ao HIV, cujo corpo era tomado apenas pela sua função social de reprodução. Embora elas freqüentassem mais os serviços de saúde, os sintomas comuns à aids eram compreendidos, muitas vezes, como sinais de desequilíbrio psicológico ou de outra doença qualquer, o que dificultava o diagnóstico e a intervenção precoces (BARBOSA, 1996; BARBOSA; VILLELA, 1996).

As primeiras campanhas de prevenção na mídia visando especificamente as mulheres surgiram em 1994, “com o intuito de promover o uso do preservativo masculino por parte das mulheres sexualmente ativas” (PARKER; GALVÃO, 1996, p.10). Essas campanhas não

⁴² Segundo Guimarães (2001, p.25), em meados da década de 1980, exibiam-se, no Rio de Janeiro, “*outdoors* que estampavam o rosto de uma jovem branca, muito maquiada, evocando o estereótipo de prostituta, junto com a legenda ‘Quem vê cara não vê Aids’”. Entre 1987 e 1988, a Abia patrocinou a pesquisa “O impacto social da aids no Brasil: o caso do Rio de Janeiro” (com financiamento da Fundação Ford) com o objetivo de conhecer as características sociodemográficas dos casos de aids notificados pela Secretaria Estadual do Rio de Janeiro de 1982 até 1988. Dos casos analisados, 44 eram de mulheres, e apenas uma delas era prostituta.

problematizavam as construções socioculturais e as hierarquias de poder entre homens e mulheres, que impedem, muitas vezes, a negociação da camisinha.

Foi nessa década que a questão das vulnerabilidades femininas ao HIV começou a aparecer na pauta dos movimentos de ativistas e de ONGs da luta por direitos, no movimento feminista e no trabalho de organizações dedicadas à saúde da mulher. Desde os últimos anos do regime militar no Brasil, eles se articularam para exigir das autoridades a implementação de serviços de saúde da mulher sistemáticos e integrados, mas a ausência de programas e campanhas de prevenção à aids voltados às mulheres, na década de 1980, contribuiu para que a feminização da epidemia fosse um problema grave de saúde pública na década de 1990.

A mudança do perfil epidemiológico da epidemia de HIV/aids se tornou mais contundente no início dessa década, quando a incidência de casos de aids em mulheres passou a figurar de forma mais expressiva nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde e nos comunicados da OMS (GUIMARÃES, 1996). Esse aumento evidenciava que o HIV atingia de forma significativa a população feminina em razão das práticas sexuais com homens HIV⁺, o que contrariava o discurso de que apenas “mulheres promíscuas” e “usuárias de drogas” (GUIMARÃES, 2001, p.31) eram populações de alto risco ao vírus.

A principal causa de infecção das mulheres é a sua falta de poder de barganha no âmbito das relações sexuais — como escreveu Carovano (1991 apud GIFFIN, 1995, p.1), “mulheres que tentam introduzir o condom na relação freqüentemente são percebidas como ‘preparadas demais’ para o sexo, desconfiadas da infidelidade do parceiro, infiéis, ou mesmo infectadas pelo HIV”. A escassez de informações básicas sobre as vias de contágio do HIV, somada à associação inicial da doença com a homossexualidade masculina e ao comprometimento de fatores socioculturais relacionados à construção da sexualidade feminina acaba por tornar os procedimentos preventivos algo negado pelas mulheres. Isso porque tomar consciência dessas medidas e, ao mesmo tempo, executá-las, significa tomar consciência da necessidade de mudanças radicais em sua postura de vida, tornando-se mais autônomas, inclusive diante dos relacionamentos afetivos (GUIMARÃES, 1996, p.98).

Segundo Grossi (1998b, p.299), “o modelo de conjugalidade⁴³ ocidental moderno” centra-se na categoria (considerada universal) “amor” — a qual “mascara [...] os modelos hegemônicos de gênero com os quais homens e mulheres dialogam permanentemente”. A associação dos relacionamentos ao “amor” implica em dificuldades na incorporação de ações preventivas racionais, pois estas soam paradoxais a modelos afetivo-conjugais. Há, portanto,

⁴³ Conjugalidade é entendida, aqui, como um projeto afetivo-emocional de duas pessoas, não necessariamente vivendo sob o mesmo teto ou tendo filhos (GROSSI, 1998b, p.298).

toda uma conjuntura cultural, social e política que implica, para as mulheres, em diferentes noções de risco ao HIV, pois a capacidade de se protegerem da infecção depende da identificação da possibilidade de risco e das condições objetivas e subjetivas de exercer atitude preventiva. A desigualdade entre homens e mulheres atravessa a dinâmica de infecção do HIV.

Não se pode negar que nas últimas décadas tem havido certa flexibilização das normas de desigualdade dos sexos, das possibilidades de inserção da mulher na vida social e das conotações negativas relacionadas à sexualidade feminina associada ao prazer. Mas, embora se evidencie todo um contexto cultural, político e de reivindicações que demarca campos de transição histórica presentes no cotidiano, persistem muitas diferenças entre homens e mulheres em relação ao sexo, ao prazer e aos papéis sociais atribuídos a cada um, as quais são atravessadas por uma cultura constituída a partir da concepção de sexualidade normativa e prescritiva associada à reprodução (VILLELA, 1999).

Os modos pelos quais se organizam as ações de contracepção, prevenção às DSTs e de atendimento às queixas ginecológicas nos serviços de saúde tomam como pressuposto o controle da reprodução enquanto tarefa especificamente feminina, e a infidelidade masculina como “natural” e “instintiva”. Exemplo disso são as campanhas que se evidenciaram como diretrizes dos programas municipais, estaduais e Federal de prevenção à aids. Mesmo que o número de casos de mulheres infectadas tenha aumentado radicalmente, ainda é maior o número de homens infectados, mas grande parte das ações de prevenção tem sido focada na população feminina (o uso do preservativo masculino, por exemplo) (PARKER; GALVÃO, 1996), o que exclui, definitivamente, o entendimento de que as vulnerabilidades das mulheres se estabelecem numa relação com os homens e que, portanto, não há sentido em não incluí-los como parte das estratégias de saúde. Outro ponto a ser analisado é o fato de que, mesmo considerando o grande número de homens infectados, as dimensões das masculinidades e vulnerabilidades dos homens ainda são pouco problematizadas:

Pesquisas sobre uso abusivo de drogas, particularmente o álcool, sobre classe operária, prevenção de DST/AIDS, criminalidade e esportes, entre outros temas, apresentam uma amostra composta em grande parte, ou exclusivamente, por homens. Porém, essas pesquisas não tratam, em suas análises, necessariamente, da construção social das masculinidades. Em linhas gerais, como já apontaram alguns autores (Connel, 1995, Leal e Boff, 1996; Medrado, 1997, entre outros), *por muito tempo, as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e as ações políticas em saúde têm relacionado o conceito de ‘homem’ ao genérico ‘ser humano’ e o conceito de gênero às ‘mulheres.* (MEDRADO et al., 2000, p.13)

Apesar de se perceberem conseqüências das transições presenciadas no mundo contemporâneo, com a flexibilização das normas de relacionamento amoroso, conjugal e sexual, e na rigidez dos papéis e atribuições de mulheres e homens, em geral essas mudanças não têm implicado maior responsabilização masculina pelas conseqüências de seus encontros sexuais ou afrouxamento dos limites morais para o exercício da sexualidade feminina. Esta ainda é, muitas vezes, associada à existência do amor ou de um relacionamento, quaisquer que sejam os sentimentos atribuídos a tais termos (VILLELA, 1999). Conforme Guimarães (1996, p.93):

A estruturação da identidade feminina, diferentemente da masculina, segue o estereótipo do silêncio e do ocultamento. Entretanto, esse silêncio não se refere a um vazio, ou à inexistência de um discurso sobre o ser mulher. Visto como natural, esse silêncio simbólico que acompanha a sexualidade feminina em seus aspectos mais marcantes — como a primeira menarca, a perda da virgindade, a maternidade e a menopausa — é a forma pela qual é passada, de geração a geração, o modelo legitimado do ser mulher (Heilborn, 1980: 258). Essa cultura feminina explicita uma relação de desconhecimento das suas especificidades físicas, biológicas e emocionais, onde os tabus, preconceitos e interdições extremamente rígidos que circundam a expressão da sexualidade feminina compõem-se em verdadeiras estratégias de silêncio. Logo, essas estratégias reforçam o caráter de pureza, ingenuidade, fragilidade e inferioridade, atributos necessários à conservação da imagem legítima da mulher como a moça virgem, esposa fiel e viúva recatada (idem, p.259). Assim, falar sobre prevenção da aids, uso de camisinha e práticas sexuais mais seguras, mesmo as que não envolvam penetração, equivale a problematizar esse silêncio que significa e representa a presença de questões extremamente importantes para se pensar a participação da mulher na epidemia da AIDS.

Nesse sentido, analisar as características consideradas inerentes às mulheres possibilita estabelecer a complexidade de eventos, circunstâncias e condições que envolvem as suas vulnerabilidades ao HIV. Sugerir, por exemplo, que uma mulher “exija” de seu parceiro o uso de camisinha numa relação sexual como estímulo a práticas seguras é bastante simplista, pois, muitas vezes, esse discurso bate de frente com as representações de docilidade e amor romântico que atravessam, ao longo da história, o corpo das mulheres e as relações hierárquicas de poder entre os gêneros (VILLELA, 2005, p.67).

A própria idéia de “negociação”, tão recorrente nos discursos relacionados à prevenção atualmente, encontra dificuldades semelhantes, pois dificilmente a mulher que, por diversas razões, já não consegue negociar uma relação de sexo seguro com seu parceiro (como provam os inúmeros casos de violência e coação relatados por mulheres sobre seus

encontros sexuais com homens, ou o discurso de amor romântico⁴⁴ e fidelidade), estará apta a desenvolver essa habilidade a partir de uma ou duas intervenções pontuais (como se caracteriza a maior parte das palestras, oficinas e dos grupos relacionados à prevenção das DSTs e da aids). Assim,

[...] se considerarmos que a epidemia heterossexual do HIV tem atingido mulheres extremamente vulneráveis — pouco escolarizadas, fora do mercado de trabalho, que vivem suas relações conjugais a partir de padrões e posturas de gênero extremamente rígidas e tradicionais —, temos de admitir que uma proposta de adestramento da capacidade de negociação sexual com o parceiro só faz sentido quando é parte de uma estratégia mais ampla e contínua de reduzir a vulnerabilidade social dessa mulher. (VILLELA, 1999, p.209)

Portanto, há que se considerar que o corpo de homens e mulheres é atravessado por linhas de força e poder, constituídas pela multiplicidade de vivências, realidades, conjunturas e discursos, que se encontram presentes nas atribuições estereotipadas de feminino e masculino e que precisam ser problematizadas, “desnaturalizadas” nas práticas e discursos que envolvem a prevenção, a infecção e a reinfeção da aids.

Segundo Bastos (2006, p.83), atualmente a epidemia está em expansão, com marcadas assimetrias regionais e populacionais, e a dinâmica de infecção do HIV segue diferentes trajetórias no contexto mundial, o que caracteriza três grupos de países: em um grupo estão os países desenvolvidos e marcados por sociedades homogêneas (Finlândia, Noruega, Suécia e Dinamarca, por exemplo); em outro, as sociedades ricas mas heterogêneas (Estados Unidos, por exemplo); um terceiro é formado por países desfavorecidos, marcados por populações marginalizadas, em condições de pobreza e exclusão social (como os da África).

Nos países que constituem o primeiro grupo, a epidemia se estabilizou e foi revertida; contudo, além de serem economias de Primeiro Mundo, eles são caracterizados por sociedades homogêneas, cujas desigualdades sociais são irrelevantes. Neles, a incidência do HIV diminui progressivamente e, provavelmente, em pouco tempo se tornará um problema eventual e controlável. O segundo grupo é composto por países que, embora sejam economias potentes, são cenário de sociedades heterogêneas, seja em função da marcante desigualdade econômica, seja em função da exclusão de natureza social e/ou étnica de contingentes expressivos de populações (negros, imigrantes, etc.), que estão submetidos a contextos de

⁴⁴ Segundo Jeolás (2005, p.88), na “nossa sociedade, o afeto, a familiaridade e a sedução preponderam nas relações sociais, conforme assinala Paiva. Isso faz que a possibilidade de infecção por via sexual se torne improvável, uma vez que o risco é negado pelo afeto, sobretudo pelo sentimento amoroso, indissociável da confiança e da cumplicidade”.

vulnerabilidade ao HIV. O terceiro grupo é composto pelos países subdesenvolvidos, onde se congregam populações marginalizadas, que habitam favelas e guetos sociais, raciais ou lingüísticos, que têm elevadas proporções de pessoas desempregadas, à margem de qualquer proteção social e que procuram se manter ocultas mesmo frente a programas comunitários de auxílio a pessoas sob risco e/ou vivendo com HIV/aids (por serem ilegais, por estarem sob liberdade condicional e não desejarem explicitar que, ao consumir drogas, estão violando regras da condicional, por estarem “juradas” de morte por guangues rivais) (BASTOS, 2006, p.85). A exclusão social e a miserabilidade dessas populações as colocam em situação de extrema vulnerabilidade ao HIV, e, provavelmente, medidas preventivas não estão sendo eficientes na redução da infecção entre elas, pois se tratam, aqui, de contextos estruturais, em que o acesso a insumos de proteção e informações não é suficiente para combater a complexidade de circunstâncias desfavoráveis.

Capítulo 4

ANÁLISE DAS HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES HIV⁺: MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS

4.1 Os Sentidos da Doença Através das Experiências de Militância

A saúde é considerada um dos maiores valores da cultura ocidental. Entre nós, a doença traz indignação, sofrimento, humilhação; o doente torna-se socialmente desvalorizado, causador de problemas para o ambiente doméstico e para a sociedade. A doença põe em questão a fragilidade humana, a finitude do corpo, e é vivenciada, geralmente, como uma negação, ou seja, algo que rompe com o estado e o ritmo “normais” da vida (JEOLÁS, 1999, p.20).

Quando penso em uma mulher atravessada por uma sorologia positiva ao HIV, penso em uma mulher vivendo as possibilidades da sua própria sexualidade e de sua expressão de gênero; e que, frente à construção social associada à doença, busca formas distintas de lidar com essa condição. Afinal, “a soropositividade e a Aids”, como aponta Duarte (2003, p.6), podem ser consideradas uma “perturbação físico-moral”, pois colocam “em jogo dimensões vivenciais muito críticas, em função de sua associação com a sexualidade, com a moralidade e com a responsabilidade individual sobre a Aids no Brasil”.

Muitos autores descrevem a vivência de uma doença como algo que traz a possibilidade de as pessoas ressignificarem a própria existência. Nietzsche (2000) aponta a doença como oportunidade de pensamento, porque quando ela ocorre há o rompimento de certa regularidade dos fatos e de certezas e deveres antes inquestionáveis. Frente ao horror que causa o acometimento de uma doença, o indivíduo se vê frente à possibilidade de encontrar novos sentidos para a própria vida. Uma doença que, a princípio, carrega o signo da morte, pode torná-lo um espírito livre.

Segundo as histórias das mulheres que entrevistei, a experiência da infecção pelo HIV foi vivida, num primeiro momento, com medo, como algo desterritorializante e como sentença de morte. Kübler-Ross (1998, p.268), ao analisar a reação de seus pacientes acometidos de doenças graves diante do diagnóstico, percebeu que todos “reagiram quase do mesmo modo com relação às más notícias [...], isto é, com choque e descrença”. A autora descreve diversos estágios da relação dessas pessoas com a própria situação (negação e

isolamento; raiva; barganha; depressão; e aceitação) e ressalta que “muitos [...] fizeram uso da negação, que podia durar de alguns segundos até muitos meses” (KÜBLER-ROSS, 1998, p.268).

Campos (1998, p.105), em sua reflexão sobre a trajetória de vida de mulheres HIV⁺, afirma: “Tornar-se soropositiva implica assumir nova identidade social, momento de dor que provoca reações de revolta, ressentimento e angústia, além de mudanças na vida psíquica e afetiva da mulher”. De acordo com Sontag (2007, p.107), “todas as doenças metaforizadas levam a uma morte sofrida, ou se imaginam que o façam, não basta que a doença seja letal para que cause terror”. A aids foi vivida por Solange, Clara e Ana, em um primeiro momento, como condenação:

Eu passei por dois momentos [quando assimilou que é HIV⁺]. Primeiro caiu a ficha, eu lembro que eu quebrei todos os pratos da minha casa na parede, e eu pensava: ‘Você está viva, tem uma doença e vai morrer’. (Solange)

Eu fiquei com vontade de me jogar do Júlio Fuganti, que é um prédio que as pessoas daqui da cidade sobem pra se matar. (Clara)

[...] parece que meu chão saiu: eu com dor, prestes a ter um filho e sabendo ali do HIV? [...]eu levei um choque, eu só pensava: ‘Não, isso não está acontecendo, isso é mentira’. Aí, já veio um monte de médico, aquela correria terrível, e eu pensei: ‘Nossa!, acho que eu tou morrendo já’. (Ana)

Contudo, elas relataram que a experiência da doença, as questões que a doença lhes suscitou e, principalmente, a inserção e participação nos movimentos de lutas pelos direitos das pessoas HIV⁺ modificaram uma série de representações próprias sobre o corpo, os desejos e a infecção, além de ter modificado suas expectativas em relação ao futuro:

[...] Eu vou deixar o ser pros meus filhos, e não o ter. Isso é um privilégio, eu estou construindo uma história que vai fazer com que meus filhos lembrem de mim com respeito e admiração; nós estamos juntos construindo uma história de amor e respeito. Se a aids não tivesse passado na minha vida, não sei se eu conseguiria entender e viver isso tudo. (Solange)

[...] Tinha uma época que se me chamasse pra usar drogas eu ia, pra traficar eu ia, pra morrer eu ia. Eu fico imaginando que eu não tinha limite algum, porque eu gosto de movimento, de ação, e a aids me segura muito, ela me põe um pouco de freio, ela me ajuda a eu não largar a minha família. A aids me ajuda a viver. (Clara)

[...] em relação à minha consciência, eu tento ficar sempre em paz. Tou sempre em paz com as coisas ao meu redor, nada me abala fácil. Se você disser ‘Tem uma guerra lá fora’, eu penso: ‘Bom, vamos ver o que eu posso fazer pra enfrentar essa guerra’. Hoje, parece que eu não tenho medo de nada, entendeu? (Ana)

As histórias de Solange, Clara e Ana mostram ressignificação de concepções relacionadas à aids e à experiência da doença; esta não é mais sinônimo de morte. Ressalta-se, ainda, o fato de Ana ter relatado que, antes da infecção e da experiência de participação no ativismo, tentou o suicídio algumas vezes.

Quando você não faz correlação da vida com a morte, quando você acha que é imortal, quando você acha que nunca vai acontecer com você... Hoje eu entendo que eu não vou morrer porque eu tenho aids, eu vou morrer porque eu tenho vida. (Solange)

Vichi! Essa [a morte] é uma das únicas coisas que eu não quero que bata na porta da minha casa; eu tenho medo da morte. Eu lembro de uma oficina que eu participei, em Curitiba, e a gente tinha que escolher, entre várias palavras escritas em um papel, quais eram os nossos maiores medos, e eu fui a única que colocou a morte em primeiro lugar. Eu não tenho medo da aids, tenho medo da morte; da aids, não, porque a aids demora pra matar, mas a morte, quando chega, é sem chance, leva embora. (Clara)

[...] Minha vida mudou pra caramba com o HIV. Antes eu não dava importância às coisas, eu não tinha amigos, quando tinha não dava valor pra eles; hoje eu tenho amigos pra caramba, tenho mesmo, entendeu? Hoje eu aproveito as oportunidades pra fazer amigos; antes eu não fazia. Sei lá, acho que eu era muito revoltada, e eu não conseguia fazer amigos. Antigamente eu era uma pessoa preconceituosa, hoje eu não sou. Eu sempre me considerei uma guerreira, sempre tive que atravessar várias batalhas, nunca me prostitui, nunca usei drogas, mas já tive ao ponto de quase fazer isso, entendeu? Nunca matei, nunca roubei, eu nunca fiz nada que eu pudesse me envergonhar de mim, e hoje eu me acho mais guerreira ainda. Que nem eu falo pras minhas amigas... As minhas amigas que sabem que tenho o HIV me admiram pra caramba; elas falam assim: 'Ai, se eu tivesse no seu lugar eu já tinha me matado ou eu já tava usando droga; eu ia beber bastante, ia sair com todo mundo, eu ia me jogar no mundão até morrer, já que eu vou morrer mesmo'. E eu falo pra elas que não, que depois que eu descobri o HIV eu nunca chorei, nunca ninguém me pega lamentando a vida, eu tenho uma super disposição, o que você me chamar pra fazer eu vou. Eu tenho coragem, você entendeu? (Ana)

Sandra demonstrou outra apreensão da própria infecção e do significado da doença. Em um primeiro momento, ela não assimilou a sua soropositividade:

Depois que eu contei pro meu marido, ele foi fazer o exame, porque o pessoal do HU pediu, e a gente descobriu que ele era portador também. Ele se assustou na hora, e, aí, a gente começou a fazer acompanhamento. Mas, estranho, mesmo contando pra ele e, depois, descobrindo a sorologia positiva dele, eu mesmo assim, não sentia nada em relação ao HIV. Eu sabia que era do meu marido que eu havia pegado. Ele foi meu segundo namorado, o outro eu sabia que não tinha, então era dele que eu tinha pegado, isso eu tenho clareza — até porque eu descobri, uns anos depois, que ele já sabia. Mas, sei lá, acho que a ficha dele não tinha caído, que nem a minha.

Ao contrário de Clara, Solange e Ana, Sandra não vivencia a experiência do HIV de forma positiva. Aquelas se referiram à própria infecção como algo que lhes possibilitou viver melhor em muitos aspectos e enfrentar e ressignificar alguns medos, mas Sandra afirmou ter “ódio” da aids e medo que as pessoas a discriminem:

Isso [a lipodistrofia] acaba comigo, sabe? Eu não me olho quase no espelho, eu não olho porque eu vou ter que ver coisas que eu não quero ver, então eu só vou na frente do espelho, penteio meu cabelo rapidinho e saio; eu nunca paro e realmente me olho, nunca olho pra aquilo que a aids me trouxe. Mas eu sei o quanto ela me transformou. Às vezes eu me sinto um monstro, sabe assim? Ela me transformou muito, transformou o meu corpo. Então, assim, eu tenho raiva da aids, eu tenho ódio da aids, eu penso que se eu não tivesse aids eu não era assim; eu penso que se eu não tivesse aids o meu filho não tinha aids; se eu não tivesse aids o Marcos não ia ficar largando de mim, sabe? Tudo isso eu penso, sabe? Aonde eu saio as pessoas ficam olhando pra mim, e eu fico com muita raiva, tenho vontade de perguntar ‘O que é que foi?’, tenho vontade de xingar.

Para as mulheres que entrevistei, as mudanças de concepção sobre a doença não estavam diretamente relacionadas ao tempo de infecção, pois Sandra, embora soubesse ser HIV⁺ havia dezoito anos e, inicialmente, não tenha sentido a infecção como algo problemático, pouco transformou, durante esse tempo, a sua percepção do adoecimento relacionado a sofrimento e morte. Já Ana, que vivia a sorologia positiva havia cerca de dois anos, demonstrou rápida apreensão da associação entre doença e vida. É fato, nas histórias de vida, que o ativismo foi fundamental para elas reverem, em parte, suas noções sobre aids.

As histórias mostram que a aids e a militância são disparadoras de uma série de mudanças: houve a apropriação de conhecimentos e noções de cidadania, empoderamento⁴⁵, ascensão social, ressignificação de parte dos vínculos afetivos e aumento da auto-estima e da solidariedade, bem como consolidação de idéias de superação. A experiência da doença e o contato com o ativismo, portanto, viabilizaram alterações significativas, possibilitando algumas posturas críticas frente à epidemia e às vivências de exclusão social.

⁴⁵ Conforme Ferreira (2006, p.33), “O conceito de empoderamento, que foi bastante utilizado pelo movimento gay americano nos trabalhos de prevenção de aids, origina-se de uma tradição filosófica humanista e do modelo denominado de autofortalecimento (*self empowerment*), o qual dá ênfase às potencialidades de todo indivíduo em adquirir novos comportamentos a partir de técnicas participativas que encorajam a aprendizagem compartilhada e o fortalecimento das habilidades pessoais. Apesar da ênfase nas potencialidades individuais, esse modelo estimula a exploração de valores e crenças, bem como a compreensão dos fatores sociais que influenciam as escolhas e determinam a posição na estrutura da sociedade. No Brasil ele foi incorporado com algumas ressalvas, uma vez que fatores estruturais (classe, raça, gênero, idade) podem significar um forte limite para a autonomia do sujeito, pelas pressões que impõem. Assim, para pensar a realidade brasileira, o empoderamento deve ser considerado como um primeiro estágio para proporcionar mais autoconfiança às pessoas, que deverá ser seguido, necessariamente, do estímulo para que elas ampliem sua participação social em questões relacionadas à saúde e à educação (SCHALL; STRUCHINER, 1995)”.

As questões que remeteram essas mulheres à inserção no ativismo de ONGs, a partir de uma “morte” anunciada e dos estigmas e preconceitos que as concepções sobre a epidemia incitam, relacionam-se ao pressuposto de que, nesses espaços, elas acreditavam que encontrariam informações sobre a doença, outras pessoas HIV⁺ e ajuda para lidar com suas próprias questões. A evidência da aids as desterritorializou de noções e identidades engessadas e conhecidas, de esposa, dona-de-casa, mãe, e isso, aliado à militância, contribuiu significativamente para reconfigurar novas possibilidades de existência. A ocupação de espaços públicos de deliberação e controle, a visibilidade, o pertencimento a um grupo, aliados às conquistas de saberes sobre os próprios direitos, ao acesso a mecanismos de seguridade social e a posições sociais vão sendo elaborados no sentido da construção de exercícios coletivos de reflexão e de cidadania, e estes, por sua vez, geram posturas de enfrentamento de discursos estigmatizantes construídos em torno da aids e da figura da mulher:

[...] Londrina foi a segunda cidade do Brasil que liberou a distribuição gratuita de medicação. Então aquilo foi uma vitória. Quando os remédios chegaram, eu lembro bem que o secretário de Saúde e o prefeito foram entregar pra eu receber, eu tava com uma blusinha rosa, uma calça preta e uma rasteirinha no pé [risos], mas foi uma vitória. Ali eu entendi que a gente podia mudar as coisas em relação à aids, e eu nasci ali; eu falo que eu nasci com trinta anos, foi aí que eu entendi que a gente podia fazer muito mais do que aceitar as decisões e pronto. Então, de lá pra cá, eu conquistei coisas boas na minha vida, respeito, dignidade. Isso pra mim é muito importante. (Solange)

[...] Foi quando o Zé me chamou pra trabalhar na ONG, num projeto, como redutora de danos. Aí começou uma nova fase na minha vida. Hoje eu ando de cabeça erguida pela rua, meus vizinhos todos sabem que eu tenho HIV e eles não olham diferente pra mim. No início eles até tentaram olhar diferente pra mim, e eu já falei: ‘Não vem, não. Não é desse jeito que vocês pensam, não’. (Clara)

[...] Eu aprendi um monte de coisa lá [na ONG], e eu aprendi sabe o quê? Eu aprendi que as pessoas são muito medrosas, as pessoas se escondem muito, elas se preocupam muito com o que os outros vão dizer; as pessoas se escondem, preferem não ser reconhecidas, ficam olhando pros lados, rezando pra não ser reconhecidas, você entendeu? E eu acho que isso é errado. Quer dizer, hoje eu acho isso errado. O grupo também me ajudou a pensar assim. Hoje, se você chegasse e me dissesse que tem HIV ou qualquer outra dessas coisas que as pessoas têm medo, ou não gostam, eu ia querer saber de você, eu ia perguntar: ‘E aí, como é que você se sente? Como é isso pra você?’. Eu vivo melhor depois que eu conheci a ONG e a luta por direitos. Eu me sinto mais forte hoje. Se alguém me discriminar hoje, você pode ter certeza de que eu sei me defender. Qualquer um, você entendeu? Qualquer pessoa que diz algo errado, tipo o pessoal que eu conheci lá no grupo, que já se ferrou um monte, qualquer um que fizer isso

comigo hoje está ferrado, eu vou lutar pelos meus direitos. Se eu tiver que colocar meu ex-marido na cadeia ou pedir indenização, eu vou fazer, não aceito preconceito, você entendeu? (Ana)

[...] Eu lembro que era gostoso estar lá, eu estava convivendo com pessoas igual a mim, quer dizer, com a mesma doença minha, eu podia desabafar, podia falar da minha soropositividade, que eles sabiam, que eles eram iguais, então eu me sentia bem. Eu estava com pessoas que sabiam o que eu estava passando, que estavam dispostas a me escutar, a me ajudar; eu me sentia bem. Eu não me lembro de por que que eu estava lá, mas eu me lembro que me fez muito bem. (Sandra)

A experiência que Sandra tem do ativismo é diferente da experiência das demais. Mesmo tendo dito “*que era gostoso estar lá*”, poucas vezes ela se referiu à sua participação na ONG, e, inclusive, não lembrou o motivo que a levou a buscá-la. Lembrou que havia um grupo de pessoas HIV⁺ que se reunia lá, mas não sobre o que elas conversavam, apenas que era sobre aids. Mas tinha referência da ONG como um espaço onde adquiriu noções de cidadania: “*Aprendi os meus direitos e o que eu não tenho direito; tudo o que eu sei hoje eu aprendi dentro da ONG*”.

Não se pode descartar que ainda hoje essas mulheres podem ser foco de exclusão e estigmatização. Na pluralidade de realidades socioeconômicas em todo o mundo, vivemos um momento de transição e luta, e, em muitos lugares, a aids ainda é sinônimo de morte, desigualdade e descaso, como desabafou Solange:

[...] e eu fui apresentar o projeto [...] num congresso que teve lá [na Espanha], um congresso mundial de aids, e lá eu vivenciei umas coisas muito ruins. Era um congresso grande, tinha gente do mundo inteiro, e tinha umas salas pra gente tomar a medicação e dar uma descansada. Eu lembro que a gente tinha que carregar a medicação, e eram uns vidros grandes, e, naquela época, você não podia tirar o remédio do frasco original, e eu lembro que um dia eu sentei lá, num canto, e fui tomar meus remédios, e aí eu tirei os vidros da mochila e pus na minha frente. De repente, eu percebi que tinha um monte de gente em volta de mim, de países onde não tem medicação gratuita e o povo não tem acesso. Eu quase enfartei! Me perdi num choro, fiquei com muita vontade de ir embora: tinha um monte de stand chique no congresso, pessoas dando palestras sobre a medicação, e tinha um monte de gente ali que ia morrer porque não tinha o remédio. Eu conheci um conjunto de meninos lá da África, que eles foram pra se apresentar lá, meninos de onze a dezesseis anos, meninos tudo com o HIV, e que iam morrer porque não tinham acesso ao medicamento. Aquilo me deixou louca, eu fiquei passada.

É importante reorganizar e ressignificar a experiência da aids a partir, também, de outros elementos, buscando evidenciar na história da construção social da epidemia e na das pessoas HIV⁺ não só os casos de morte e abandono, mas também as trajetórias de luta e de

subversão de normas discriminatórias. É possível estabelecer outras associações em relação à aids, e dizer que ela, na nossa cultura, não é só sinônimo de perdas, é também referência de organização política, de movimentos reivindicatórios e de resistência, e de criação de novos modos de existência.

As histórias das mulheres que entrevistei não são exemplos da realidade de todas as mulheres HIV⁺, pois, além da sorologia positiva, estabeleci, como recorte analítico para a escolha das mulheres a serem entrevistadas, a vinculação a ONGs e a movimentos de defesa dos direitos humanos das pessoas HIV⁺⁴⁶. Segundo Ferreira (2006, p.98):

A inserção no movimento político de HIV/aids pode ser considerada um discurso capaz de criar um novo contexto social que dá significado à doença e oferece estratégias para controlá-la, fazendo parte de sua terapêutica; por sua vez, esse movimento instaura uma sociabilidade, a qual é capaz de dar um sentido político à doença.

A escolha por entrevistar mulheres ativistas deveu-se, principalmente, à percepção de que a inserção em movimentos reivindicatórios é um dos grandes exemplos do impacto da experiência da doença em suas vidas, e, em contrapartida, a vivência do ativismo é decisiva para que algumas ressignifiquem os sentidos da doença:

[...] [A inserção no movimento de redução de danos] Me deu força, coragem, me fez amar a aids; e, quando eu comecei a amar a aids, eu comecei a cuidar dela e cuidar dos outros. A entrada no movimento me ajudou a perceber que eu sei me virar sozinha, que eu não sou podre, não; que eu não preciso do meu marido pra viver. Hoje, eu acho que eu não consigo viver sem a redução de danos, sem estar acolhendo e ajudando as pessoas. Eu adoro o movimento, adoro ir fazer um trabalho de campo e encontrar uma usuária me esperando pra conversar com ela; eu informo as pessoas sobre o HIV, encaminho as pessoas pros serviços de Londrina, pro advogado, eu ajudo. Nem se eu ganhasse na loteria eu ia largar o movimento de redução de danos. Nem que seja pra eu fazer isso sozinha, com as minhas próprias pernas, eu continuo no movimento, ajudando as pessoas e me ajudando. (Clara)

Nas análises que seguem busco evidenciar e problematizar as legitimações e contradições que atravessam as histórias dessas mulheres, os relatos de práticas que contradizem e afirmam normas culturais e as idéias que são paradoxais a fatos de suas vidas a partir das seguintes categorias: vulnerabilidades à infecção e à reinfecção pelo HIV, mudanças ocorridas no campo afetivo-conjugal e nas concepções sobre a maternidade. A escolha por

⁴⁶ As experiências de ativismo fomentadas pela vivência do HIV são categorias importantes de análise das histórias de vida, mas não é meu objetivo, aqui, analisar o ativismo de mulheres HIV⁺.

esses recortes se deu em virtude de estudos teóricos e, principalmente, por serem categorias que se destacaram nos relatos.

A produção da subjetividade se apresenta por meio do discurso dos sujeitos, e indica as representações e os significados construídos a partir do controle exercido pelo poder. Ao traçar um panorama das construções socioculturais que atravessam os corpos das mulheres, bem como um panorama da aids, procurei mapear relações de poder e saber que, historicamente, se organizam em práticas sociais cotidianas e que produzem subjetividades e assujeitamento. Daqui em diante busco pontuar, nos discursos das mulheres que entrevistei, movimentos de resistência e legitimação de normas sociais.

4.2 Vulnerabilidades

A noção de que uma pessoa corre o risco de se infectar pelo HIV apenas por ter se colocado (conscientemente) em uma situação de maior ou menor risco é reducionista, pois existem “condições sociais de risco”, determinadas por processos complexos de desigualdade, exclusão social e desrespeito aos direitos humanos que acabam por diminuir a capacidade/potencialidade de uma pessoa de se proteger da infecção. O conceito de vulnerabilidade busca ampliar essa noção de complexidade, permitindo mapear a multidimensionalidade das relações que possibilitam a uma pessoa contrair ou não o vírus. Villela (2005, p.65) enfatiza que esse conceito

[...] aponta para a articulação de características pessoais (cognitivas, afetivas, psicológicas) com estruturas sociais de desigualdade (incluindo gênero, classe e raça), e ainda para os sistemas de produção de significados, que se geram a partir da elaboração e do rebatimento, na cultura e sobre os indivíduos, do seu lugar específico na dinâmica de produção de desigualdades, na determinação dos comportamentos individuais facilitadores ou dificultadores da aquisição do vírus.

Pesquisas recentes têm procurado relacionar a vulnerabilidade a aspectos ligados à saúde de populações específicas e a estratégias preventivas como, por exemplo, as questões da violência e do poder nas relações de gênero e o uso de substâncias psicoativas. Segundo Ayres (1995), a idéia de vulnerabilidade pretende reduzir a responsabilização individual de ter ou não uma prática de risco, fornecendo elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se infectar, dado o conjunto formado por certas

características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ao HIV ou para a menor chance de proteção frente a ele.

Os comportamentos associados à maior vulnerabilidade são entendidos não como decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, mas sim diretamente relacionados às condições objetivas do meio natural e social em que se dão, o grau de consciência que os indivíduos têm sobre eles e as suas condições objetivas de transformação a partir dessa consciência.

Os aspectos individuais se referem às questões de como o sujeito está refletindo sobre as informações que tem recebido e se está mudando suas práticas a partir daí (AYRES, 1995), e estão associados a comportamentos que possibilitam maior ou menor chance de uma pessoa se infectar, reinfectar e/ou adoecer. O aspecto social do conceito refere-se à questão dos elementos que interferem na comunicação dessas informações e na sua qualidade, tais como os meios de comunicação que podem ser acessados; a porcentagem do produto nacional bruto destinada a investimentos na saúde; o acesso a serviços de saúde; o comportamento de indicadores epidemiológicos (como o coeficiente de mortalidade infantil, por exemplo); os aspectos sociopolíticos e culturais; o grau de liberdade de pensamento e expressão dos diversos sujeitos; a relação entre gastos militares e gastos com saúde; e as condições de bem-estar social. O aspecto programático ou institucional diz respeito ao desenvolvimento de ações institucionais especificamente voltadas para o problema da aids: pronunciamentos oficiais das autoridades locais demonstrando compromisso com a solução; ações efetivamente propostas pelo Estado; coalizão interinstitucional para atuação; planejamento de ações e qualidade de gerenciamento destas; capacidade de resposta das instituições envolvidas; tipo de financiamento previsto para os programas propostos e continuidade dos programas; utilização de mecanismos de avaliação e retroalimentação dos programas (AYRES, 1995).

No relato de Ana é possível perceber, após a sua experiência da doença e inserção no ativismo, a apreensão da concepção de vulnerabilidade:

[...] eu não sabia quase nada [sobre aids]. As pessoas até comentavam algo, mas eu não registrava, não; na minha cabeça, eu achava que eu não conhecia pessoas vivendo com o HIV porque elas pegavam e morriam logo, porque eu acho que a primeira impressão que alguém tem, quando dizem que ela está com aids, é que ela é uma caveira. Então, se a gente não vê isso, a gente não se liga. Tem gente que pergunta se eu tenho certeza que eu tenho o HIV. [...] uma coisa que eu penso hoje: quem não está arriscado a pegar uma aids? Hoje eu penso assim, você entendeu? Porque as mulheres hoje têm mais liberdade. Mesmo que você me diga assim que você nunca deixou de usar camisinha uma só vez, que a camisinha nunca furou, eu vou dizer: 'Legal, mas, e se você conhecer alguém hoje? E se você se casar? E

se quiser ter filho? Você nunca vai deixar a camisinha de lado? E você tem certeza se seu marido tomou esse cuidado que você teve?'. Como é que alguém acha que não corre risco?

No que diz respeito ao avanço da epidemia entre as mulheres, a utilização do conceito de vulnerabilidade aponta para as complexidades sócio-históricas, culturais e biológicas que atravessam o corpo feminino, possibilitando a compreensão da multiplicidade de fatores que ampliam ou não as estratégias de saúde. Essa noção permite expandir os olhares e as abordagens de prevenção com mulheres soronegativas e soropositivas para além de ações e intervenções focadas numa perspectiva individualista. Segundo Bronfman et al. (2003 apud VILLELA, 2005, p.69):

[...] as diferentes formulações sobre o risco para o HIV — ‘grupos de risco’, ‘práticas de risco’, ‘situações de risco’ — mostraram-se insuficientes para a compreensão do avanço da epidemia entre as mulheres. De fato, as mulheres não constituem exatamente ‘um grupo’, pois totalizam mais da metade da população do planeta e guardam muitas diferenças entre si, em função de classe, raça/etnia e pertença cultural, não havendo traço identitário comum que as possa caracterizar como grupo. Mesmo os aspectos de subordinação de gênero, a vivência e o desejo/capacidade de enfrentamento dessa subordinação serão distintos para cada mulher.

No geral, as mulheres, por fatores subjetivos, culturais, sociais e biológicos, são mais vulneráveis que os homens a infecções por DSTs. Entre as várias explicações possíveis para isso estão as diferenças orgânicas, as dificuldades de acesso a meios de prevenção controláveis, os efeitos colaterais do uso de contraceptivos e o aborto ilegal, além da confiança no parceiro, a excitação que traz a idéia do risco, a violência sexual e doméstica de que é vítima, a aceitação social e o ocultamento da infidelidade masculina (GIFFIN, 1995; VILLELA, 1999). As vulnerabilidades que atravessam as mulheres ao risco de infecção pelo HIV, bem como as vulnerabilidades das mulheres já infectadas à reinfecção, são questões importantes de serem mapeadas, pois podem contribuir para o desenvolvimento de políticas de prevenção.

Nos relatos, foi possível mapear algumas das vulnerabilidades das mulheres HIV⁺ à reinfecção. Neles, destacaram-se os aspectos relacionados às vulnerabilidades programáticas, pois há certo descaso, no Brasil, com as pessoas soropositivas no que se refere à organização de políticas de prevenção à reinfecção pelo vírus. Dificilmente as campanhas apontam questões específicas que contribuem para torná-las menos vulneráveis à reinfecção⁴⁷.

⁴⁷ Em minha experiência com intervenções de prevenção à aids (palestras, oficinas e participação em grupos de adesão), em Londrina e outras cidades do Paraná, pude observar que muita gente não sabe que pessoas HIV⁺

Outras questões importantes, presentes nos relatos, são as vulnerabilidades individuais que propiciam a reinfecção. Ana e Clara, por exemplo, em alguns momentos de suas vidas, tiveram como critério de escolha de parceiros para relacionamentos afetivo-sexuais a sorologia positiva ao HIV. As razões que justificam essa escolha estão relacionadas a determinadas crenças, como, por exemplo: não ter direito de se relacionar com pessoas soronegativas; sentir-se “*podre por dentro*”; temor de infectar o parceiro — além da idéia de que apenas com uma pessoa HIV⁺ seria possível compartilhar a experiência da doença:

[...] Eu lembro que teve um rapaz que se interessou por mim logo depois disso, ele era amigo da minha prima, e eu até beijei ele. Mas, aí, ele quis transar comigo, com camisinha e tudo, mas eu recusei. Eu pus na minha cabeça que eu não tinha mais o direito de transar, que eu não podia mais ter uma relação, sabe? E o rapaz queria coisa séria comigo, namorar certinho, mas [eu] achava que eu não tinha mais esse direito. Eu achava que eu ia contaminar as pessoas, que nem fizeram comigo. Eu tinha dificuldade de conversar com as pessoas e de trabalhar; eu não contava pra ninguém que eu tinha o HIV. [...] eu achava que só eu tinha aids no mundo, quer dizer, eu e uma colega que tinha o exame confirmado. Eu tinha muito medo de ficar sozinha no mundo, eu tinha certeza de que ninguém nunca ia me querer se soubesse da minha sorologia. E foi aí que eu conheci meu marido. Conheci ele num bar, de madrugada, ele tava bebendo pinga. Todo mundo disse que ele tinha aids, e eu pensei: ‘Bom, se ele tem aids, é com ele que eu vou ficar’. Aí, eu resolvi ficar com ele. Se fosse hoje, eu acho que eu não pensaria assim. Na época, eu achava que eu só merecia uma pessoa com aids, eu achava que se a pessoa não tivesse aids ela não ia me querer nunca; que ela ia me rejeitar. Sei lá, eu me sentia meio culpada. [...] eu pensava que, se ele [o segundo marido] tinha aids, eu não precisava usar preservativo. Aí eu comecei a tomar anticoncepcional, pra evitar a gravidez. (Clara)

[...] Meu sonho é encontrar alguém que seja soropositiva. Tem que ser soropositiva, né, porque eu quero dividir com ele o que eu sinto, como é viver com aids; e quero que ele divida o que ele sente comigo também, o nosso mundo. [Você acha que só uma pessoa HIV vai te entender?] Só. Eu acho que só quem vive com isso poder entender. (Ana)

Entre as vulnerabilidades individuais, destacaram-se, ainda, os contextos e concepções que atravessam a sua relação com a família de origem. Percebe-se, nos relatos, a fragilidade e/ou a ausência de laços familiares, bem como concepções hierárquicas de gênero, o que contribuiu para que elas tivessem dificuldade em se perceber em situações de risco e/ou de buscar alternativas frente às próprias situações de violência.

Clara descreveu o drama que viveu com a perda da mãe e do irmão, e a mudança para São Paulo, de dois irmãos, o que a deixou sozinha com um pai que, apesar de amável,

não devem ter relações sexuais sem proteção, pois correm o risco de contrair subtipos diferentes do HIV e/ou aumentar a carga viral no organismo.

“*vivia bêbado*”. Ela buscou, no primeiro marido, “*apoio*”, alguém que cuidasse dela. Contou, inclusive, que, “*antes de juntar*” com ele, “*nem gostava dele*”. A extrema fragilidade do seu contexto familiar não só foi determinante no estabelecimento de sua primeira relação de conjugalidade como também contribuiu para configurar sua vulnerabilidade frente às cenas de violência física e psicológica sofridas nesse relacionamento. Como afirmou, não tinha suporte familiar e achava que só poderia contar com a ajuda do marido e da família dele.

Ana, aos doze anos, como seu pai havia abandonado a família, foi trabalhar em São Paulo, onde viveu cenas de maus-tratos e onde morou por cinco meses na rua. Apesar de todo o sofrimento e miserabilidade, não voltou para casa, pois tinha receio de ser molestada pelo padrasto. Ela só retornou para perto da família quando o pai adoeceu, pois, como única filha mulher, era sua “obrigação” cuidar dele.

Quando Solange decidiu entregar a guarda dos filhos ao primeiro marido, sua família reagiu de forma negativa, afastou-se dela, e ficaram anos sem ter contato, pois sua atitude foi entendida como abandono e irresponsabilidade. Ressalta-se, nesse contexto, a idéia culturalmente construída de que é “responsabilidade” da mãe cuidar dos filhos.

O marido de Sandra conscientemente a infectou e, antes de sofrer o acidente, saía para a “*gandaia*”, enquanto ela ficava sozinha em casa. Mesmo de posse dessas informações e da situação de invalidez em que ele se encontrava havia três anos, ela teve que esconder da família o relacionamento que mantinha com Marcos, pelo receio que o pai a condenasse, já que era uma mulher casada, o que efetivamente aconteceu, quando ela engravidou.

Ainda no debate acerca das vulnerabilidades individuais e da imbricação destas com questões socioculturais, é importante refletir sobre o fato de que as quatro mulheres que entrevistei apresentam baixas condições econômicas e foram criadas numa cultura popular que, segundo Fonseca (2000), entende, de forma explícita, a valorização da mulher agenciada ao casamento e à maternidade. Ou seja, seus relatos mostram que o fato de terem iniciado cedo seus relacionamentos conjugais e práticas sexuais as tornou mais vulneráveis à infecção.

Na análise das vulnerabilidades dessas e de outras mulheres HIV⁺, é importante refletir sobre os contextos de preconceito e estigmatização social a que elas estão sujeitas, inclusive por parte de equipes de saúde e assistência social, no momento em que demonstram interesse em engravidar:

[...] Ele [o médico] quase me matou. Ele ficou muito bravo comigo, disse que eu não tinha esse direito, que eu não podia ter ficado grávida, que eu ia colocar mais uma pessoa no mundo com aids. Foi o maior bate-boca: eu disse pra ele que quem ia cuidar do meu filho não era ele, que era eu. A gente começou a se xingar e ele disse que ia chamar o segurança pra me

tirar do HC. Foi o maior rebu, o hospital inteiro ficou em prantos. Eu fiquei puta com ele, era o doutor [...]. Ele me humilhou bastante quando disse que eu não tinha direito de ter um filho e que ia colocar mais uma pessoa com aids no mundo. Eu sempre achei que eu tinha o direito de ter um filho. (Sandra)

Provavelmente, essa conjuntura acarreta danos à auto-estima de muitas delas, o que prejudica a adesão à terapia anti-retroviral e, conseqüentemente, o sistema imunológico; e também a sua inserção em alguns espaços de sociabilidade. Esses, entre outros impactos, contribuem para torná-las vulneráveis à reinfecção:

[...] Eu passei um tempão sem tomar remédio, eu queimei duas terapias de bobeira. Eu pegava o medicamento pra enganar o médico, mas eu não tomava. Ah, tinha uma época que eu achava que os remédios eram veneno pra matar aidético, eu achava que o governo queria matar nós, achava que ele pensava assim: ‘Vamos dar veneno pra esses aidéticos, aí eles morrem mais rápido, e a gente se livra desse povo e acabamos com a aids’. (Clara)

Segundo Guimarães (2001), a invisibilidade dos casos de aids entre as mulheres, nos anos 1980, contribuiu para o estabelecimento de diagnósticos tardios, e, em muitos casos, só se descobria o vírus quando a mulher já havia desenvolvido uma doença ou estava morta. A dificuldade de identificação dos casos de infecção entre mulheres devia-se, também, ao fato de que

[...] a construção social da Aids [...] [pautava-se] em condutas e discursos biomédicos com forte viés ‘masculino’ [...] definidores dos testes de medicamentos que excluem a mulher, bem como dos conceitos e das interpretações da doença baseados na sintomatologia do doente homem. (GUIMARÃES, 2001, p.32)

As primeiras propostas de combate à feminização da aids, datadas da década de 1990, priorizaram o desenvolvimento de ações que buscavam ampliar a apreensão, pelas mulheres, dos contextos de vulnerabilidades que as atravessavam, bem como buscavam conter o aumento da transmissão vertical (BRASIL, 2007). Segundo Villela (2005, p.66), “no Brasil, como nos demais países pobres do mundo, a aids entre mulheres decorre prioritariamente de relações sexuais desprotegidas com parceiros do sexo masculino, envolvido com a mulher numa relação estável — namoro ou casamento”.

As mulheres que entrevistei não podem ser diretamente relacionadas aos chamados “grupos de risco”, pois, no momento da infecção, não eram usuárias de drogas e não se enquadravam nas definições de promiscuidade — eram mulheres que mantinham relações estáveis, monogâmicas, e foram infectadas pelos seus parceiros fixos, assim como grande parte das mulheres HIV⁺ em todo o mundo. No caso de Solange, Clara e Ana, contudo, há que

se levar em conta que elas mantinham relações sexuais desprotegidas com parceiros usuários de drogas, o que as caracterizava como em situação de risco. No início da década de 1990, segundo Guimarães (2001, p.30), “o Programa Nacional alardeou o bissexual e o usuário de drogas injetáveis masculinos como os principais vetores sexuais do HIV para as mulheres, junto com a prática de sexo anal, visto como outro fator grave de risco”. Percebe-se que, embora informações sobre HIV/aids já fossem veiculadas no período de infecção dessas mulheres, elas não se consideravam em contexto de risco ao HIV.

O imaginário construído em torno da epidemia durante toda a década de 1980 e as associações do vírus a determinados grupos contribuíram para que, mesmo de posse de algumas informações nos anos 1990, elas permanecessem estagnadas no paradigma dos “grupos de risco” e, conseqüentemente, ficassem vulneráveis à infecção, como exemplificaram Sandra e Solange. Esta sabia que seu marido havia participado de rodas de pico de cocaína até 1984, mas estranhou quando soube de sua infecção: “*se essa é uma doença de gay, puta e drogado, o que é que eu tinha a ver com essa história?*”. Segundo ela, a partir de 1994 já se ouviam informações sobre os vetores de infecção do vírus, contudo “*você não fazia correlação daquilo que você ouvia com a sua vida*”. Sandra, quando soube de sua sorologia, também estranhou:

[...] eu não tinha informação nenhuma, Na época, as pessoas não tinham informações sobre a aids, era muito pouca informação, e, quando eu ouvia alguém falar em aids, eu pensava: ‘Ah, isso é coisa dos artistas, gays, lésbicas, prostitutas’ — não era pra mim, não era meu, nada.

A idéia dos “grupos de riscos” não só contribuiu para estabelecer contextos de estigmatização e preconceito em relação às pessoas vivendo com HIV mas também para que muitas mulheres se tornassem vulneráveis ao vírus. Contudo, é necessário complexificar a dificuldade em correlacionar a própria vida com o risco de infecção pelo HIV apontada nos relatos. Ana, que se infectou em 2005, mesmo de posse de informações não fazia correlação do uso de drogas do companheiro ao risco de contrair o vírus. Além disso, no início do seu relacionamento, ela já sabia dos rumores que corriam, na cidade onde ela vivia, sobre a mulher de seu companheiro: que ela havia morrido de aids. Ana chegou a perguntar a ele se isso era verdade, e ele negou. Cerca de um mês depois de se conhecerem, foram morar juntos, e mantinham relações sexuais desprotegidas. Sobre ter ficado em dúvida quanto a ele ser HIV⁺, seu relato é contraditório: ela achava que “*era balela*”, e a prova eram os filhos dele, que estavam saudáveis; ao mesmo tempo, “*mesmo que ele tivesse me mostrado aqueles papéis, [que indicavam que sua mulher tinha cisticercose] eu, mesmo assim, tinha ficado com*

a pulga atrás da orelha. Então, sempre que eu tinha oportunidade, eu ficava procurando algum papel que me dissesse se a ex dele tinha aids ou não". Ou seja, mesmo intrigada, não se convenceu de que deveria negociar o uso do preservativo, afinal *"tava totalmente apaixonada por ele"*.

Guimarães (1996), Knauth (1997) e Heilborn e Gouveia (1999), ao analisar as representações da aids na vida de mulheres HIV⁺ de classes populares, na segunda metade da década de 1990, afirmam que a aids era um elemento estranho e inapreensível para a maioria dessas mulheres (como é para muitas ainda hoje), pois, em "seu universo representacional, este é um assunto que não lhes diz diretamente respeito" (HEILBORN; GOUVEIA, 1999, p.194).

Nas relações sexuais entre homens e mulheres, a dificuldade em negociar a camisinha pode ser entendida como exemplo dos atravessamentos das atribuições de gênero historicamente construídas, pois, na nossa cultura, muitas vezes, o fato de uma mulher carregar um preservativo mostra que ela está disponível sexualmente, o que faz com que muitas tenham proposto o seu uso no momento da relação, e, além disso, algumas podem ter receio de sofrer violência física ou psicológica — como contou Clara, *"se eu continuasse a pedir pra ele usar a camisinha, ele ia me bater. O que ia acontecer é que eu ia apanhar e ainda ter que transar sem camisinha; eu ia ter que dar pra ele, ter que dar, e sem preservativo, então era melhor ficar de bico calado"*. Juntam-se a esses elementos a idéia de que a camisinha coloca em xeque o ideal de amor romântico e a perspectiva de que a mulher que ama deve se entregar incondicionalmente ao parceiro. Campos (1998, p.88) ressalta que

[...] usar ou não a camisinha deixa de ser uma escolha individual e passa a ser uma decisão que implica custos benéficos, seja por colocar em jogo toda a relação afetiva a partir da dúvida e da infidelidade, seja por expor-se ao poder de decisão do parceiro, já que a camisinha quem usa é o homem.

A descoberta da soropositividade de um dos parceiros gera, muitas vezes, "ruptura de relacionamentos tradicionais, redefinição dos papéis de gênero e a assunção de identidades consideradas pelo grupo de referência como socialmente desviantes" (MAKSUD, 2004, p.19). Knauth (2002 apud MAKSUD, 2004, p.20) ainda ressalta que "a sorodiscordância em um casal é uma diferença difícil de ser aceita, que reproduz outras situações de diferença na sociedade". Na história de Sandra apareceram os impactos das construções socioculturais relacionadas a casais sorodiscordantes. Ela mostrou dificuldade em negociar o preservativo com o companheiro e o receio de infectá-lo; contudo, sobre a possibilidade de sua reinfecção, ela, que trabalha diariamente em uma ONG/aids e tem acesso a informações, nunca havia

parado “*pra pensar sobre isso*”, levando um susto diante de tal possibilidade. Além do receio de infectá-lo, temia, principalmente, a forma como as pessoas reagiriam caso o infectasse:

Eu fico pensando: será que ele vai ser infectar? Na verdade, ele já pode estar infectado. Outra preocupação que eu tenho é de que as pessoas me julguem. Sei lá, eu imagino que as pessoas acham que nós usamos camisinha, e eu acho que se um dia ele aparecer com um resultado positivo, as pessoas podem ficar com raiva de mim, achar que eu sou uma filha da puta, que infectei ele.

Das mulheres que entrevistei apenas Sandra não disse ter sofrido violência física ou psicológica por parte do companheiro, apesar de ter admitido: “*ele era muito ruim comigo*”. Segundo Brasil (2003, p.30):

[...] as mulheres são particularmente afetadas pela violência das relações amorosas, conjugais e/ou íntimas, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que servem às mulheres um lugar de submissão e de menor valor na sociedade. Nesse contexto explica-se a ocorrência predominante da violência contra a mulher no espaço doméstico, tanto a violência sexual quanto a física e a psicológica. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência os pais biológicos, padrastos, maridos, namorados ou ex-companheiros, irmãos, parentes próximos e conhecidos.

Ressalta-se, ainda, que a violência contra as mulheres deve ser entendida como um problema de saúde pública, “que pode ter conseqüências na saúde física e psíquica, e entre as conseqüências, as DST e o HIV/aids” (BRASIL, 2003, p.30). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência doméstica como um problema de saúde pública, pois acarreta danos à integridade física e psíquica. Grossi (1998b, p.304) afirma que, muitas vezes, a violência é uma “*linguagem que estrutura o contrato conjugal de muitos casais*”, configurando diferentes relações entre os parceiros e dificultando o rompimento dessa lógica:

[...] os atos de violência no vínculo conjugal — sejam físicos, sexuais, emocionais ou psicológicos — remetem a um cenário pré-estabelecido, no qual marido e mulher conhecem papéis e repetem na maior parte do tempo um texto socialmente conhecido, texto que oscila entre amor e dor, texto aprendido no processo de socialização mas também escrito e re-escrito por ambos os parceiros. (GROSSI, 1998b, p.308)

Outras questões importantes são as conjunturas afetivo-conjugais que muitas mulheres estabelecem com seus parceiros, geralmente pautadas em idéias como as de que *quem ama confia* e, portanto, não precisa usar camisinha, que *homem é só um* e que *a mulher não deve se separar*, pois corre o risco de ficar sozinha:

[...] o pessoal do Coas me orientou a usar camisinha e eu tentei falar com o meu marido, e ele disse que se eu realmente amasse ele, eu não ia querer usar camisinha, porque era muito ruim. [...] Eu achava que ele era o grande amor da minha vida: eu tinha perdido a virgindade com ele, já tinha um filho com ele, e ele também dizia que, se eu largasse dele, nenhum homem na face da terra ia querer ficar comigo; que, se quisesse ficar comigo, era só pra comer o meu rabo. Ele dizia que eu tinha filho e que nenhum homem ia me querer pra algo sério, que só iam zoar comigo, e eu acreditava.
(Clara)

A difusão das idéias de amor romântico está profundamente envolvida com a transição socioeconômica ocorrida entre o século XVIII e o início do XIX, com a ascensão do capitalismo. Giddens (1993) aponta que entre as conseqüências desse período estão o estabelecimento da idéia de lar como espaço protegido e seguro, as modificações das relações entre pais e filhos, e a construção da idéia de que a mãe seria responsável pelo cuidado dos filhos e do marido (o que restringiu a mulher ao ambiente doméstico e a instaurou como representante da afetividade e do amor). Organizou-se, portanto, o ideal do amor romântico diretamente associado à função da maternidade e à vida conjugal. Esses contextos culturais dificultam a adoção de medidas preventivas pelas mulheres, pois, ao exigir um preservativo, elas estariam rompendo com ideais românticos:

Não [se sente responsável por ter contraído o HIV]. Primeiro, porque eu não sabia que tinha que usar a camisinha. Também não sei, se eu soubesse, se eu usaria, porque eu amava muito o meu marido, entendeu? Como tem muitas mulheres, hoje, que não se protegem muito, não, mesmo tendo toda a informação disponível. Ainda mais se você tiver um marido ignorante como era o meu, você não vai usar a camisinha e ponto. O investimento, hoje, que a gente faz, nas meninas adolescentes, é que a gente quer que elas se tornem mulheres que possam fazer suas escolhas, e eu olho pra aquelas meninas e lembro de mim: continua tudo igualzinho. Quando você ama, você negocia aquilo que não tem preço. Quando você lida com sentimento, quando você lida com afetividade... mas não tem por onde: ou você trabalha com os dois lados, que é o homem e a mulher, ou você não joga mais essa obrigação nos ombros da mulher. Porque, pra mim, é isso que é muito foda, a mulher já é responsável, sozinha, pela maternidade, e você ainda tem que ser responsável pela infecção do HIV! E, me parece que, embora tenha tido muitas conquistas das mulheres, ainda vai demorar umas quatro ou cinco gerações pra mudar isso. A mulher ainda não tem autonomia; mulher, quando ama, fica boba, ela não quer perder o ser amado de jeito nenhum.
(Solange)

Muitas mulheres ainda estão impregnadas de certa permissividade à condição de masculinidade associada à traição e ao direito ao prazer, e, embora contrarie a confiança estabelecida entre o casal, o fato de o homem buscar uma mulher fora de casa, ou sempre querer transar, é considerado algo natural e esperado. Heilborn e Gouveia (1999, p.181) colocam que as mulheres HIV⁺ que foram contaminadas por seus parceiros “concebem a

contaminação sob uma ótica de legitimidade, uma vez que esta ocorre num contexto aceitável, a conjugalidade, o que as distinguem dos demais ‘outros’ doentes”. Certa vez, perguntaram a Solange se ela cuidaria do marido “*até o fim*” caso soubesse que ele havia se infectado em um relacionamento extraconjugal, e ela não soube responder (não sabia a resposta na época da pergunta nem no momento da entrevista). Sandra (que nem sempre sente prazer quando tem relações sexuais), quando não está a fim de sexo não consegue dizer isso ao marido:

É difícil falar das coisas relacionadas a sexo com ele, ele é machista. Mas, sabe, na verdade eu não gosto de sexo, eu não tenho desejo; é muito difícil eu estar a fim de transar, eu pensar assim ‘Ai, hoje eu quero transar’, e é foda. Se o Marcos chega em casa e eu não estou a fim de transar, ele já fica pensando besteira, já fica achando que eu tou com outro cara, e, às vezes, eu não tenho desejo. Outro dia, ele ligou em casa e disse: ‘Ai, tou morrendo de saudade de você e do Pedro; tou morrendo de saudade de transar com você’. Eu estava meio brava aquele dia, e eu disse: ‘Mas eu não estou com vontade de transar com ninguém, eu estou com saudade de você, e não do sexo’. Tem dia que [...] eu transo porque ele vem e mexe comigo e eu acabo sentindo prazer, mas tem dia que eu digo assim: ‘Ai, goza logo’. Aí ele fica chateado, fica bravo, fala que também não quer; depois eu fico com dó, e acabo dizendo ‘Não, então, vamos continuar, quem sabe...’, e aí eu acabo fazendo. Sabe, eu nunca pirei com sexo, eu acho que se eu vivesse sem sexo, seria numa boa.

Sandra mostrou permissividade ao desejo do companheiro. Salen (2004, p.22)⁴⁸ assinala que, muitas vezes, os gêneros são pautados em “regimes sexuais diferenciais. Os homens são percebidos como padecendo de ‘mais necessidade de sexo que a mulher’, subentendendo-se aí que, além de *mais freqüente*, a necessidade masculina é *mais urgente* do que a feminina”. A autora reflete sobre a idéia de “descontrole sexual” do homem em oposição à de que as mulheres teriam menos interesse e desejo por sexo, o que se deve ao mito de que o desejo delas está diretamente relacionado a vínculos afetivos e o deles, não. A possibilidade de traição no homem é vista como natural e presumível, considerada um ato involuntário, enquanto nas mulheres esse ato seria intencional e relacionado à dimensão dos sentimentos.

Inclusive, na história de Sandra, a referência a “não sentir nada” em relação a fatos importantes de sua vida também apareceu quando ela contou que, no dia seguinte ao enterro da criança que morreu em seu ventre, continuou a vida. Embora ela tenha relatado sofrimento, percebe-se anestesia frente aos próprios afetos, que se amplia para as dimensões sexual, afetiva e profissional. Inversamente à expressão do HIV na vida das outras mulheres que

⁴⁸ Importante ressaltar que, em sua pesquisa, a autora se refere a homens e mulheres das classes populares.

entrevistei, a doença potencializou, em Sandra, os papéis de passividade historicamente atribuídos às mulheres.

Para compreender a questão da aids no contexto das relações afetivo-conjugais e de gênero, a interpretação histórica de fatos individuais e sociais que ocorrem no interior das relações conjugais é imprescindível. Campos (1998) aponta que o entrelaçamento da relação afetivo-sexual com a vivência da aids ocasiona crises conjugais e exige novos posicionamentos das mulheres. Assim, estabeleci as relações afetivo-conjugais como uma categoria na análise das entrevistas.

4.3 As Relações Afetivo-Conjugais

No Brasil, no período colonial, as relações de conjugalidade e os casamentos eram submetidos aos interesses econômicos e sociais das famílias, e não às dimensões afetivas: “O amor não era um pressuposto necessário à ligação conjugal. Como, aliás, a atração física, cuja ausência ou presença em nada alterava a composição da aliança” (COSTA, 1989, p.216). No século XIX, o matrimônio se configurou em torno da hereditariedade: o casal, por interesses econômicos do Estado, se organizou em torno da criança. Nessa perspectiva, a escolha do parceiro conjugal se pautava em normas higienistas, e “a saúde do filho não dependia apenas do trato que lhe fosse dado após o nascimento. Ela estava ligada à saúde dos pais” (COSTA, 1989, p.219).

O médico teve papel fundamental nessa transição, pois, através da sua função normalizadora e disciplinadora, engendrou regras de casamento, onde os valores patriarcais foram suprimidos e colocadas promessas de relacionamentos pautados na afetividade e no prazer. As questões relacionadas à sexualidade não comprometiam a estabilidade familiar, já que havia o incitamento da cópula apenas para fins de procriação — discurso legitimado pela Igreja, que reprimia o ato sexual que não tivesse essa finalidade.

O discurso higienista reprimia as dimensões do prazer mas exaltava a sexualidade conjugal, e o sexo se tornou objeto de intervenção médica. A regulação da sexualidade através da medicina teve como propósitos conter os homens casados, para que não se relacionassem com prostitutas (evitando assim a possibilidade de que estas engravidassem), e estimular a vida sexual das mulheres casadas, descrevendo a sua anatomia e ensinando-as a ter orgasmos (gozo entendido com vistas à procriação). Apregoava-se que o “ponto culminante da união

conjugal era o amor. Mas, ao contrário do amor romântico, o amor higiênico era pragmático. Reclamava-se seus vínculos com a sexualidade e a procriação” (COSTA, 1989, p.231). A nova organização social do período Industrial, a promulgação dos valores burgueses europeus e as conseqüências de eventos como a Revolução Francesa foram campos propícios para o incitamento ao amor. Nesse contexto, o discurso higienista teve papel fundamental como articulador e estimulador do amor romântico individual, manipulando isso em interesse próprio. Segundo Costa (1989, p.232), o “amor tornou-se o substituto da ética religiosa-patrimonial. Criou o novo código coercitivo das relações entre homens e mulheres”, estabelecendo a obrigatoriedade das relações sexuais “amorosas” no casamento, no limite da casa, lugar seguro para a prole. “Gozar com amor significava tirar o máximo prazer da vida em família” (COSTA, 1989, p.234).

Outra finalidade do incitamento ao amor no contexto das relações de conjugalidade dizia respeito ao estabelecimento e ao controle das novas atribuições de gênero no casamento. Foram consideradas características das mulheres a “fraqueza, a sensibilidade, a doçura, a indulgência e a submissão” (COSTA, 1989, p.236), que seriam “evidentes” na sua forma de amar. As reações masculinas ao amor eram caracterizadas pelo vigor físico e intelectual, pela força, altivez e racionalidade. Havia, portanto, a idéia de complementaridade entre os sexos. Construiu-se a noção de que diferenças entre homens e mulheres seriam solucionadas no âmbito das relações matrimoniais, pois ambos estariam envolvidos com a responsabilidade de criar os filhos. A paternidade e a maternidade foram consideradas atos de amor e a finalidade do casal.

A associação entre mulher e maternidade, já amplamente debatida nesta análise, agenciada ao discurso do amor no âmbito das relações amorosa se configura como um dos projetos mais ambiciosos de controle da população. Daqui em diante reflito sobre os efeitos desses discursos consolidados a partir do século XIX, que atravessam as relações afetivo-conjugais, nos contextos e histórias de vida das minhas interlocutoras, buscando apreender os impactos da experiência da soropositividade e da militância nas suas relações de conjugalidade.

Ao analisar essas relações no contexto da epidemia de aids na França, Giarni (1995 apud OLTRAMARI, 2007, p.83) diz que “até 1995 as mulheres não tinham sido especificamente estudadas e as relações de conjugalidade já estavam despontando como um problema para a prevenção da AIDS”, e ressalta que essa doença “inaugurou uma nova significação no campo da sexualidade”.

Diversas crenças e informações distorcidas permearam a aids, o que contribuiu para a consolidação de mitos como o de que o “bom sexo, [é] protegido ou realizado com quem se confia, com quem se ama e o mau sexo, realizado de forma venal, com vários parceiros ou com quem não se ama” (OLTRAMARI, 2007, p.83). Portanto, “a prática amorosa foi considerada uma conduta de segurança em relação a AIDS” (OLTRAMARI, 2007, p.83), o que contribuiu para o aumento das vulnerabilidades ao HIV no campo dos relacionamentos afetivos.

Para melhor compreender as implicações de uma sorologia positiva no contexto das relações afetivo-conjugais, utilizo autores que refletem sobre questões de gênero. Esses estudos possibilitam refletir sobre a complexidade das relações de poder presentes nos diferentes contextos históricos que circunscrevem as representações culturais entre os sexos (PISCITELLI, 2002). Com base em estereótipos de gênero, os corpos vão sendo socialmente representados, e cada cultura inscreve e normatiza, neles, atributos de conduta de feminilidade ou masculinidade, que vão moldando “identidades de gênero”⁴⁹ e papéis sociais no contexto dos relacionamentos afetivos (CAMPOS, 1998).

Como a aids se apresenta, em nossa cultura, diretamente vinculada ao campo da sexualidade, é importante

[...] perceber que podem existir diferenças nas representações sociais quando as relacionamos com as identidades de gênero. Isto porque, existem crenças e valores referentes à sexualidade feminina e masculina que influenciam as representações sociais que homens e mulheres elaboram sobre a sexualidade e a AIDS. (OLTRAMARI, 2007, p.85)

Essa rigidez das identidades e dos papéis culturalmente construídos a partir de lógicas binárias, que estabelecem equidades entre vagina/feminino/passividade/espço privado e pênis/masculino/virilidade/espço público pode ser questionada no momento em que, por qualquer motivo, se rompem algumas hierarquias e cristalizações de papéis (afetivos, relacionais ou sociais) “destinados” a determinados corpos. Para algumas mulheres HIV⁺, a crise causada pela infecção pelo HIV e a inserção em movimentos reivindicatórios possibilitam a ruptura de algumas normas sociais, a revisão de papéis conjugais enrijecidos e mudanças significativas nos seus relacionamentos afetivos, como ressalta Campos (1998, p.102): “a mulher, como sujeito psíquico, social e histórico, inserida em seu contexto cultural, simboliza, com suas atitudes e posicionamentos diante da crise da Aids, as relações de poder existentes na relação conjugal e também a disposição afetiva para o enfrentamento da crise”.

⁴⁹ Segundo Grossi (1998a, p.9), “identidade de gênero é uma categoria pertinente para pensar o lugar do indivíduo no interior de uma cultura determinada”.

Para Clara, a experiência do HIV e, principalmente, a participação no movimento social de redução de danos, possibilitou a reconfiguração e a politização de sua inserção em espaços públicos, bem como a ressignificação da percepção que tinha de si mesma, o que acarretou posicionamentos diferentes também diante do companheiro:

[...] Meus vizinhos ficaram de boca aberta, porque começaram a perceber que a doida da aids trabalha muito, que sai de manhã e volta à noite; que trabalha muito, que sustenta a casa, que tem informação. Até pro meu marido eu consegui mostrar que eu não era tão coitadinha quanto ele achava que eu era: antes, ele falava que eu era podre e eu concordava; hoje, não.

Para as mulheres que entrevistei, a vida afetivo-conjugal teve início entre os treze e os dezesseis anos, e elas logo tiveram filhos. Nas suas histórias, percebe-se que havia certa urgência em casar e estruturar família, e isso por diversos motivos — desorganização familiar e ausência de afeto e cuidado, por exemplo. Segundo Saldanha e Figueiredo (2002), para muitas mulheres, o desejo de sair de casa e constituir uma família estruturada contribui na consolidação de uma postura de passividade diante de qualquer acontecimento que venha perturbar a ordem do “lar, doce lar”. Assim, as suspeitas levantadas contra o parceiro não são motivo para questionamentos ou confrontos, e a confiança estabelecida vai se basear no investimento imediato. Ana, apesar de perceber sua condição de risco ao HIV, nunca usou preservativo na relação com o companheiro, afinal “tava apaixonada, tava mesmo, entendeu?”.

Abordando a utilização de métodos preventivos em relação ao HIV no contexto das relações afetivo-conjugais, Oltramari (2007, p.83) ressalta que “é importante entendermos que as representações sociais da AIDS poderão também estar vinculadas aos significados que instrumentos como o preservativo possuem frente ao comportamento sexual dos grupos” — representações que são permeadas por valores morais constituídos socialmente e que fazem com que as pessoas apresentem certas atitudes frente ao uso ou não do preservativo. Sandra evidenciou essa rigidez de valores, pois, apesar do medo de infectar o companheiro, colocou que a responsabilidade e a decisão pelo uso do preservativo são dele:

No começo, quando a gente começou a sair, eu pensava que eu só ia transar com ele de camisinha, tanto que eu demorei uns três, quatro meses pra transar com ele. Teve um belo dia que eu fui no motel com ele e eu pedi pra ele usar camisinha, e ele respondeu que não chupava bala com papel. Eu falei pra ele, então, que eu não ia transar com ele, e ele colocou o preservativo, só que ele não conseguiu transar. Aí a gente parou. [...] Então, nós continuamos tentando usar camisinha, mas ele sempre ficava nervoso e arrancava o preservativo, e ele decidiu que não ia usar mais. [...] Eu achei

que a escolha era dele. E essa é a escolha dele até hoje, mas isso vem me preocupando tanto ultimamente, porque ele até hoje não usa a camisinha, e eu não consigo falar de camisinha com ele. Aliás, eu não consigo conversar com ele sobre aids, parece que sempre que surge algo relacionado a esse tema ele foge.

Nas classes trabalhadoras ou populares, afirmam Heilborn e Gouveia (1999, p.192), as questões relacionadas às práticas sexuais são “responsabilidades” dos homens, e “o constrangimento feminino em relação à negociação do uso do preservativo se exprime por um sentimento de dependência do pólo masculino”. Segundo Barbosa (1999), foi em fins da década de 1980, no contexto da aids, que começou a ser problematizada a questão da negociação sexual, inicialmente na comunidade *gay* e, depois, de forma mais ampla, quando se evidenciou o aumento de casos de infecção entre heterossexuais.

Na cultura ocidental⁵⁰, o uso do preservativo contrapõe-se ao ideal de conjugalidade, de fidelidade na relação amorosa, pois “homens e mulheres partilham a idéia de que ‘eu e o outro somos um’” (CARVALHO, 1998 apud OLTRAMARI, 2007, p.84). Muitas vezes, esse uso é entendido como necessário apenas nas relações sexuais com parceiros desvinculados de afetividade, “os outros”. O ideal de amor, do “parceiro único”, resulta, principalmente para as mulheres, em uma forma de prevenção e confiança. Essa associação está presente no relato de Solange, que justifica sua infecção com o fato de ter amado demais o marido.

A idéia de amor que permeia o contexto das mulheres que entrevistei, numa perspectiva histórica, é relativamente nova e atravessada por características da cultura ocidental (ROUGEMENT, 2003 apud OLTRAMARI, 2007, p.87). Giddens (1993, p.50) diz que o “amor romântico” apareceu no final do século XVIII e “incorporou elementos” do “amor paixão”, que

[...] é marcado por uma urgência que o coloca à parte das rotinas da vida cotidiana, com a qual, na verdade, ele tende a se conflitar. O envolvimento emocional com o outro é invasivo — tão forte que pode levar o indivíduo, ou ambos os indivíduos, a ignorar as suas obrigações habituais. O amor apaixonado tem uma qualidade de encantamento que pode ser religiosa em seu fervor. (GIDDENS, 1993, p.48)

Na perspectiva do “amor romântico”, o ser amado é idolatrado, deve ser amado intencionalmente e incondicionalmente, e as pessoas inseridas numa relação devem buscar ser uma só. Nessa conjuntura, o medo de se infectar pelo HIV no contato sexual com o ser amado

⁵⁰ Quando digo “cultura ocidental” estou me referindo à lógica capitalista instaurada na Idade Moderna, que, segundo Oltramari (2003), é pautada na individualidade como ideal, na produção industrial, na noção do Estado Nacional, em leis constitucionais, na ênfase na “razão” e no conhecimento científico, e na centralidade da “família burguesa”.

e o uso do preservativo soam paradoxais — afinal, para a “existência de uma relação de conjugalidade o amor é estabelecido através da ‘confiança’ entre os parceiros” (OLTRAMARI, 2007, p.103). A idéia de que o casamento pressupõe confiança é muito arraigada em algumas mulheres. Sandra disse achar que se sente responsável pela própria infecção, mesmo tendo consciência de que o marido sempre soube que era HIV⁺ e a enganou: *“acho que sim, porque eu não usava camisinha. Mas é que, na época, não tinha informação, não tinha essa de usar preservativo. Nunca passou pela minha cabeça usar preservativo: eu era casada. Pra que usar preservativo?”*.

Ao analisar as narrativas de quarenta mulheres HIV⁺ sobre a própria infecção, em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia de Porto Alegre, Knauth (1999, p.129) afirma que, para a maioria delas, contrair o vírus era consequência do seu papel de esposa; contudo, paradoxalmente, o contexto de infecção restrito ao matrimônio não implica na culpabilização do parceiro, não levando ao divórcio ou à ruptura da aliança, pois se relacionar com outra mulher é um comportamento “naturalmente” atribuído aos homens, ou seja, é esperado que seja assim. No relato de mulheres que continuaram cuidando dos maridos quando estes adoeceram de aids — a maioria daquelas que a autora entrevistou —, assim como no de Solange, o ato de cuidar implica em manutenção do *status* de esposa e, conseqüentemente, em ser reconhecida como tal pelo grupo social.

A idéia de romance, no sentido que o termo adquiriu no século XIX, segundo Giddens (1993, p.51), “tanto expressou quanto contribuiu para as mudanças seculares, afetando a vida social como um todo”. Para compreender o surgimento da idéia de “amor romântico”, há que problematizar três questões que foram originárias de um campo propício para a sua gênese: a criação do lar e da família nuclear como referência de proteção; as modificações nas relações de pais e filhos; e a associação do corpo da mulher aos desígnios da maternidade⁵¹ (categoria que será abordada no próximo item). Nessa conjuntura, coube à mulher a promoção do amor, pois lhe foram atribuídas características de sensibilidade e afetividade. “As idéias sobre o amor romântico estavam claramente associadas à subordinação da mulher ao lar e ao seu relativo isolamento do mundo exterior” (GIDDENS, 1993, p.54), e uma série de discursos serviu para a construção, na modernidade, da concepção de que era responsabilidade da mulher a manutenção do casamento, a instauração do amor na esfera da conjugalidade e o cuidado e a educação dos filhos. Estar casada tornou-se um dos papéis que

⁵¹ Os discursos que possibilitaram a criação do lar e da família nuclear como referência de proteção, as modificações nas relações de pais e filhos e a associação do corpo da mulher aos desígnios da maternidade foram descrito com detalhes no segundo capítulo deste trabalho (item 2.2).

garantiam o reconhecimento social da mulher: “Na modernidade [...] o amor passou, [...] a ter [...] estreita relação com o casamento, principalmente por causa da burguesia, que estabeleceu a ‘legitimação moral do sentimento amoroso’ e o construiu, a partir do século XVIII, como sentimento” (OLTRAMARI, 2007, p.109; citando ROUGEMENT, 2003). O autor destaca a Revolução Francesa como “marco também para a inclusão do componente sexual dentro das relações íntimas de conjugalidade. Com isso, o amor passou a ser descrito como objeto da intimidade das pessoas, principalmente dos casais monogâmicos” (ROUGEMENT, 2003 apud OLTRAMARI, 2007, p.109).

Na modernidade, portanto, a “conjugalidade é [...] o lugar apropriado e necessário para que o amor seja desenvolvido” (OLTRAMARI, 2007, p.107); e os códigos que, a partir do século XVIII, legitimaram os relacionamentos amorosos, e as atribuições históricas de responsabilização da mulher pela instauração e manutenção do “amor” nas relações afetivo-conjugais contribuíram para aumentar as vulnerabilidades de muitas mulheres ao HIV, bem como para colocá-las em condições sociais de risco.

Para complexificar a análise do campo das relações afetivo-conjugais no mundo atual, Grossi (1998b), ao refletir sobre a violência contra as mulheres, descreve o quanto as idealizações do amor estão atreladas à idéia de sofrimento, e afirma que, nesse entrelaçamento, muitas mulheres, mesmo respaldadas por outras pessoas, não conseguem se separar de seus agressores. Solange, Clara e Ana foram vítimas de violência física ou psicológica por parte dos companheiros que as infectaram. Solange não falou muito sobre isso — talvez porque apanhar do marido contradiga a imagem que ela construiu, em diversos momentos, de que eles eram amantes desta e de outras vidas. Clara e Ana falaram com mais detalhes sobre as agressões que sofreram e, inclusive, que tinham uma vaga noção do risco de infecção pelo HIV, mas continuaram se relacionando sexualmente com seus companheiros. Nas suas histórias, percebe-se que elas estão atravessadas por duas questões principais: o receio de se separar dos maridos, porque estes poderiam agredi-las — o que, no caso de Clara, é contraditório, pois seu companheiro estava preso na época, cumprindo sentença de dez anos —, e a idéia de que não havia outra saída. Ana argumentou que não tinha dinheiro para se sustentar e que estava grávida; Clara, que acreditava que nenhum outro homem ficaria com ela, por já ter uma filha, além de achar, na época, que devia permanecer casada e cumprir o papel social de mãe e esposa fiel, mesmo sem saber explicar ao certo as razões para pensar assim:

Eu não sei te falar, eu acho que eu não tinha ninguém mais no mundo. Hoje, a cabeça que eu tenho é diferente, mas eu fui criada naquele mundinho,

sabe? Eu achava que só tinha ele e a família dele no mundo. Ele sempre dizia que, se eu largasse dele, homem nenhum ia me querer. Ele enfiou um monte de coisa ruim na minha cabeça; ele também me fechou dentro de uma cadeia, eu vivia num mundinho, eu achava que eu nunca teria outro marido, nada, nada, nada. Eu achava que ninguém ia querer mais casar comigo, ainda mais que tinha a neném. Eu achava que eu nunca ia me virar sem ele — apesar de que eu já estava me virando. Mas eu achava que eu nunca ia ter condições de trabalhar, procurar um emprego. Eu tinha medo de tudo, achava que eu nunca ia me sustentar direito, tinha medo de pegar um ônibus. Eu não tinha essa esperteza que eu tenho hoje.

A posição de subordinação das mulheres tem suas raízes no início da Idade Moderna, quando lhes foi restringida a convivência em espaços públicos de deliberação e na produção do conhecimento, sendo confinadas à convivência no espaço doméstico, aos cuidados dos filhos e à família — confinamento que “permitiu e legitimou a violência masculina no âmbito da conjugalidade” (GROSSI, 1998b, p.298).

No primeiro casamento de Clara, a delimitação das atividades da mulher ao campo privado estava presente, pois, embora o marido a obrigasse a ter contato com outras pessoas para vender drogas, sua movimentação se restringia ao ambiente doméstico. Ela era sua “propriedade”:

Quando a gente namorava, ele era uma pessoa totalmente diferente, era uma pessoa boa, cuidava de mim, queria ver o meu bem; então, eu achei que aquele era o homem certo pra eu casar. Quando eu fui morar com ele, tudo ficou diferente. Ele começou com a história da violência, ele me obrigava a vender drogas, ele saía pra rua e deixava todas as drogas montadinhas pra eu vender, e ele dizia que, se eu deixasse qualquer cliente ir embora sem atendimento, eu ia apanhar. Eu podia visitar meu pai uma vez por mês, nesse dia eu podia ficar fora de casa das duas até as cinco; se eu chegasse às cinco e quinze, eu apanhava.

Contudo, a partir da infecção pelo HIV e, principalmente, da inserção na militância, as mulheres relataram mudanças nas associações entre feminilidade, passividade e fragilidade. Ao exercer outros papéis que, historicamente, não foram (ou são) permitidos a muitas mulheres, elas romperam com certos comportamentos institucionalizados, consolidando movimentos de resistência a algumas normas sociais:

[...] eu procuro pensar coisas boas; penso nos namoradinhos que eu beijei ontem, na transa que eu tive, em como eu vou fazer pra reencontrá-lo. Tem gente que até acha que eu só penso em namorar, mas, sei lá, são esses os momentos em que eu encontro muito prazer, e eu procuro prazer. Melhor namorar do que fumar crack o dia todo. O crack vai me machucar, vai me deixar magra, mas, namorar, beijar, dar amor e receber amor só vai fazer bem pra mim e pra minha saúde. [...] Tem um namoradinho meu que fala que vai ter que chamar um bombeiro pra apagar meu fogo [risos]. (Clara)

[Depois que soube ser HIV⁺] Eu pensava: ‘Eu vou viver tudo aquilo que eu não pude até hoje. Desde que eu não prejudique ninguém, eu vou viver o que eu quero’. Eu comecei a valorizar a minha vida, entendeu? (Ana)

Para Solange, a constatação da infecção pelo HIV possibilitou a construção de estratégias capazes de permitir a permanência do vínculo com o marido e, também, a descoberta de novas formas de prazer sexual:

[...] a gente descobriu muitos jeitos de amar sem ter penetração, porque a médica disse que se a gente transasse sem camisinha a gente ia estar trocando de bichos, e a gente foi tentar transar com camisinha e não deu certo; aí a gente inventou outros jeitos de se amar, e a gente ficou um ano transando sem penetração. Mas a gente fazia amor de tantas formas que a gente descobriu que socar não era o único barato.

A experiência da doença e a militância possibilitaram, para essas mulheres, a ressignificação de parte de seus vínculos afetivo-conjugais e a flexibilização de condutas e papéis sociais. Contudo, apesar dessas mudanças, ainda estão presentes referências às normas de passividade. As quatro nunca sentiram raiva ou mágoa do companheiro por tê-las infectado, inclusive Sandra, que soube que seu primeiro marido mantinha relações desprotegidas com ela mesmo sabendo ser HIV⁺, ou seja, elas têm internalizada a permissividade às relações extraconjugais masculinas:

Nunca [sentiu raiva dele por tê-la infectado], mas porque eu sei que ele se infectou de uma outra forma. Eu lembro que uma senhora de 72 anos me fez a pergunta: se ele tivesse pegado o vírus de outra mulher, se eu ia cuidar dele — e eu não soube responder pra ela, nem sei responder pra mim. Mas eu cuidei dele até o fim; quando ele morreu, eu estava no hospital, ao lado dele. (Solange)

Eu não fiquei com raiva dele [por tê-la infectado], eu gostava muito dele, eu o amava bastante; eu não tive raiva dele em nenhum momento, nem mesmo quando a [...] me contou que ele já sabia. O que ia adiantar eu ficar com raiva, se ele já tinha morrido? Eu ia ficar com raiva dele pra quê? Então, eu não tive nenhum sentimento ruim dele, de raiva, de mágoa, nada assim. Eu continuei a minha vida normal, fazendo tudo o que eu fazia. (Sandra)

No relato de Sandra, essa perspectiva também pode ser percebida quando ela descreveu as contradições que sentia em relação ao fato de o primeiro marido cair na “gandaia” enquanto ela ficava em casa: “Na verdade, eu gostava dele, mas ele era muito ruim comigo; várias vezes eu ficava em casa e ele saía pra gandaia, sozinho. Então, eu gostava dele, mas, ao mesmo tempo, eu odiava ele — acho que ele tinha outras mulheres, não sei. Ele era bem machista”.

Outro exemplo das contradições apareceu no relato de Clara, quando esta falou das perspectivas e dos planos para o futuro. Suas respostas evidenciam resistência contra os papéis de inferior e “*podre*”, aos quais foi submetida por meio de violência física e psicológica nos seus dois casamentos, ao mesmo tempo em que demonstram o quanto ela própria legitima a imagem de que o “destino” de uma mulher, seu reconhecimento social e sua felicidade se articulam na relação com um homem e/ou no casamento, evidenciando um forte desejo de realização do “amor romântico”:

Futuro? Quero arrumar outro trabalho pra mim, pra aumentar a minha renda, só pra ter um pouco mais de conforto. Mas eu quero trabalhar é com preso, bandido, usuário de drogas, com o que a sociedade considera lixo. Estou pensando em escrever algum projeto, ir atrás da grana, dar uma assistência legal pra essas pessoas. Quero também estudar; queria passar, também, num concurso público, aí dava pra trabalhar com a redução de danos e ter um emprego fixo. [...] Eu acho que toda mulher nasceu pra morrer de amor por um homem, eu sempre achei isso, desde pequena. [...] Eu sempre sonhei em ter um príncipe encantado, e é isso que eu estou procurando, o meu príncipe encantado.

Conforme Oltramari (2007, p.102), Bauman afirma que “os laços afetivos dentro da modernidade se fazem cada vez mais frágeis”, em razão de uma lógica de consumo capitalista que permeia as relações e das novas transformações sofridas pela família. De acordo com Outeiral (2003), eventos como o crescimento rápido e a desorganização dos centros urbanos devido a um intenso fluxo migratório vindo das zonas rurais⁵²; o ingresso da mulher, a partir da década de 1960, no mercado de trabalho; o ressurgimento do movimento feminista; o surgimento da aids e a articulação do movimento homossexual; e o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas contribuíram efetivamente para consolidar novas configurações familiares na atualidade (casais homossexuais, casais heterossexuais sem filhos e reprodução independente de relação sexual, por exemplo). Em contrapartida, argumenta Bauman, apesar das novas configurações familiares e da fragilidade com que se apresentam as relações afetivo-conjugais na atualidade, “existe uma necessidade de relacionamentos entre as pessoas, apenas estes relacionamentos estão mais rápidos e menos cristalizados como em tempos atrás”, e o “amor ainda é almejado como se fosse eterno” (OLTRAMARI, 2007, p.102).

Segundo Oltramari (2007), o contexto contraditório da sociedade moderna, em que casamento ainda é garantia de estabilidade e referência de felicidade, apesar das mudanças

⁵² Segundo Outeiral (2003, p.105) “na década de 40, o Censo Demográfico do IBGE revelava que aproximadamente 30% da população vivia nas grandes cidades, enquanto 70% habitava as zonas rurais e pequenas cidades, situação que se inverte na passagem para o século XXI, quando 80% da população habita nos centros urbanos maiores e apenas 20% nas zonas rurais”.

sociais e científicas ocorridas nas últimas décadas, comprova o emaranhado de dispositivos de controle que, principalmente a partir dos séculos XVIII e XIX, agenciaram (e ainda hoje agenciam) a conjugalidade (e a reprodução) atrelada ao ideal de realização pessoal. As mudanças ocorridas no século XX possibilitaram uma série de conquistas no campo dos direitos femininos, mas ainda há muitos relatos sobre a violência, a condição de subalternidade e as proibições que atravessam as histórias de muitas mulheres, como narrou Solange:

[...] Outro dia eu comprei, pra mulher do meu filho mais velho, uma roupa toda apertada, que deixa a barriga de fora, e meu filho ficou bravo, disse que ela não ia usar, que eu tava louca. 'Ah', eu respondi, 'E desde quando você é dono da sua esposa? Cadê o recibo de compra da sua esposa? Você não é dono dela, ela é sua parceira, companheira'.

Sua fala ressalta esse momento de transição histórica, em que coexistem cenas pautadas em concepções machistas e a reivindicação pelos direitos das mulheres.

A feminização da epidemia de aids permite problematizar o panorama de desigualdades que ainda se apresenta para muitas mulheres, ao mesmo tempo em que possibilita articulação política e rompimento com algumas normas sociais. Solange, ao falar da sua experiência da doença, contou que a aids a fez ressignificar alguns dos engessamentos de papéis sociais considerados de homens e de mulheres:

[...] o HIV me ensinou que machismo é uma ignorância, então eu falo pros meus filhos: tem que respeitar as mulheres que estiverem com vocês. [...] Eu digo mesmo, pra ele: 'Se algum dia você usar sua mulher do jeito que você usa a sua mão, e eu souber, eu acabo com a tua raça'. E eu e meu filho mais novo também dividimos as tarefas em casa: a cozinha e o banheiro, por exemplo, a gente limpa junto; o quarto dele é responsabilidade dele. E algumas pessoas falam: 'Ah, mas ele é menino'. E eu respondo: 'Eu não tou perguntado o que ele é; ele tem que me ajudar a manter a casa organizada'. Roupa dele eu não passo nem a pau. Se ele quiser sair bonitinho, ele sabe muito bem onde está a tábua e o ferro.

Os relatos, portanto, mostram os impactos que a experiência da doença teve em algumas das associações relacionadas diretamente à mulher, como mãe, esposa, passividade e cuidado, desnaturalizando muitas delas:

[...] Eu sempre falo pros meus filhos: 'Não me façam escolher entre vocês e a minha vida, porque, senão, eu vou escolher a minha vida, porque ela é realmente minha. Vocês são tudo de bom na minha vida, se eu tivesse que doar um rim, um coração, dar dinheiro, isso pouco me importa, mas filho nenhum vai impor as suas escolhas, que vão atravessar a minha garganta e vão mudar o meu jeito de viver'. Eu não admito de ninguém, nem dos meus filhos. (Solange)

[...] Então, se eu viver mais quinze anos, pra mim está ótimo, só que eu quero que esses quinze anos sejam diferentes, você entendeu? Eu quero que, quando eu for, eu fique marcada, que as pessoas lembrem de mim, que lembrem que eu era a Ana, uma mulher que não era neutra, que não se escondia. Quero que as pessoas digam assim: ‘A Ana foi uma guerreira; ela tinha a doença e ela deu a cara a tapa, ela não tinha vergonha de falar e ela fez a diferença’. Entendeu? (Ana)

Mas os relatos trazem outras contradições, e, para refletir sobre elas, escolhi analisar a categoria “maternidade”, pelo fato de que as quatro mulheres enfocaram, diversas vezes, as questões relacionadas aos cuidados com os filhos (com falas contraditórias, inclusive), e porque, historicamente, essa é uma questão que atravessa diretamente o corpo da mulher e o seu reconhecimento social.

4.4 Maternidade

Entre os vários discursos que, na atualidade, contribuem para a manutenção da associação entre mulher e maternidade, escolhi, primeiramente, elencar os programas de saúde da mulher porque, em geral, são restritos às dimensões da saúde reprodutiva da mulher e à relação materno-infantil.

Quando as políticas públicas se dispõem a considerar a saúde da mulher, a tendência central é a de vincular estritamente o bem-estar da mulher ao da criança e ao da família, e até à saúde da sociedade como um todo (LENT, 1998). Nesse sentido, os programas de saúde da mulher são entendidos, em sua maioria, como de saúde reprodutiva da mulher, sendo descartados outras dimensões da sexualidade e outros aspectos — como a violência doméstica e as dificuldades de inserção no mercado de trabalho — como fatores que interferem no quadro geral da saúde de muitas delas.

Segundo Pereira (2000), a medicina, como a conhecemos hoje, teve seu alvorecer no final do século XVIII, quando começaram a ser reelaboradas as noções de disciplina e higiene, que foram de fundamental importância para o processo de medicalização da sociedade acontecido a partir daí — processo só visualizado claramente nos séculos seguintes. Antes de 1900, a sexualidade da mulher era um conceito entendido como pejorativo e negativo, que incluía a idéia de “fragilidade do seu corpo e da precariedade da sua saúde” (PEREIRA, 2000, p.128). Essa concepção era reforçada pelos discursos e práticas médicos,

que instauraram a medicalização e a disciplina sobre os corpos. Com o surgimento e a ascensão do capitalismo, a mulher se tornou um dos focos de um sistema político que necessitava, com urgência, aumentar a população, e, assim, ela foi submetida a práticas de normatização e vigilância (FOUCAULT, 1988); ela foi reintroduzida nos discursos filosófico e científico principalmente por suas funções reprodutivas. Nesse processo, a medicina teve papel fundamental, através dos imperativos da maternidade e da amamentação (BADINTER, 1985).

A vigilância que, historicamente, “impõe” à mulher a função social da reprodução está evidenciada, no relato de Sandra e Clara, na questão do aborto. Quando Sandra me disse “*Eu tentei tirar o neném de várias maneiras*”, ela abaixou o tom de voz, como se fosse um segredo, apesar de estarmos sozinhas na sala onde a entrevista foi realizada. E Clara, que também tentou abortar, falou que já se sentiu culpada e que tinha medo de que, por causa disso, sua filha morresse.

Badinter (1985) lembra que um dos discursos mais contundentes para “convencer” as mulheres de que deveriam se dedicar aos desígnios da maternidade era o de que, através da gestação e dos cuidados com um filho, elas garantiriam seu reconhecimento, sua valorização e seu papel na sociedade. Como explica Pereira (2000, p.134),

A relação quase umbilical entre mães e filhos, que revelava o ideal de mães plantado no século passado, fez da mulher a principal responsável pelos filhos, e destituiu o pai de seus deveres de cuidador e também como um sujeito necessariamente envolvido nessa ação. A mulher ocidental e civilizada, protetora de filhos, é resultado da filosofia construída no período da modernidade ocidental.

A medicina desempenhou papel central nesse processo de disciplinamento e controle do corpo das mulheres — no final do século XIX, por exemplo, o hospital se consolidou como uma das instituições médicas mais eficazes⁵³ para o nascimento das crianças. A partir desse período, as maternidades e os hospitais, que atendiam mulheres gestantes ou em trabalho de parto, aumentaram seus limites de atenção e começaram a admitir mulheres com problemas ginecológicos, o que também contribuiu para a medicalização do corpo feminino (PEREIRA, 2000).

Os relatos mostram que a questão da maternidade é extremamente importante na vida dessas mulheres, e que elas organizam a relação com os filhos como se estes fossem sua “propriedade”:

⁵³ Antes disso, era comum que os partos fossem realizados em domicílios, com o auxílio de parteiras (BADINTER, 1985; PEREIRA, 2000).

[...] Eu fico imaginando, às vezes, assim, que esse mundo tá muito louco, quando você vê essas mães que jogam os filhos nos lixos, nos rios. E eu acho que a mulher está perdendo a questão da afetividade, do amor mesmo; eu daria minha vida pelo meu filho; eu daria não, eu dou, se eu pudesse eu daria, eu jamais... Aí eu fico pensando: aonde a gente vai parar, se o ser feminino, que é capaz de gerar uma vida, de amar e de cuidar, simplesmente joga fora? Eu não sei realmente o que vai acontecer com o futuro. (Solange)

Minhas filhas são tudo pra mim, são as únicas coisas que eu realmente tenho na vida, são as únicas coisas que eu consegui fazer na minha vida. Foi eu que fiz, não foi nada comprado, foi algo que saiu de dentro de mim. Você ter uma casa, uma mansão, é uma coisa, mas é diferente quando você vê que aquela filha saiu de dentro de você. Aí, você vê o braço, a perna, o corpo e pensa: 'É, fui eu que fiz'. (Clara)

[...] Mas eles são tudo. É a única coisa que eu realmente tenho: eu mataria por eles, eu morreria por eles, eu roubaria e me prostituiria por eles, sem vergonha e sem pensar duas vezes. Então é tudo, né, um sentimento muito forte. (Ana)

[...] eu me apavorei de pensar que meu filho podia sofrer, tanto que eu me arrependo de ter tentado matá-lo. Não sei se algum dia Deus ainda vai tentar me castigar por tudo o que eu fiz, pela tentativa de aborto com o Pedro. Eu tenho medo de ter que pagar por isso, de Deus tirar o Pedro de mim. (Sandra)

Knauth (1997) afirma que o desejo de ter um filho não pode ser dissociado da sua função social. Os filhos, em nossa cultura, representam a idéia de laço familiar, dão sentido ao casamento e ainda garantem o lugar de muitas mulheres na esfera social, como sérias e respeitáveis. As atribuições da maternidade garantem à mãe o direito de “propriedade” sobre o filho, por ser ela a responsável pela sua criação, como demonstrou Sandra:

[...] Toda vez que o Pedro fica doente, eu acho que Deus vai tirar ele de mim. Então, esse medo eu não consigo abandonar; eu não consigo trabalhar com esse medo, esse medo atrapalha minha vida inteira, tudo, tudo. Meu medo de perder ele é muito grande [chora]. Se eu perder o Pedro, eu não sei o que vai ser da minha vida, mas, também, eu tenho medo de deixar ele e as pessoas não cuidarem dele como eu cuido, eu acho que ele vai sofrer muito. Eu posso estar sendo egoísta, mas eu não sei. [...] eu tenho muito medo de perder o Pedro, eu não vejo a minha vida sem ele. Acho que, se ele não estivesse [vivo], eu não estava viva; ele é que me mantém viva. Eu vivo pra ele, tudo o que eu acho que eu faço é em torno do Pedro.

A idéia da maternidade associada a uma função social se evidenciou, na história de Ana, quando ela falou sobre uma das suas tentativas de suicídio:

[...] Eu morei uns cinco meses na rua. Teve uma hora que eu me sentia tão sozinha que eu pensei que seria melhor me matar, mas eu não consegui. [...] Eu tentei [o suicídio] três vezes, a última vez foi quando eu já tava com a minha primeira filha e meu primeiro marido queria tirar ela de mim. Eu

tava desempregada, na época, morando de favor, e eu pensei: ‘Ah, sem filho nem nada, o que é que eu vou ficar fazendo aqui?’.

Ainda segundo Knauth (1999, p.130), é principalmente através da “maternidade que as mulheres infectadas pelo vírus da Aids conseguem assegurar, não apenas o status de mãe, mas sobretudo sua identidade social ameaçada pela doença”. Por esse motivo, a autora considera que, para muitas mulheres, o diagnóstico positivo não implica o fim da vida reprodutiva.

É generalizada a idéia de que é a mulher que “dá um filho” ao marido (KNAUTH, 1997, p.44). Nos relatos, ficou claro que a gravidez dessas mulheres foi atribuída ao acaso, e, para Solange e Ana, a descoberta da sorologia positiva veio, respectivamente, quando a criança já havia nascido e durante o parto. Após o nascimento do filho, Solange passou por um longo período de desespero:

[...] Eu lembro que eu passei quase um ano e meio pedindo pra Deus pra que ele não deixasse que meu filho passasse por aquilo. Porque quando meu primeiro filho morreu, eu fiquei muito tempo de mal de Deus. Eu não conseguia entender: eu cuidava muito bem dele, eu fazia tudo, como é que Deus faz um negócio desse comigo? [...] E isso é uma coisa que eu não me perdôo até hoje, e é uma coisa que eu não falo, nunca falo, mas eu sinto muita culpa. Por mais que as pessoas digam pra mim que eu não tenho culpa, mas se eu não tivesse HIV, ele podia ter morrido de qualquer outra coisa, mas ele não ia morrer de aids por minha culpa. (Solange)

Entretanto, o paradoxal é que elas também disseram que não se sentem responsáveis pela própria infecção, pois entendem que não tiveram acesso a informações, acreditavam que não faziam parte de “grupos de risco” e estavam apaixonadas (as duas acreditam que uma mulher, nessa condição, não tem como se defender), e que, portanto, seriam vítimas da aids. Mesmo assim, afirmaram que se sentem culpadas pela possibilidade de infecção dos filhos, legitimando o discurso de que a mulher seria a única responsável por garantir e cuidar da saúde deles, como se verifica no discurso de Solange. Apesar de ter sido infectada pelo marido e de não ter conhecimento de sua sorologia positiva ao HIV quando engravidou do seu quarto filho, ela contou que se sente culpada pela morte dele:

[...] O dia que eu peguei o resultado negativo do Carlos, eu pulava de felicidade que nem criança, porque eu sei que o meu filho não é meu, ele já quase morreu duas vezes, mas é muito confuso pra uma mãe carregar a informação de que você, de que foi através de uma coisa que você adquiriu, você não teve possibilidade de garantir a vida do seu filho. [...] Acho que mãe que é mãe dá a vida pro filho, e não a morte, e eu dei a morte pro meu [outro] filho.

A infecção do bebê através da gestação ou amamentação contraria a idéia, tão difundida, principalmente nos séculos XIX e XX, de que a constituição de crianças saudáveis e bem cuidadas poderia prevenir desvios orgânicos e funcionais (BIRMAN, 2001). Ao ver seus filhos com a possibilidade de uma infecção, Solange e Ana sentiram culpa de forma irracional, já que, quando ficaram grávidas, não sabiam que estavam infectadas, e ambas seguiram todas as exigências dos médicos durante o pré-natal — contudo, as falhas de um sistema público de saúde precário não permitiram que elas soubessem, antes, dessa probabilidade. Na história de Solange, os efeitos do discurso de apologia à amamentação e de responsabilização das mulheres pela vida do filho apareceram quando ela contou o que sentiu ao saber que o fato do filho ter bebido o seu leite tinha contribuído para aumentar a vulnerabilidade dele ao HIV:

[...] Eu lembro que eu levei o Carlos na pediatra e ela perguntou se eu tinha amamentado ele, e eu disse que sim, e ela disse que eu tinha reduzido a chance do meu filho viver em 1%. Aí eu já fiz a correlação com o meu bebê que tinha morrido, e pensei: ‘Pronto! vou passar por aquilo tudo de novo, ele vai morrer’. Meu coração apertou demais da conta, se eu tivesse uma faca eu tinha cortado meus seios.

A fala de Solange, de que o seu filho “*podia ter morrido de qualquer outra coisa, mas ele não ia morrer de aids, por minha culpa*”, me fez pensar que o fato de a infecção pelo HIV estar relacionada a práticas sexuais e o de que estas são associadas a prazer podem contribuir para a manutenção desse sentimento de culpa. Afinal, os discursos promulgados a partir do século XIX associaram a função da sexualidade apenas à reprodução, e qualquer intervenção ou competição que prejudicasse o objetivo de perpetuação da espécie deveria ser abolida. As dimensões do prazer e do desejo foram consideradas finalidades que poderiam desviar do caminho da reprodução, e a dimensão do erotismo no corpo da mulher era considerada uma ameaça, fundando a distinção entre o desejo sensual e o instinto materno e a impossibilidade da existência desses dois registros no mesmo corpo. Será que a culpa seria também reflexo de relações sexuais prazerosas? Solange, quando decidiu se relacionar com Denis, devolveu os três primeiros filhos ao pai deles, para não colocá-los em risco, pois o novo namorado era usuário de drogas. Talvez, de alguma forma, a escolha pelo próprio prazer implique, também, na própria culpabilização.

É muito comum que as mulheres descubram seus diagnósticos positivos durante uma gestação ou alguns meses depois do nascimento do filho, pois é nesse período que elas estão mais sujeitas à intervenção e ao controle dos médicos. Conforme Knauth (1997), depois do parto, muitas mulheres HIV⁺ passam bastante tempo preocupadas com a saúde do filho e,

depois da constatação de que este não está infectado pelo HIV, elas começam a se preocupar com as restrições que a doença lhe impõe e como ele viverá quando elas morrerem:

[...] Eu quase matei o Carlos de exagero. Eu tinha tanto medo dele morrer, que ele tinha quase dois anos e ele mamava de três em três horas, igual um bebê. Se uma professora da escola não tivesse me chamado a atenção, acho que hoje meu filho não estaria aqui por minha causa também. (Solange)

[...] eu não me lembro direito, mas acho que foi na segunda pneumonia do Pedro que eu soube que ele não ia negativar. Na hora [que soube] eu não consegui pensar direito, eu só pensava que eu ia cuidar, cuidar, cuidar pra que ele não ficasse mais doente, tanto que eu protejo muito ele até hoje, quer dizer, tento proteger; eu cuido dele, eu tento evitar que ele fique doente, eu não deixo ele chupar sorvete, essas coisas assim. Eu fico regulando, pra ele não ficar doente. Eu não deixo tomar chuva, friagem, tou sempre querendo [proteger], sabe? Eu protejo muito ele, eu tou sempre querendo proteger, e eu sei que isso é um exagero. Você acha que ele não pode tomar um banho de chuva? Ele pode, né, mas eu não quero abrir, sabe, assim, com medo dele querer, toda vez que tiver chuva, tomar chuva, sabe? Eu tenho medo de fazer mal, sabe? Essas coisas da minha cabeça. (Sandra)

A experiência da maternidade, na vida de Sandra, é o que a “mantém viva”. Foi recorrente, no seu relato, o amor que tem pelo filho, o pavor que sente ao pensar que algo ruim possa acontecer a ele, e ficou nítido que o fato de cuidar dele organiza, inclusive, suas perspectivas para o futuro:

[...] Então, a minha perspectiva é de que eu quero viver muito ainda, que eu quero ver meu filho crescer, quero ver meu filho se formar. Não sei se na faculdade, mas que pelo menos ele tenha o segundo grau, sabe? Eu vou fazer o possível pra que ele vá até onde eu puder ajudar ele. Ah, eu não sei se eu quero ter neto, eu não penso nisso. Ah, quero continuar trabalhando, quero ter saúde pra trabalhar, quero dar coisas pro meu filho, dar coisas que eu nunca tive e que eu quero que ele tenha. Quero ver se eu consigo manter meu casamento. Eu tou tentando mudar, sabe? eu estou tentando não brigar com o Marcos, porque eu sei o quanto isso faz mal pro Pedro. Às vezes, eu percebo que meu filho não está bem, minha psicóloga mesmo, ontem disse que é o meu medo que faz o Pedro ter medo, e eu realmente tenho medo de muita coisa mesmo.

Knauth (1999, p.131) afirma que as “crianças nascidas sob o signo da Aids conferem uma razão a mais à vida das mulheres infectadas pelo vírus”, pois as colocam numa relação de superação da própria doença para cumprir o papel social de cuidar do filho, que se torna o centro das suas preocupações. No entanto, as histórias de Sandra e Solange não podem ser entendidas como universais, o que evidencia que a experiência da aids não garante, obviamente, às mulheres, uma identidade em comum. Clara teve duas filhas após a constatação do HIV, e ficou nítido que as vê como indicadores de que é capaz de resistir à

aids — o nascimento e crescimento das filhas e o fato de desejar assistir à trajetória delas são coisas que a tornam mais forte. Seu relato mostrou o medo de que a segunda filha não negativasse, mas, em nenhum momento, ela fez menção a sentimento de culpa pelo risco que a filha correu de estar infectada:

[...] Mas, sabe aquela vez que eu pedi a Deus que deixasse eu ver minha filha chegar até os cinco anos de idade? Então, teve um dia que ela chegou até os cinco anos, e eu estava viva. Eu não acreditei. Aí, eu fiquei grávida de novo, acredita? Eu pedi a Deus mais cinco anos, e hoje eu tenho uma filha com dezesseis anos, uma com onze e a outra vai fazer cinco daqui uns dias.
(Clara)

Knauth (1997, p.61) também aponta que as restrições que recaem sobre o fluxo normal dos fluídos potencialmente transmissores da doença — sangue, espermatozoides e leite materno — podem provocar efeitos na determinação do *status* social das mulheres, colocando em risco, por vezes, sua identidade calcada nos princípios de consangüinidade, aliança e descendência. Visando garantir esse *status*, as mulheres acionam um conjunto de estratégias (não-revelação da soropositividade aos consangüíneos, manutenção da atividade reprodutiva, cuidado excessivo da criança, esquecimento da doença) e de recursos (família consangüínea, acompanhamento médico, cuidados cotidianos) que possibilita enfrentar os limites da doença sem colocar em jogo a sua condição social.

No entanto, os relatos das mulheres que entrevistei mostram algumas contradições. Ao mesmo tempo em que elas relataram relações de extrema ligação com os filhos, que se sentiam ainda muito responsáveis pela sua criação, e o medo de que a aids prejudicasse as funções da maternidade, também contaram que a experiência da infecção pelo HIV e a participação no ativismo lhes permitiu entender de outra forma os “desígnios” da maternidade e se desancorar de algumas identidades socialmente cristalizadas, ressignificando, assim, algumas idéias do que seria a experiência de ter um filho:

Nossa! [a aids alterou a relação com os filhos] demais da conta! Eu entendi a minha infecção como um presente. Não como algo assim ‘Ah, que bom que eu tenho aids!’, mas como um presente que me chamou a atenção pra muitos aspectos, e me ajuda na criação dos meus filhos: primeiro, me fez entender que eu não sou pra sempre; segundo, que um dia eu vou embora e vou deixar meus filhos aqui; terceiro, me fez refletir de como é que eu queria deixar meus filhos aqui, qual é o meu papel nessa história. Eu sou mãe pra quê? Por quê? O meu papel não é ser uma bengala na vida deles, isso o HIV me fez entender. Eu tenho o privilégio de estar aqui hoje. Quando eu olho pros meus filhos, eu me sinto privilegiada de poder estar acompanhando o crescimento, o amadurecimento e a independência deles, e, às vezes, estar perto pra amparar em alguma coisa, o que é diferente de eu achar que eu

devo ser o único apoio da vida deles, a única responsável pela felicidade deles. (Solange)

[A aids ensinou que] eu não vivo só pra filho, não. Eu sei que eles, na verdade, não são meus, filho é do mundo. Eu tenho primeiro que encaminhar eles, mas, na hora que eles tiverem condições, eu quero mais é que eles vão abraçar a vida. Eu caí na vida com doze anos e eu sobrevivi do meu jeito, eu aprendi coisas, eu tive responsabilidade. Eu passei por um monte de coisa na minha vida, um monte de coisa boa, um monte de coisa errada, mas eu nunca caí. Eles não são meus, eles são do mundo, eu só tou aqui pra ensinar. (Ana)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da aids é imbricada a aspectos morais e sociais, entre outros, os quais, ainda hoje, impõem uma série de restrições e dificuldades às pessoas HIV⁺. Em contrapartida, ressalta-se, na sua história, a importância do discurso militante na construção de experiências singulares e coletivas, que são fundamentais para a reconfiguração de trajetórias individuais e disparadoras de rupturas na cultura ocidental. Nesse sentido, analisei aqui uma série de mudanças e permanências que aparecem nos discursos de mulheres de classes populares HIV⁺ ativistas, e o quanto a experiência da doença e da militância é importante na história de algumas delas, na ativação de processos reflexivos e na positivação de formas criativas de lidar com a vida. São nítidos, em suas histórias de vida, as mudanças individuais e processos de ressignificação, que articulam a apreensão de uma reflexão coletiva, como alterações nas percepções de si, em algumas atribuições de gênero e referências aos direitos humanos e sexuais das pessoas HIV⁺.

Contudo, as contradições que aparecem nos relatos dessas mulheres, principalmente no de Sandra, apontam para a permanência de processos de normatização que estão em trânsito na contemporaneidade. Valores como a família e o reconhecimento próprio através da maternidade e de relações de conjugalidade não foram completamente subvertidos pelas particularidades da relação doença/política.

Nas concepções sobre as relações afetivo-conjugais, os relatos evidenciam referências do universo cultural do mundo ocidental, que se apresentam de forma mais rígida nas classes populares brasileiras. Aspectos atribuídos aos homens, como a possibilidade de traição, desejo sexual exacerbado, dificuldade no uso da camisinha e a violência são compreendidos como masculinidades “naturais” e quase inquestionáveis, e a experiência da militância não tem sido potente o suficiente para desconstruir parte dessas perspectivas essencialistas.

Os relatos mostram a construção de subjetividades relacionadas à centralidade da maternidade enquanto norma. Por vezes, o discurso e a prática dessas mulheres evidenciam rupturas que as reposicionam na afirmação da maternidade como aspecto essencial de sua existência, principalmente na fala de Solange, que demonstra um processo reflexivo que ressignificou a importância dos filhos em sua vida. Contudo, por diversas vezes, os relatos afirmam o sentido e a manutenção da própria vida relacionados ao cuidado com os filhos. A

família também se revelou como lócus privilegiado e idealizado, o que evidencia a interpenetração de lógicas culturais e ideários políticos das sociedades modernas.

As suas expectativas para o futuro também são associadas ao âmbito da conjugalidade e da maternidade. A busca por um “grande amor” e o desejo de cuidar dos filhos, ou mesmo a intenção de ser exemplo para os mesmos depois da própria morte, permearam de forma privilegiada os seus discursos, organizando parte do seu movimento. Apenas Solange afirmou que não busca outro relacionamento afetivo, pois considera que o marido falecido é o seu amor desta e de outras vidas.

Em contrapartida, há exemplos de escolhas pelo próprio prazer sexual, enfrentamento verbal de agressões e, inclusive, uma delas instaurou um processo judicial contra o parceiro; comportamentos que contradizem atribuições de gênero historicamente associadas às mulheres, e que, acredito, são articulações possíveis através das experiências pessoais em movimentos coletivos.

É importante refletir criticamente sobre os modelos teóricos e práticos de prevenção à aids veiculados pelas ONGs e por políticas públicas no Brasil, pois, embora haja uma heterogeneidade desses discursos e práticas no país, ainda existem ações pautadas em modelos hegemônicos, que, muitas vezes, não levam em conta os processos complexos e contínuos de transformação de contextos políticos, econômicos e culturais. Em muitas ações circulam textos normatizadores de condutas e falas ameaçadoras, como a apresentação de álbuns seriados do Ministério da Saúde, com fotos de genitais “destroçados” por doenças venéreas, ou a prevenção dirigida especificamente a grupos de “meninas” ou de “meninos”. É necessário refletir cuidadosamente sobre atribuições de gênero que cristalizam possibilidades de ação e escolha de homens e mulheres, sobre o quanto muitos dos discursos preventivos contribuem para a legitimação desses “papéis” e para o aumento das vulnerabilidades à infecção e à reinfecção pelo HIV que atravessam os corpos na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. V. *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século, 1995.
- ALTMAN, L. K. Rare cancer seen in 41 homosexuals. *New York Times*, New York, 3 jul., 1981. sect. 20, p. 1.
- ALVIM, R.; LOPES, J. S. Famílias operárias, famílias de operárias. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 14, p. 7-17, 1990.
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- ARAÚJO, M. F. *Casamento e sexualidade: a revisão dos mitos na perspectiva de gênero*. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, M. R.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 49-72.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- CEREZZO, A.; VALLE, A.; LENT, C. *Primeiro simpósio subjetividade e Aids: o livro*. Rio de Janeiro: Banco de Horas/Instituto de Ação Cultural, 2000. Contracapa.
- BARBOSA, R. M. Feminismo e Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 153-168.
- _____. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 73-88.
- BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. A trajetória feminina da Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 17-32.
- BASTOS, F. I. *A Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 65-76, 2000.
- BELLINI, L. Concepções do corpo feminino no Renascimento: a propósito de *De universa mulierum medicina*. In: MATOS, M. I. S.; SOIHET, R. (Org.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Ed. Unesp, 2003. p. 29-40.

BIRMAN, J. *Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 18 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v. 2, n. 1, 1988. (Semana Epidemiológica, 27 a 30/1988)

_____. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v. 7, n. 2, dez./fev. 1994-1995. (Semana Epidemiológica, dez. 94, jan. e fev. 95)

_____. *Diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. O contexto sociopolítico e econômico e a epidemia de aids entre as mulheres. In: _____. *Política e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 25-31. (Coleção DST-Aids, Série Manuais, n. 57).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

CAMPOS, R. P. Aids: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. In: BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H. (Org.). *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1998. p. 85-109.

CARRARA, S. L.; MORAES, C. Um mal de folhetim? *Comunicações do Iser*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p. 20-28, 1985.

CASTRO, R. Uma história das mulheres e sua visibilidade em Londrina. In: TRINDADE, E. M. C.; MARTINS, A. P. V. (Org.). *Mulheres na história: Paraná – séculos 19 e 20*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1997. p. 127-142.

CORRÊA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 150-159.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: Abep, 2006. p. 27-62.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

DANIEL, H. *Vida antes da morte / Life before death*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

DANIEL, H.; PARKER, R. *Aids: a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo: Iglu, 1991.

DEL PRIORE, M. *A mulher na história do Brasil*. 3.ed. São Paulo: Contexto, 1992.

DELEUZE, G. *Foucault*. Lisboa: Vega, 1987.

_____. O que é um dispositivo? In: FOUCAULT, Michel. *Philosophy reconte internationale*. Paris: Seuil, 2001. p.1-8.

DIREITO de voto feminino completa 76 anos no Brasil; saiba mais sobre essa conquista. *Folha Online*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u367001.shtml>>. Acesso em: 4 jul. 2008.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

_____. Pouca vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre classes trabalhadoras urbanas. In: LOPES, J. S. L. (Org.). *Cultura e identidade operária: aspectos da cultura das classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987. p. 203-226.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

FERREIRA, C. B. C. *Mulheres em movimento: trajetória de mulheres HIV⁺ no movimento político de HIV/aids do estado do Paraná*. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

FIGUEIREDO, L. C. M. *1945: matrizes do pensamento psicológico*. Petrópolis: Vozes, 2007.

FONSECA, C. L. W. *Família, fofoca e honra: a etnografia de violência e relações de gênero em grupos populares*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2000.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. I: A vontade de saber. 17.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: _____. *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 21, p. 65-148.

_____. Sexualidade feminina. In: _____. *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 21, p. 229-254.

GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Ed. Unesp, 1993.

GIFFIN, K. *Gênero, sexualidades e DST*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 1., 1995, Curitiba. *Anais...* Curitiba: [s.n.], 1995. mimeo.

GOMES, P. B. M. B. Genitais femininos e os lugares da diferença. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. (Org.). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 2003. p. 273-297.

GROSSI, M. P. Gênero, violência e sofrimento. *Antropologia em primeira mão*. Florianópolis, p. 1-22, 1998a. Mimeo.

_____. Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo conjugal. In: PEDRO, J.; GROSSI, M. P. (Org.). *Masculino, feminino, plural*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998b. p. 293-313.

GROSSI, M. P.; MIGUEL S. M. A trajetória do conceito de gênero nos estudos sobre mulher no Brasil. *Calhamaço*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 20-24, 1996.

GROSSI, M. P.; MINELLA, L. S.; PORTO, R. Apresentação. In: _____. *Depoimentos: trinta anos de pesquisas feministas brasileiras sobre violência*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006. p. 9-14.

GUIMARÃES, C. *Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2001.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 89-113.

HEARNshaw, L. S. *Influências médicas*. Porto Alegre: UFRGS, 2007. (Aula 06 - História de Psicologia – 2007/2). Disponível em: <http://74.125.45.104/search?q=cache:ZAsX6BvcZsoJ:www.ufrgs.br/museupsi/aula%252006%2520-%2520influencias%2520medicas.doc+%22Influ%C3%Aancias+m%C3%A9dicas.%22+HEARNshaw&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=2&gl=br>. Acesso em: 18 jun. 2008.

HEILBORN, M. L.; GOUVEIA, P. F. “Marido é tudo igual”: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: BARBOSA, M. R.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 175-198.

JEOLÁS, L. S. *O jovem e o imaginário da Aids: o bricoleur de suas práticas e representações*. 1999. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. *Possibilidades e limites da prevenção da aids: notas sobre duas experiências com grupos de jovens*. In: CARVALHO, M. E. G.; CARVALHAES, F. F.; CORDEIRO, R. P. (Org.). *Cultura e subjetividade em tempos de aids*. Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, 2005. p. 79-97.

JOSSO, M. C. História de vida e projeto: a história de vida como projeto e as “história de vida” a serviço de projetos. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 11-23, jul./dez., 1999.

KNAUTH, D. Maternidade sob o signo da Aids: um estudo sobre mulheres infectadas. In: COSTA, A. O. (Org.). *Direitos tardios: saúde sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: Ed. 34, 1997. p. 41-64.

_____. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, M. R.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 121-136.

KÜBLER-ROSS, E. K. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e seus próprios parentes*. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário de psicanálise: Laplanche e Pontalis*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAQUEUR, T. W. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LENT, C. F. *Aids, a vulnerabilidades das mulheres*. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, 1998.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: _____. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 9-34.

_____. Sexualidades contemporâneas: políticas de identidade e de pós-identidade. In: UZIEL, A. P.; RIOS, L. F.; PARKER, R. G. *Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids*. Rio de Janeiro: Pallas, 2004. p. 203-212.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. *A Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

MARLATT, G. A. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MAKSUD, I. Em torno da heterossexualidade: notas sobre mídia e relacionamentos sorodiscordantes. In: UZIEL, A. P.; RIOS, L. F.; PARKER, R. (Org.). *Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids*. Rio de Janeiro: Pallas, 2004. p. 13-28.

MATOS, M. I. S. *Terceiro setor e gênero: trajetórias e perspectivas*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2005.

MEDRADO, B. et al. Homens, por quê? Uma leitura da masculinidade a partir de um enfoque de gênero. *Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos*, São Paulo, v. 3, p. 12-16, 2000.

NIETZSCHE, F. *Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

OLTRAMARI, L. C. *Aids dá medo. "A conjugalidade segurança": as representações sociais da Aids entre homens e mulheres que mantêm relações de conjugalidade*. 2007. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

OUTEIRAL, J. *Adolescer: estudos revisados sobre adolescentes*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PARKER, R. *A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PARKER, R.; GALVÃO, J. Introdução. In: _____. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 7-15.

PAVÃO, S. R. *Louco e a ciência: a construção do discurso alienista no Rio de Janeiro do século XIX*. Disponível em: <<http://www.revipsi.uerj.br/v6n2/artigos/html/v6n2a13.html>>. Acesso em: 7 jan. 2008.

PEREIRA, W. R. O processo de medicalização do corpo feminino. In: SCAVONE, L.; BATISTA E. (Org.). *Pesquisas de gênero: entre o público e o privado*. Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras-Laboratório Editorial, 2000. p. 127-152.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. M. (Org.). *A prática feminista e o conceito de gênero*. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002. v. 48, p. 7-42.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. *Experimentos com histórias de vida: Itália-Brasil*. São Paulo: Vértice/Ed. Revistas dos Tribunais, 1988. p. 14-43.

RIBEIRO, A. S. *A mulher e o voto*. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/web/eleicao/mulher_voto.htm>. Acesso em: 4 jul. 2008.

RODRIGUES, C. Butler e a desconstrução do gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 179-199, jan./abr., 2005.

ROHDEN, F. A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos. In: PISCITELLI, A.; GREGÓRI, M. F.; CARRARA, S. (Org.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 183-196.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C. Gênero, relações afetivas e Aids no cotidiano da mulher soropositiva. In: SIDANET ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA. (Org.). *O HIV no mundo lusófono*. Santarem (Portugal): Sidanet Associação Lusófona, 2002. p. 35-47.

SALEN, T. “Homem... já viu, né?”: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classes populares. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. p. 15-61.

SANTOS, F. S. D. Histórias de vida e história da cultura. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 85-98, mar./jun., 1998.

SANTOS, T. M. *Políticas e subjetividades: itinerários do ativismo soropositivo*. 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SARTI, C. Reciprocidade e hierarquia: relações de gênero na periferia de São Paulo. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 70, p. 38-46, 1996.

SEIXAS, A. M. R. *Sexualidade feminina*. História, cultura, família: personalidade e psicodrama. São Paulo: Ed. Senac, 1998.

SONTAG, S. *Doença como metáfora, Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

THÉBAUD, F. A política natalista da França no século XX: uma coação física? In: MATOS, M. I. S.; SOIHET, R. (Org.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Ed. Unesp, 2003. p. 199-221.

VILLELA, W. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, M. R.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 199-214.

VILLELA, W. V. *Vulnerabilidade*, sexualidade e subjetividade: sobre a face feminina da aids. In: CARVALHO, M. E. G.; CARVALHAES, F. F.; CORDEIRO, R. P. (Org.). *Cultura e subjetividade em tempos de aids*. Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, 2005. p. 65-77.

VOELLER, B. Heterossexual anorectal intercourse: an Aids risk factor. *Mariposa Occasional Paper*, Topanga, n. 10, dec., 1988.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 35-82.