

ENSINO, SAÚDE E AMBIENTE

Interseccionalidade em cena: mulheres & HIV/aids

Intersectionality on scene: Women & HIV/aids

Joy Possoni Bejar;  Paula Land Curi  *

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

Palavras-chave:

mulheres; HIV/aids;
interseccionalidade;
vulnerabilidade.

Resumo: O presente artigo pretende refletir sobre mulheres & HIV/aids, com ênfase ao conceito de interseccionalidade. A proposta se dá não só pela necessidade de colocar em causa o processo de feminilização do HIV/aids, mas também pela percepção de como raça e classe se interseccionam ao gênero. A tríade gênero, raça e classe tornam as mulheres não só mais vulneráveis à infecção, mas determina dificuldades a mais no acesso e nos cuidados em saúde. Para isso, serão utilizados dados parciais da pesquisa de mestrado em curso intitulada “Incidências do Patriarcado para a vulnerabilização de mulheres ao HIV”.

Keywords:

women; HIV/aids;
intersectionality;
vulnerability.

Abstract: This article intends to reflect on women & HIV/aids, with emphasis on the concept of intersectionality. The proposal is given not only because of the need to question the process of feminization of HIV/aids, but also because the perception of how race and class intersect with gender. The triad gender, race and class make women not only more vulnerable to the infection but also determines more difficulties in accessing and health care. For this, will be used partial data from the master's research in course titled “Incidence of patriarchy for the vulnerability of women to HIV”.

Introdução

Há pouco mais de 40 anos, o HIV surgia como o causador de uma epidemia que mudaria o cenário epidemiológico da saúde pública mundial, incidindo também sobre as relações sociais e práticas sexuais da população. De acordo com Marques (2002, p. 43), no contexto brasileiro, essa epidemia se estabeleceu “como um problema de saúde que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais”, e evidenciou a forma como as políticas de saúde pública foram constituídas e organizadas enquanto respostas à uma emergência em saúde por parte do poder público.

O boletim epidemiológico brasileiro mais recente (2022) aponta que, entre 1980 e 2022, foram identificados 1.088.586 casos de aids, sendo 719.229 casos em homens e 369.163 em mulheres. Destaca também que, no grupo dos homens entre 13 e 39 anos, à exposição ao HIV ocorreu, majoritariamente, entre aqueles que fazem sexo com homens, tanto em práticas

* Endereço para correspondência: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Psicologia. Rua Prof. Marcos Waldemar de Freitas Reis - Campus do Gragoatá, Bloco N - São Domingos - Niterói, RJ - Brasil. CEP: 24210000. E-mails: joypossoni@gmail.com, paulalandcuri@id.uff.br



homossexuais quanto bissexuais. A partir dos 40 anos, há uma predominância de exposição em homens heterossexuais. Quanto à população feminina, ressalta a predominância, em todas as faixas etárias, de exposição por práticas heterossexuais (Brasil, 2022).

Além disso, constatou-se que 45,6% das novas infecções pelo HIV foram detectadas em mulheres com idades entre 15 e 34 anos. Como essa faixa etária concentra mulheres em idade reprodutiva, faz-se necessária atenção especial para essa população, visando proporcionar não só o adequado planejamento reprodutivo, bem como a prevenção a transmissão vertical do vírus. Ressalta ainda que, nos últimos 10 anos, houve um aumento de 12,2% para 17,9%, de casos em mulheres acima de 50 anos (Brasil, 2022).

Conforme aponta o relatório global UNAIDS (IN DANGER..., 2022, p. 6, tradução nossa), as crises de caráter econômico e humanitário, concomitante ao acontecimento da pandemia do coronavírus em 2020, colocaram em risco às ações globais de respostas ao HIV. Os dados mostram que a nível global, no ano de 2021, as infecções ao HIV diminuíram apenas 3,6%, quando comparadas ao ano de 2020. Essa foi a menor redução de casos desde 2016.

Este panorama cria a necessidade e a urgência em se propor ações visando erradicação do HIV até 2030. Dentre elas, ações de prevenção; de defesa dos direitos humanos e de igualdade de gênero; de discussão sobre as desigualdades, acesso aos testes e tratamento, de forma que sejam consideradas as vulnerabilidades dos grupos e suas localidades (IN DANGER..., 2022, tradução nossa). Não menos importante, aponta com ação o adequado financiamento de recursos financeiros para garantir a efetividade das ações.

Desde 1986, a aids está incluída na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doença, o que significa dizer que a partir disso tornou obrigatório a comunicação deste diagnóstico às autoridades sanitárias. Contudo, somente a partir de 2014, tornou-se compulsória a notificação da infecção pelo HIV, e dos anos 2000, em casos de infecção em gestantes, puérperas ou parturientes. Os dados das notificações dos casos, tanto de HIV quanto da aids, são colhidos através do Sistema de Informação Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel) e, apesar da compulsoriedade da notificação, ainda existe além de subnotificação dos casos, preenchimento pouco qualificado ou mesmo incompleto das fichas, o que provoca impactos negativos para o cenário epidemiológico de combate à epidemia, já que o planejamento das intervenções e ações prioritárias, baseadas em dados falseados, podem não abarcar as populações mais vulneráveis ou as chamadas populações chaves (Brasil, 2022).

Para o exercício da agenda de estratégias das ações relacionadas ao HIV, o Ministério da Saúde considera dois grupos principais: As populações chaves e as populações prioritárias.

O primeiro grupo engloba: homossexuais masculinos, homens que fazem sexo com homens, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo e usuários de álcool e outras drogas. Esses são considerados mais vulneráveis à infecção quando comparados aos demais grupos populacionais, no contexto epidemiológico, devidos a fatores organizadores da sociedade e comportamentais. Já as chamadas populações prioritárias, que são aquelas atravessadas por outros aspectos, como, história de vida, aspectos sociais e estruturais, que sobrepostos podem culminar em uma maior vulnerabilidade e aumento da incidência de fatores relacionados. Fazem parte desse grupo: População negra, população indígena, pessoas em situação de rua, jovens e adolescentes (Brasil, 2018).

Ainda que exista uma prevalência de casos de HIV nessas supracitadas, faz-se importante não invisibilizar e/ou inviabilizar discussões que abarquem outros grupos e fatores de vulnerabilidade, pois ações e políticas públicas devem ser construídas pautadas na universalidade, equidade e integralidade do cuidado, tal como, é preconizado pela legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS.

Sabemos que desigualdades sociais fazem mal a saúde, que determinantes sociais da diferença como gênero, raça e classe, dentre outros, não só reafirmam desigualdades, mas também criam mecanismos que culminam na produção de inúmeras iniquidades em saúde. Por isso, esse artigo pretende refletir sobre mulheres & HIV/aids, com ênfase ao conceito de interseccionalidade.

A partir do processo de feminilização do HIV, no Brasil, intentamos colocar em causa como gênero é um determinante social que coloca mulheres em situação maior vulnerabilidade à exposição ao HIV, sem desconsiderar como raça e classe se interseccionam tornam as mulheres não só mais vulneráveis à infecção, mas determina dificuldades a mais no acesso e nos cuidados em saúde.

Mulheres em vulnerabilidades

O que se verifica é que as vítimas atuais, em especial mulheres negras e pobres, vivem em contextos sociais em que vários fatores potencializam suas vulnerabilidades às DST/aids, entre eles a violência baseada em gênero, a discriminação racial, a pobreza e a baixa escolaridade. Ou seja, percebe-se que a epidemia é resultante não apenas da ação patogênica de um agente viral específico e sim de outros determinantes (Taquette, 2010, p. 52-53).

É sabido que o panorama inicial da ocorrência de casos da infecção pelo HIV se concentrou na população de homossexuais masculinos, profissionais do sexo, usuário de drogas injetáveis e pessoas que receberam transfusão de sangue – em especial, hemofílicos. Essa conjuntura justificou a denominação dos chamados “grupos de risco”, mesmo que, posteriormente, outras populações fossem atingidas pelo vírus, como, no caso, as mulheres.

Estas, inseridas em relações heterossexuais e monogâmicas, foram desconsideradas enquanto “grupo de risco” e/ou pessoas com “comportamento de risco” (Taquette, 2010).

No cenário do HIV, a política possui um importante papel quando se trata da construção de ações relacionadas ao cuidado, principalmente, quando se faz necessário construir ações de prevenção, assistência, garantia de direito e redução das vulnerabilidades. Devido a isto, no âmbito da constituição de políticas públicas brasileiras, a epidemia se subdividiu em três momentos distintos. O primeiro com ações de saúde voltadas apenas às pessoas vivendo com HIV, em um contexto que ainda se baseava no conceito de “grupo de risco”. O segundo momento já passava a considerar as formas de exposição ao vírus, considerando, principalmente, os usuários de drogas injetáveis e as pessoas heterossexuais. Esse cenário contemplava mais os comportamentos potenciais à exposição à infecção pelo HIV, por isso, pautava-se nos “comportamentos de risco”. Em terceiro momento, quando o número de casos relacionados às práticas heterossexuais aumentou, especialmente, na população femininas, de baixa escolaridades e localidades interioranas, passou-se a considerar as desigualdades e vulnerabilidades sociais como fatores relevantes à exposição ao HIV (Brasil, 1999).

Foi então a partir de mudanças no cenário epidemiológico, que a vulnerabilidade das mulheres passou a entrar em discussão. Contudo, Duarte e Rohden (2019) salientam que se faz necessário um pensamento crítico em torno do discurso de cuidado que emergiu com as novas ações de políticas públicas voltadas às mulheres, e de uma certa forma, encobriu as negligências já existentes com o corpo das mulheres. Não é que corpo feminino não existisse antes do HIV ou não precisasse de cuidados. Ele existia, mas era desconsiderado!

Para Ayres *et al.* (2009), a vulnerabilidade se coloca como um conceito que se direciona a uma perspectiva que abre espaço para uma reflexão sobre o acontecimento dessa epidemia para além da ação do vírus.

O conceito de vulnerabilidade é, simultaneamente, construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Por isso a proposta da vulnerabilidade é interessante; por isso ela é aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública – claro que com graus de interesse diversos (AYRES *et al.*, 2009, p. 291).

Alguns conceitos construídos no contexto das discussões sobre o HIV/aids, suportaram os desmontes que as políticas públicas brasileiras sofreram nos últimos anos e permaneceram como uma possibilidade de impedir que os feitos e as experiências apreendidas ao longo dos 40 anos de epidemia fossem apagados, para que não houvesse ao retrocesso (Ayres, 2022).

Nessa perspectiva, pensar as marcas que envolvem as políticas de cuidado no cenário do HIV se faz necessário à medida em que há um entendimento de que a vulnerabilidade se a infecção por esse vírus é atravessada não apenas por fatores biológicos ou comportamentais.

Para Ayres (2022), o conceito de vulnerabilidade pode ser analisado partir de três dimensões: individual, social e programática. A dimensão individual não considera apenas o indivíduo em si, mas suas interações constituídas a partir de suas convicções intersubjetivas, aspectos culturais, estruturas de poder as quais está submetido, questões de raça, de gênero, entrou outras. A social considera – “contextos de intersubjetividade”, ou seja, como a estruturação dinâmica – cultural, política, moral, econômica – das interações que vão nos constituindo como comunidades e indivíduos” (Ayres, 2022, p. 199-200). E, por esse ângulo, busca-se resgatar a ideia de identidade racial, de gênero, de classe. Por isso, se faz importante a adoção de uma nova forma de nomenclatura, ao invés de “populações vulneráveis” passa-se a utilizar “populações vulnerabilizadas” ou “relações vulnerabilizadoras”. A dimensão programática, que corresponde aos recursos sociais relacionados à prevenção e ao agravo da infecção aos quais os indivíduos terão acesso, precisam ser discutidas no âmbito da singularidade, considerando a intersubjetividade, os estigmas, das desigualdades de gênero, as questões raciais, entre outros, que permeiam as vivências das pessoas, para que não tenha o efeito reverso, principalmente, através das práticas biomedicalizadoras no cuidados, ao invés de serem positivos, podem acabar gerando vulnerabilidades ou dificultando a garantia dos direitos.

Tendo em vista as considerações sobre os diversos fatores que incidem nas situações que culminam em vulnerabilidades postas até aqui, o autor ressalta a importância a agregação dos aspectos sociais e das ciências humanas para compreender um determinado cenário epidemiológico (Ayres, 2022). Tal como ressalta o autor:

As ciências sociais já vêm apontando a importância da interseccionalidade entre os diversos marcadores sociais de diferença (gênero, raça, classe social etc.) para compreender as estruturas e as dinâmicas das relações sociais, o que assume especial relevância no campo da saúde (Ayres, 2022, p. 201).

Collins e Bilge (2021) nos chamam atenção para o conceito de interseccionalidade. Afirmam que, apesar de abranger várias interpretações, pode ser definido como uma ferramenta de análise que considera gênero, raça, classe, etnia, orientação sexual, entre outras, enquanto categorias que se interrelacionam de forma unificada e atuam sobre as relações sociais dos indivíduos e suas vivências. Para elas, a interseccionalidade deve utilizada como uma ferramenta para a discussão e resolução de problemas sociais, funcionando como “uma importante estratégia de intervenção para o trabalho de justiça social” (Collins; Bilge, 2021, p. 64).

Para Crenshaw (2002), a interseccionalidade demonstra como a reunião dos efeitos das múltiplas formas de subordinação constituem formas de opressões em determinados eixos sociais.

Esse conceito alude para a problematização de como estruturas discriminatórias incidem na construção e imposição de desigualdades que implicam no gênero, classe, raça, entre outras.

As diferentes formas de discriminação que confluem de forma interseccional nem sempre são facilmente identificadas, principalmente, quando se trata da vivência das mulheres. Em conjunturas onde a economia, a cultura ou os fatores sociais afetam a vida das mulheres, torna-se mais difícil perceber as discriminações interseccionais, pois, estas acabam sendo colocadas no lugar de acaso, como algo natural da vida daquela mulher, naquele contexto. Dessa forma, os aspectos que incidem na vida das mulheres e que favorecem a subordinação, como por exemplo, o racismo e o sexismo, seguem despercebidos (Crenshaw, 2002).

Ao considerar o panorama da epidemia do HIV, por exemplo, raça e gênero aparecem simultaneamente quando analisamos os óbitos pela infecção. Até o ano de 2013, os casos predominaram na população que se autodeclara branca. Contudo, nos anos posteriores, houve um aumento de casos nas populações de pretos e pardos. Em 2021, de acordo com os dados fornecidos através do SINAN, 32% dos casos ocorreram em brancos e 60,66% estavam concentrados na população negra, sendo 12,5% em pessoas pretas e 48,1% pessoas pardas. Ainda nessa conjuntura, quando analisados os casos considerando a variável gênero e raça, verificou-se que 33% dos casos ocorreram em homens brancos e 59,8% em homens negros, sendo, 12,1% de pretos e 47,7% de pardos. Nas mulheres brancas os casos somaram 29,4% e nas negras 63,2%, sendo, 13,7% de mulheres pretas e 49,5% de mulheres pardas (Brasil, 2022).

Vale ressaltar que o panorama histórico aponta para um aumento na prevalência dos casos de aids em mulheres negras, desde 2012. Além disso, o percentual de óbitos notificados em 2021 evidencia que o número de mortes de mulheres negras (59,4%) é maior do que de homens negros (58,7%) (Brasil, 2022).

Apesar da diferença discreta no número de morte das mulheres com relação aos homens, a invisibilidade e a precariedade de ações de cuidado em saúde voltadas para as mulheres vivendo com HIV demoraram para sofrer alguma modificação. Conforme aponta Barata (2009) foi a influência dos movimentos feministas, na metade dos séculos XX, que fizeram emergir as discussões em torno da incidência de gênero no processo saúde-doença. Inclusive, neste cenário, uma parte de militância envolvida nessa luta, passou a considerar que as questões de gênero se sobressaiam à posição que um indivíduo ocupa na estrutura social.

Dito isso, a incidência de gênero – ou a desconsideração desta- também se manifesta na garantia de direitos das mulheres. Historicamente, o discurso advindo do campo dos direitos humanos desvalorizou as questões de discriminações de gênero e raça. Como forma de exemplificar, em uma perspectiva generificada, quando de uma mulher é vítima de tortura por motivos políticos, isso seria considerado como uma violação dos direitos humanos, tal

como seria se a vítima fosse um homem. Contudo, quando se tratava de uma violência sexual, que se apresenta especificamente de uma questão de gênero, as entidades de defesa dos direitos humanos não tinham um posicionamento específico (Crenshaw, 2002).

Além disso, as questões raciais também atravessam de forma contundente esse cenário. Quando mulheres negras sofrem discriminação, dois aspectos incidem: gênero e raça, pois, ainda que homens negros também sejam vítimas de racismo, a experiência vivenciada por eles não será igual à das mulheres devido ao atravessamento gênero. A sobreposição de fatores que incidem demonstra uma interseção entre as categorias gênero e raça, que une as mulheres negras, que costumam ser as mais excluídas do âmbito dos direitos humanos e civis (Crenshaw, 2002).

O conceito de interseccionalidade denota, assim, as diferentes maneiras pelas quais raça e gênero interagem para moldar as várias experiências pelas quais as mulheres negras são submetidas. Estas experiências não são compreendidas se não for considerado o modo como a interseção do racismo e do sexismo afeta estas mulheres, moldando aspectos estruturais, políticos, representacionais que geram violências e as colocam na base da sociedade (Leal, 2021, p. 22-23).

Incidências do Patriarcado

A partir de uma leitura social, que desconsidera a interseccionalidade, diríamos que, tradicionalmente, em uma sociedade patriarcal, as mulheres são aquelas que foram designadas “pela natureza” à maternidade, ao cuidado da casa e dos filhos. E, enquanto mães, naturalmente dedicadas, sexualidade e prazer sexual não podem ser desconsideradas. São sempre belas, recatadas e do lar.

Essa forma de ler e compreender a sociedade, além de sustentar uma perspectiva única de mulher - sem raça, sem classe, ou sem qualquer outro marcador da diferença – acabou por nos mostrar com o processo de feminilização do HIV/aids, o quanto o patriarcado torna as mulheres – algumas mais que outras - mais expostas ao HIV/aids e seus agravos.

Além dos determinantes sociais que operam interseccionados ao gênero, não nos passou despercebido que o lugar social dado às mulheres em suas relações afetivas pelo patriarcado, culminam em vulnerabilização à exposição. O patriarcado opera na direção da subordinação da mulher aos mandatos masculinos, tornando difícil que estas consigam viver com autonomia seus direitos reprodutivos e sexuais e os necessários cuidados com sua saúde.

O sistema de dominação-exploração que está na base do patriarcado vai muito além de uma questão econômica de segregação salarial ou política. Esse agrupamento dual corresponde também a uma forma de controle da sexualidade e da reprodução. Assim, “seja para induzir as mulheres a ter grande número de filhos, seja para convencê-las a controlar a quantidade de nascimentos e o espaço de tempo entre os filhos, o controle está sempre em mãos masculinas” (Saffioti, 2015, p. 111). Para bell hooks (2018), o patriarcado é vantajoso para os homens, de tal modo que, para manter esse sistema de vantagens, os homens precisam dominar, explorar,

oprimir e, às vezes, até violentar as mulheres. Ainda que alguns homens possam até achar difícil esse ódio direcionado às mulheres, ainda assim, não abdicam do patriarcado.

No cenário de prevenção/exposição ao HIV, uma das formas como o patriarcado opera é na opressão das mulheres em suas escolhas relacionadas às práticas sexuais, tanto naquilo que trata do seu exercício, tanto na prevenção. Como a sexualidade feminina esteve cerceada pela dominação masculina, as mulheres foram desconsideradas enquanto suscetíveis à exposição do vírus. Nessa conjuntura, além de ocorrer uma demora para serem diagnosticadas e tratadas, as mulheres acabam perdendo a autonomia do seu cuidado, o que acarreta dificuldades para negociar estratégias de prevenção com seus parceiros, como, por exemplo, o uso do preservativo.

A situação das mulheres heterossexuais, que vivem em relações estáveis e monogâmicas, estas ficaram ainda mais distanciadas de ações relacionadas à prevenção e ao combate do HIV. Como não estavam inseridas nos ditos “grupos de risco” levou-se anos para que as primeiras ações focadas neste público fossem promovidas.

Silva (2013) salienta foi só nos anos 90 que o Programa Nacional de DST e HIV/aids apresentou à mídia as primeiras campanhas direcionadas ao público feminino. Nessa época, as ações tinham como objetivo o incentivo ao uso de preservativo em suas relações sexuais. Todavia, foi apenas nos anos 2000 que efetivamente as primeiras políticas públicas de combate ao HIV/aids tomaram uma direção que considerava as questões de gênero no cuidado das mulheres.

Cabe ressaltar, que as campanhas de incentivo ao uso do preservativo da época não significavam que a mulher tinha autonomia em relação à prevenção, já que a mensagem passada ia mais na direção de solicitar que o parceiro utilizasse a camisinha. Algo que até hoje é reproduzido. As imagens utilizadas nas poucas campanhas midiáticas que circulam atualmente são, em sua maioria, referências à camisinha masculina.

Em uma sociedade patriarcal, o casamento¹ ocupa o lugar de um importante contrato social, que concede aos homens o controle e acesso aos corpos das mulheres. De forma que, a validade do casamento, por muitos anos, foi baseada na constatação do defloramento das mulheres. Dessa forma, o casamento só passaria realmente a ser legítimo, após a consumação do ato sexual da mulher (Pateman, 1993),

Foi a partir das inquietações vivenciadas escutando mulheres vivendo com HIV/aids que emergiu o desejo pela temática desenvolvida na pesquisa de mestrado na qual se baseia esse artigo. A pesquisa intitulada “Incidências do Patriarcado”, realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (PPGP), tem como proposta

¹ Cabe ressaltar que, neste trabalho, outras formas de dominação masculina através da conjugalidade são consideradas, tais como: relacionamentos amorosos estáveis, namoro qualificado, união estável, entre outros.

analisar as incidências do patriarcado na vida das mulheres que vivem com HIV/aids, antes e após serem expostas à infecção pelos seus maridos e companheiros. Parte da premissa que gênero e suas construções se configuram como fator de risco à infecção pelo HIV, em especial quando mulheres se encontram em relações amorosas estáveis, heterossexuais e monogâmicas.

Os dados aqui apresentados são preliminares. Eles foram coletados, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE nº 56106122.0.0000.5243, por meio de entrevistas semiestruturadas com mulheres, usuárias do Hospital Universitário Antônio Pedro, cisgêneras, com idades entre 25 e 59 anos, que tiveram o diagnóstico de HIV ou aids, no contexto de relações amorosas estáveis, heterossexuais e monogâmicas. As entrevistas, que totalizaram 10 mulheres, foram realizadas no período de maio de 2022 até novembro do mesmo ano.

Conforme os dados preliminares, foi possível perceber que estes corroboram o panorama da epidemia fornecido pelo boletim epidemiológico brasileiro. Das mulheres entrevistadas em tratamento para o HIV, houve predominância das mulheres pretas e pardas (60% se autodeclararam pardas para 20% pretas). Apenas 20% das mulheres se autodeclararam brancas. Em relação às condições socioeconômicas, as mulheres, com renda mensal entre 1 e 4 salários, são ou foram trabalhadoras tanto formais (30% celetista) quanto informais, nomeadas por elas próprias, autônomas (50%). Uma das mulheres entrevistada é aposentada (10%) e uma pensionista (10%). Elas possuem casa própria (60%) ou moram de aluguel (30%), ou ainda, residem em casa emprestada por familiares (10%).

Os dados socioeconômicos, *per si*, não nos permitem precisar o nível de vulnerabilidade econômica que vivem. Porém, no desenvolvimento da entrevista, foi possível perceber que as mulheres não se encontravam em situação de grande vulnerabilidade social. Esse achado marca importante diferença em relação às pesquisas realizadas em territórios localizados em áreas mais carentes e periféricas, o que nos faz tender a interpretá-lo a partir do território o qual o hospital se localiza: em município com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Todavia, o encontro com as sujeitas participantes dessa pesquisa demonstrou que o patriarcado jamais deixou de incidir em suas vidas. Tornou-as mais vulneráveis à exposição ao vírus, assim como as torna mais vulneráveis à doença – aids. Os papéis de gênero vigentes foram e ainda são determinantes em suas histórias de mulheres.

De um lado, o medo de serem chamadas promíscuas, julgadas pelo diagnóstico de uma infecção sexualmente transmissível. De outro, o desconhecimento da dupla moral sexual civilizada, que exige das mulheres a monogamia, porém, não aos homens, e o fato de jamais, por conta de sua situação amorosa, terem se pensado como expostas à infecção.

O fato de as mulheres em relacionamentos monogâmicas serem desconsideradas pela sociedade enquanto suscetíveis a contrair o HIV incide não apenas naquilo que se refere à

prevenção, mas também na demora em tomar conhecimento do diagnóstico, o que pode acarretar agravos à saúde. Somado a isso, o patriarcado expressado através do poder que os homens têm sobre o corpo das mulheres também faz mal à saúde!

Só para ilustrar, apresentamos uma vinheta da história que nos foi contada por uma participante da pesquisa. Ela estava casada com o segurança de uma unidade de saúde que, ao receber o telegrama do hospital, endereçado a ela, o guardou. Desconfiou do que poderia ser, porém, ele escondeu para passar a época das festividades de fim de ano. Embora o telegrama explicitasse a necessidade urgente de ir ao hospital, ela compreendeu seu ato como sendo de amor e cuidado, para que ela não sofresse por antecipação, a despeito do atraso do início de seu tratamento em saúde.

Marcada pelo ideal do amor romântico, a mulher perde o controle sobre seu próprio corpo e necessidades. Foi o seu parceiro quem decidiu por ela o que deveria fazer o que seria melhor, ou seja, aguardar. Assim, não estragar os festejos de final de ano, talvez algo que seja importante para ele, tornou-se mais importante do que o início de um tratamento da doença.

No âmbito de seus tratamentos, enquanto “cuidadoras natas”, as mulheres seguem cuidando de tudo e todos, menos de si. As mulheres renunciam ao seu bem-estar para que a família possa festejar. Muitas vezes, mulheres-cuidadoras possuem tripla jornada de trabalho e faltam às consultas médicas por não ter tempo de cuidarem de si. Mulheres estas, que quando precisam ser hospitalizadas são tomadas pela preocupação com o cuidado de seus filhos que estão em casa. Mulheres, que todos os dias, precisam engolir não apenas o antirretroviral, mas reviver um diagnóstico ainda carregado de estigmas e os preconceitos.

Reflexões Necessárias

A partir desses escritos fomentados pelos dados preliminares oriundos da pesquisa de mestrado, algumas reflexões se fazem necessárias para que o cuidado, que é um direito, seja democrático e acessível diante das inúmeras desigualdades as quais mulheres são expostas.

Vale pontuar, que apesar da pesquisa não abordar a temática do HIV relacionada às mulheres com deficiência, entendemos a relevância de propiciar uma discussão sobre como elas foram ou são expostas e como se cuidam, dada a importância de se promover práticas de cuidado anticapacitista.

Dessa forma pensar a interseccionalidade entre as políticas e ações de prevenção e combate ao HIV considerando as mulheres em sua diversidade, além de compreender que os marcadores sociais da diferença devem ser positivados nessas ações, é primordial para que se possa pensar em um cuidado equânime e integral.

Mesmo que já se tenham muitos anos do primeiro registro brasileiro da infecção pelo HIV e, somado a isso, um importante avanço farmacológico, o diagnóstico de HIV ou aids segue fortemente estigmatizado e em se tratando das mulheres, quase esquecido.

Não é incomum que uma relação “monogâmica” seja considerada uma garantia de imunidade à infecção, por isso, quando mulheres inseridas nestas relações buscam os serviços de saúde, não são consideradas como potencialmente expostas a contrair o HIV e acabam nem sendo orientadas quanto a testagem.

As marcas que uma sociedade patriarcal imprime na vida das mulheres são violentas e isso é visível quando as mulheres negras e pobres são subjugadas e maltratadas dentro dos equipamentos de saúde. Ou mesmo, quando elas têm medo de buscar esses serviços devido ao preconceito que vai atingi-las. Apesar da pesquisa ainda estar em fase de conclusão, já é possível afirmar que o patriarcado, racismo e classicismo fazem mal à saúde das mulheres brasileiras.

Sobre as autoras

Joy Possoni Bejar

<http://lattes.cnpq.br/4151981910357457>

Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia na Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Psicologia Hospitalar na Área da Infectologia pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/FIOCRUZ). Atualmente, como Psicóloga Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/ FIOCRUZ).

Paula Land Curi

<http://lattes.cnpq.br/8789831240945457>

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (1994), mestrado em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2004) e doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2012). Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, campus Niterói, desenvolvendo atividades docentes e de gestão - Coordenadora de Curso de Graduação em Psicologia, desde 2015. Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP) - do Departamento de Psicologia da UFF Niterói. Integrante da Comissão para Equidade de Gênero da UFF. Integrante do Comitê Gestor do Núcleo ABEP-RIO. Membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. Experiência de trabalho com saúde perinatal, políticas públicas para mulheres e clínica (psicanálise). Pesquisa sobre estudos de gênero, políticas para mulheres, violências e seus efeitos. Interessa-se pela articulação entre essas temáticas e a clínica.

Como citar este artigo:

ABNT

BEJAR, Joy Possoni; CURI, Paula Land. Interseccionalidade em cena: mulheres & HIV/Aids. **Ensino, Saúde e Ambiente**, Niterói, v. 17, e58852, 2024. <https://doi.org/10.22409/resa2024.v17.a58852>

APA

Bejar, J. P., & Curi, P. L. (2024). Interseccionalidade em cena: mulheres & HIV/Aids. *Ensino, Saúde e Ambiente*, 17, e58852. <https://doi.org/10.22409/resa2024.v17.a58852>

Copyright:

Copyright © 2024 Bejar, J. P., & Curi, P. L. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Copyright © 2024 Bejar, J. P., & Curi, P. L. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited.

Editora responsável pelo processo de avaliação:

Luiza Rodrigues de Oliveira

Referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde em debate*, v. 46, n. esp 7, p. 196-206, 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 290-351. Edição do Kindle.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Edição do Kindle.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em: 11 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, do HIV/AIDS e Hepatites Virais. **Agenda Estratégica de População-Chave**. fev. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/reunioes-1/Apresentao_AgendaPOPCHAVE_CNCD.pdf Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2022**. dez. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/arquivos/boletim_hiv_aids_-2022_internet_24-11_finalizado.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>

DUARTE, Larissa Costa. RHODEN, Fabiola. As histórias que podem ser contadas: a feminização da epidemia HIV/AIDS e a produção de narrativas científicas. **Em construção: arquivos de epistemologia histórica e estudos da ciência**, n. 5, p. 22-36, 2019. <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2019.40840>

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo**: políticas arrebatadoras. Tradução de Ana Luiza Libânio. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. Available at:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf.
Acesso em: 19 maio 2023.

LEAL, Halina Macedo. A interseccionalidade como base do feminismo negro. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, v. 39, n 2, p. 21-32, 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.1517-0128.v39i2p21-32>

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 9. supl., p. 41-65, 2002.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400003>

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1993.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero patriarcado violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SILVA, Taciana Maria da. Relações de poder e a feminização da epidemia de HIV/Aids. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10., 2013, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em:
http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373327730_ARQUIVO_RelacoesdepodereafeminizacaodaepidemiadeHIVAids.pdf. Acesso em: 27 maio 2023.

TAQUETTE, Stella Regina. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saúde Soc.* v. 19, supl. 2, p.51-62, 2010.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600006>