



UM OLHAR DE GÊNERO NA EPIDEMIA DA AIDS: QUEBRANDO SILÊNCIOS

Cristiane Cavalcanti Freire¹
Aurea Carneiro²

Aids e o Estigma: um resgate histórico

Os primeiros casos de AIDS no Brasil surgiram por volta da década de 80, especificamente foi datada em 1982, com o primeiro registro na cidade de São Paulo. Pode ser considerada a primeira doença infecto contagiosa de dimensões globais.(SOARES, 2002). Inicialmente era uma doença nova, sem conhecimentos de como enfrentar e tratar, foi a partir de análises, dos atendimentos realizados nos serviços de saúde e estudos que foram sendo desenvolvidos e da crescente demanda, verificou-se que os maiores índices de contaminação atingiam pessoas com práticas homossexuais e desde de então, a doença passa então a ser conhecida pela sociedade como “síndrome do comportamento gay”, “câncer e ou peste gay” ou “peste rosa”. Neste momento a imprensa teve um papel importante em difundir e estampar em alguns jornais essa epidemia, focalizando no pânico, medo e preconceito.

A doença ficou conhecida e ligada a imunodeficiência das pessoas com práticas homossexuais, apontando para o pesado e forte estigma social, o preconceito e a discriminação que ganharia força nos anos seguintes. (BASTA, 2006, p.24)

Este foi um dos motivos que geraram pânico, preconceito e discriminação até os dias atuais. Outro aspecto que causava medo entre as pessoas era o fato da pessoa que se contaminava teria pouco tempo de vida, a medicina buscava alternativas de conhecer e enfrentar, não existia ainda os coquetéis, os medicamentos. Tudo era muito novo entre os(as) profissionais e não se tinha muitas certezas, no início a morte era certa, por isso uma das informações repassadas pelo Ministério da Saúde em uma de suas campanhas era de que “Aids Mata”.

Fim da década de 80, a Coordenação Nacional de Aids, a partir dos trabalhos e pesquisas, identifica os seguimentos/ grupos passíveis de transmissão/infecção do HIV/Aids, que eram constituídos por: homossexuais (masculinos), Hemofílicos, Haitianos e Heroinômanos (UDI) e

¹ Mestranda em Serviço Social do Programa de Pós Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba, Brasil. Bolsista CAPES. Assistente Social, Educadora Feminista e militante na Luta Contra Aids. E-mail: cristianemestrado2009@gmail.com.

² Orientadora - Professora doutora em Estructura Economica y Desigualdades Sociales pela Universidade de Salamanca (2002). Pós-Doutorado pela Universidade Autonoma de Nuevo Leon/ México. Atualmente é titular da Universidade Federal da Paraíba no Curso de Serviço Social. E-mail: aureacarneiro@hotmail.com.



Hookers (profissionais do sexo), o que ficou popularmente conhecido como o grupo dos “5h”. Mais uma vez se alastra no país o estigma e o preconceito com essa informação, ou seja, quem não fizesse parte desse grupo dos 5h estaria “protegido” dessa epidemia, criando essa “falsa idéia”.

Com o avanço da epidemia essa idéia perpetuada de “grupos de risco”, ou seja, somente aqueles que fazem parte dos 5hs poderiam ser contaminando, essa “máxima” foi sendo desconstruída, os dados epidemiológicos foram detectando que não só essas pessoas dos grupos, mas sim todas as pessoas estavam suscetíveis a se contaminarem. Passa-se então a adotar a seguinte termo: “comportamento de risco”. Entendendo que qualquer pessoa que não se utilize de meios de prevenção pode se contaminar.

O grande impacto da AIDS na ciência, na mídia e no imaginário popular fez com que se criasse uma atmosfera negativa em torno dos doentes. Foi neste cenário que se elaborou o conceito de grupos de risco para restringir o “mal” exclusivamente àquelas pessoas que apresentassem algum desvio de conduta: homossexuais e toxicômanos. O fato, além de estigmatizar os doentes, criou uma falsa noção de que as pessoas que não se incluísem nestes grupos estariam livres da doença. Não tardou e começaram a aparecer os primeiros casos de AIDS em hemofílicos, e também entre heterossexuais de ambos os gêneros. Dessa forma, a AIDS foi se difundindo pelo mundo e tornou-se a grande pandemia da atualidade sem distinção de classe, gênero e raça. (SOARES, 2002, p.42).

Para falar da feminização, desde seu surgimento, a Aids parecia não atingir o universo feminino de forma mais ampla, tão pouco em idade jovem e na terceira idade. A proporção de contágio dos/as infectados/as era de 40 homens para uma mulher nas ultimas duas décadas (Ministério da Saúde). No entanto, foi só a partir dos anos 90 e mais intensamente nos últimos cinco anos, que as questões específicas das mulheres quanto ao HIV/Aids tomam relevância.

Os dados revelam que, para cada dois homens há uma mulher contaminada. A curva de crescente dados junto às mulheres se deu de forma alarmante. Essa mudança no perfil foi classificada como uma das tendências da epidemia - o fenômeno da *feminização* da Aids, entendendo que atingia as mulheres muito mais do que se imaginava. As outras tendências da epidemia são baseadas na: pauperização (atinge a camadas mais pobres da sociedade), a heterossexualização (relações entre sexos opostos), juvenização (em jovens) interiorização (no interior dos Estados). É somente no fim dos anos 90 que se constata que o HIV/Aids atinge todas as pessoas, independente de serem mulheres, homens, negras, homossexuais, heterossexuais, idosas, desde que não se previnam, estão suscetíveis de contraírem o HIV/Aids, desconstruindo a idéia de segmentos, de grupos, de gay. No entanto, os dados revelam que hoje a epidemia está cada vez mais presente nas mulheres, jovens, pobres e com baixa escolaridade.

O crescimento da Aids entre as mulheres, especialmente entre as meninas, se deve às desigualdades que persistem no país. Estas as tornam mais vulneráveis”, diz Monica Muñoz, representante do Unifem no Brasil. Entre essas desigualdades estão o machismo, a violência, a dupla jornada de trabalho. “São as mulheres, as



meninas, que cuidam dos homens quando eles caem doentes", Folha de São Paulo, 14/07/2004 (BIANCARELLI).

Essa mudança no perfil da epidemia pode ser analisada através de alguns fatores que contribuíram e que vem contribuindo para disseminação da doença, podemos apontar como determinante no crescimento dos dados epidemiológicos a que as mulheres estão vulneráveis: as relações desiguais de gênero; racismo e desigualdades étnico-raciais; a pobreza; a violência doméstica e sexual; estigma e violação dos direitos humanos; pouco reconhecimento dos direitos dos/as jovens; as DST/Aids e o uso de drogas, são alguns fatores.

Há, ainda, como fator de contribuição, o estilo de vida sexual de muitas mulheres que praticam sexo única e exclusivamente com seus maridos, dispensando meios de prevenção por considerá-los parceiros fixos, além da dificuldade de negociação de uma prática sexual segura utilizando o preservativo (Côndon). Muitas relações quando as mulheres querem fazer de forma protegida e segura, algumas vezes leva a desconfiança dos maridos ou companheiro, o que pode gerar situações de violência contra as mulheres.

Gênero e Vulnerabilidade

Que nada nos defina.
Que nada nos sujeite.
Que a liberdade seja a nossa própria substância.
(Simone de Beauvoir)

Para se entender a categoria gênero, precisamos fazer um breve resgate histórico. Inicialmente foi incorporado pelo feminismo e pela academia fim dos anos 1970. Para se referir ao gênero, antes de existir essa categoria, dizia-se “coisas de mulher” ou discutir sobre “mulher”. As feministas norte americanas foram as primeiras a utilizarem “gênero”, pois queriam insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo.

Para SCOTT, 1990, Gênero deve ser visto como “elemento constitutivo das relações sociais, baseadas em diferenças percebidas entre os sexos, e como sendo um modo básico de significar relações de poder”. É o conjunto de características sociais, culturais, políticas, psicológicas, jurídicas e econômicas atribuídas às pessoas de forma diferenciada de acordo com o sexo. Essas características de gênero são construções sócio-culturais que variam através da história e se referem aos atribuídos a cada um do que considera “masculino” ou “feminino”. É como se ao nascer mulher recebemos uma “cartilha” de posturas, condutas, formas de viver, o que pode e o que não pode fazer o que é aceito ou não socialmente. Para os homens da mesma forma, mas a diferença é que na



patriarcal a opressão e as relações de poder as mulheres são vistas e tratadas de formas desiguais. Por muitas décadas as mulheres não podiam estar para além do espaço doméstico, cuidando da família, dos filhos e filhas, do marido e serem boas esposas, entendendo esta, como mulheres obedientes, caladas e responsáveis diretas pelos afazeres domésticos. Não podiam estudar e nem votar. Completamente ausentes dos espaços públicos. Seu papel era de cuidar da reprodução da vida.

Entender esta categoria significa, como sendo “um importante recurso analítico para pensar a construção/desconstrução das identidades de gênero, isto é, o caminho através dos quais os atributos e os lugares do feminino e do masculino são social e culturalmente construídos, muito mais como significados do que como essência. Gênero é relacional, neste sentido, um gênero só existe em relação ao outro” ARAUJO, 1999, incorpora-se na luta para transformar as relações desiguais que existe em nossa sociedade.

Para o movimento de mulheres e feminista o sistema patriarcal é foco de enfrentamento das desigualdades e opressão vivenciadas pelas mulheres. O sistema colocou desde sua história as mulheres em posição de submissas, débeis, frágeis, dependentes, irracionais, fúteis, enquanto para os homens como os corajosos, fortes, viris, provedores, poderosos. Segundo SOARES, 2008, as sociedades assumiram o masculino como referência para a humanidade; não é a toa que a língua portuguesa se refere ao ser humano como o homem.

Dentro do campo da sexualidade, as mulheres foram colocadas no papel de reprodutoras, de perpetuar a espécie humana, mas sem necessariamente expressarem desejos, fantasias, necessidades, vontades. E discutir a vulnerabilidades nesse contexto de opressão e desigualdades entre os gêneros no campo da prevenção e assistência a Aids é um desafio.

Discutir sobre as desigualdades de gênero constituem fatores estruturantes da vulnerabilidade das mulheres à epidemia de Aids e outras DST. O conceito de vulnerabilidade é norteador da resposta nacional à aids e pressupõe um conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos que incidem diretamente sobre a maior ou menor exposição de homens e mulheres ao HIV/Aids. [...] consideramos que, no que se refere à e outras DST, há uma convergência de fatores que configuram o que denominamos contextos de vulnerabilidade, gerando desafios que devem ser superados, em uma perspectiva integrada e intersetorial para o enfrentamento da epidemia. (CZERESNIA e FREITAS, 2003, p.119)

É nessa cultura machista, que vem negando o direito das mulheres a viverem sua sexualidade de forma livre e protegida. Ainda encontramos hoje a perpetuação junto a sociedade a penetração como o verdadeiro sexo e vê a camisinha como um traste que incomoda e dificulta a ereção. Somando esses fatores, um número considerável de homens não usa camisinha por considerar que jamais adoecerão. (Rede Nacional Feminista de Saúde, 2003).



Desta forma, uma das estratégias importantes seria a desconstrução das desigualdades de gênero entre homens e mulheres, construindo-se outra, segundo a qual homens e mulheres sejam pensados como seres sociais e políticos, capazes de refletir, discutir e tomar decisões de modo igualitário (SCOTT, 1990). Só assim, as mulheres estariam prontas para assumir, na relação com o parceiro ou com a parceira, uma postura pró-ativa acerca do uso do preservativo nas relações sexuais (PARKER, 1994).

Conclusão

A situação das mulheres frente à epidemia da AIDS ainda é um desafio, seja para os governos, para os movimentos sociais organizados, seja para a população como um todo. Avançar na construção de uma política de forma mais ampla que dê as condições de enfrentamento à pobreza, a falta de uma educação de qualidade, acesso a alimentação saudável, habitação, a saúde e ao lazer está posto. Segundo Betinho, *falta comida na mesa, mas por si só não basta*, falta respeito a dignidade humana, falta exercer e deixar exercer a cidadania, falta uma política eficiente e eficaz e gestores e gestoras comprometidas com a comunidade, com o povo.

No contexto da Aids, é importante empoderar as mulheres mais e mais, dar-lhes o direito de decidir sobre sua vida sexual e afetiva, sem violência, romper com essa cultura machista, resgatar a auto estima, fazer com que superem a situação de opressão que muitas mulheres vivenciam em seu cotidiano e “A melhor maneira de não temer os esquemas patriarcais de pensamento consiste em lutar, de todas as formas possíveis por uma sociedade menos injusta” segundo ARAÚJO, 1999.

Desta forma, é importante pautar essa discussão, trabalhar na perspectiva de diminuir as desigualdades sociais, econômicas, de gênero, realizar amplo debate junto à sociedade, com enfrentamento aos preconceitos, denunciar as violações, sem com isto esquecer que a liberdade, prazer, desejos, felicidade, respeito e igualdade são fundamentais para se viver em uma sociedade com justiça social.

Bibliografia:

- ARAÚJO, C. **Marxismo, feminismo e o enfoque de gênero**. Revista Crítica Marxista, nº22, 1999.
- BASTA, P C.- **Cadernos de Saúde Pública**, vol.22 nº20. Rio de Janeiro. Fevereiro. 2006.
- CZERESNIA E FREITAS, C.M. (org.). **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios**. In D. Promoção da saúde. 2003.p. 116-138. FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 360, jan./abr. 2004.



Folha de São Paulo, BIANCARELLI. A. **“Mulheres com HIV já são maioria em 207 cidades do Brasil”** 14/07/2004.

HAUG, F. Para uma Teoria das relações de gênero. **In:** A Teoria Marxista hoje. Problemas e perspectivas. Boron, Atílio; Amadeo, Javier e González, Sabrina (Orgs). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociais, Expressão Popular, 2006.

OLIVEIRA, M. L. L. **Transformação das desigualdades de gênero? Narrativas da vida cotidiana e empoderamento de mulheres de assentamentos do cariri paraibano.** Dissertação na pós-graduação em educação –UFPB, João Pessoa, 2007.

PAISM, 20 anos depois. Encarte: **Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Jornal da Rede Feminista de Saúde, nº27, setembro de 2005.

PARKER, R. **Na Contramão da Aids: Sexualidade, intervenção e política.** ABIA. Editora 34. São Paulo. 2000.

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: **Igualdade de Gênero e HIV/Aids: Um política por construir.** Belo Horizonte, 2003.

SCOTT, JÁ. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Educação e Realidade, vol.16, n.2, 1990.

SOARES, R. de L. Artigo: **Estigma da Aids, em busca da cura.** 2002, João Pessoa/PB. pág 44-56.