

“Na hora de abrir as pernas não pensou”: HIV, mulheres e vivências

Cuando llegó el momento de abrir las piernas, no pensaste”: VIH, mujeres y experiencias

“When it was time to spread your legs, you didn’t think”: HIV, women and experiences

Caroline Felli Kubiça*Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria - RS/Brasil***ORCID:** 0000-0001-5459-8536.**E-mail:** carolfkubica@gmail.com**Monise Gomes Serpa***Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS),**Porto Alegre – RS/Brasil***ORCID:** 0000-0002-8917-5370.**E-mail:** monise.serpa@gmail.com**Camila dos Santos Gonçalves***Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Bagé - RS/Brasil***ORCID:** 0000-0002-0655-8895.**E-mail:** camila.gon.79@gmail.com**Resumo**

Este trabalho objetiva compreender os significados atribuídos pelas mulheres que vivem com HIV, acerca das concepções de gênero, sexualidade e corpo, nas suas experiências após o diagnóstico. Para isso, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, com três mulheres, que vivem com HIV. Os resultados mostraram que as mulheres interlocutoras deste estudo vivenciaram situações de violações aos seus direitos, assim como de constrangimento e misoginia devido ao diagnóstico, seja nos serviços de saúde, seja na rede de relações afetivas. Ressalta-se que a vigilância à sexualidade e ao corpo das mulheres, somada à carga moral que o HIV carrega, são fatores que acarretam maior vulnerabilidade às situações de preconceito. Percebeu-se que o tempo de vivência e o ano de descoberta do HIV são marcadores importantes para entender a singularidade da experiência de cada mulher. A importância de se trabalhar as questões de gênero em práticas preventivas se mostrou necessária diante das concepções ainda presentes de que o casamento e as relações afetivo-sexuais fixas são fatores de proteção ao HIV. Almeja-se que as práticas de interação com as mulheres que vivem com HIV não reproduzam a lógica de preconceito e discriminação, e que o conhecimento possa desconstruir concepções que favoreçam a iniquidade de gênero. Ademais, espera-se que as mulheres que vivem com HIV encontrem na sociedade um espaço de inserção social, e que as condutas de cuidado para com elas sejam permeadas pelo acolhimento respeitoso e sensível, com a presença de vínculo, amparo e confiança, buscando tornar tal experiência a menos dolorosa possível.

Palavras-chaves: HIV; Imagem corporal; Iniquidade de gênero; Psicologia; Sexualidade.

Resumen

Este trabajo objetivo comprende los significados atribuidos a las mujeres que viven con VIH, respecto de los conceptos de género, sexualidad y cuerpo, en sus

vivencias posteriores al diagnóstico. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres mujeres viviendo con VIH. Los resultados demostraron que las interlocutoras de este estudio se encontraban en

¹ As autoras declaram que esta contribuição é original e inédita. Desse modo, assegura-se que a obra não foi publicada em outro periódico científico.

situaciones de expresión de sus derechos, así como de vergüenza y misoginia debido al diagnóstico, ya sea en los servicios de salud o en la red de relaciones afectivas. Es de destacar que la vigilancia de la sexualidad y el cuerpo de las mujeres, sumado a la carga moral que conlleva el VIH, son factores que conducen a una mayor vulnerabilidad a situaciones de prejuicio. Tenga en cuenta que la duración de la experiencia y el año del descubrimiento del VIH son marcadores importantes para comprender la singularidad de la experiencia de cada mujer. La importancia de trabajar las cuestiones de género en las prácticas preventivas se muestra necesaria dadas las concepciones aún presentes de que el matrimonio y las relaciones afectivo-sexuales fijas son factores protectores contra el VIH. Se espera que las prácticas de interacción con mujeres que viven con VIH no reproduzcan la lógica del prejuicio y la discriminación, y que el conocimiento pueda deconstruir concepciones que favorecen la inequidad de género. Además, espero que las mujeres que viven con VIH encuentren un espacio de inclusión social en la sociedad, y que las conductas de cuidado hacia ellas estén permeadas por una acogida respetuosa y sensible, con presencia de vínculo, apoyo y confianza, buscando devolverles esa experiencia como lo más indoloro posible.

Palabras clave: VIH; Imagen corporal; Desigualdad de género; Psicología; Sexualidad.

Abstract

This objective work understands the meanings attributed to women living with HIV, regarding the concepts of gender, sexuality and body, in their experiences after diagnosis. To this end, semi-structured interviews were carried out with three women living with HIV. The results demonstrated that the women interlocutors in this study were in situations of expressing their rights, as well as embarrassment and misogyny due to the diagnosis, whether in health services or in the network of affective relationships. It is noteworthy that surveillance of women's sexuality and bodies, added to the moral burden that HIV carries, are factors that lead to greater vulnerability to situations of prejudice. Realize that the length of experience and the year of discovery of HIV are important markers for understanding the uniqueness of each woman's experience. The importance of working on gender issues in preventive practices is shown to be necessary given the still present conceptions that marriage and fixed affective-sexual relationships are protective factors against HIV. It is hoped that interaction practices with women living with HIV do not reproduce the logic of prejudice and discrimination, and that knowledge can deconstruct conceptions that favor gender inequity. Furthermore, I hope that women living with HIV will find a space for social inclusion in society, and that care behaviors towards them will be permeated by respectful and sensitive reception, with the presence of bond, support and trust, seeking to return such experience as painless as possible.

Keywords: HIV; Body image; Gender inequity; Psychology; Sexuality.

Introdução

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surgiram no início da década de 1980, no Brasil, na ebulição de diversos movimentos sociais pelo direito à saúde, precursores da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ataca as defesas do corpo humano, os linfócitos T CD4+. As pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e não realizam tratamento podem ter a sua imunidade reduzida, com o tempo, o que as tornam vulneráveis à infecção por doenças oportunistas. Por outro lado, as que realizam tratamento podem ter a carga viral indetectável no organismo, isto é, não transmitem o HIV e podem ter uma vida saudável (Brasil, 2017). Em um país como o Brasil, que disponibiliza o tratamento gratuito, viver com HIV, na atualidade, possibilita a construção de novos

significados e a emergência de outros desafios cotidianos.

Os avanços em relação à prevenção, ao tratamento e à informação são visíveis na sociedade brasileira, porém, a epidemia da Aids surgiu vinculada à noção de morte iminente, sexualidade marginal e atrelada a grupos específicos, entre eles homossexuais, trabalhadoras do sexo e pessoas que usam álcool e outras drogas. Além disso, houve intenso julgamento moral quanto às expressões de práticas de sexualidade não normativas, vistas como promiscuidade e vergonha. A trajetória das representações, carregadas de preconceito e humilhação, ocasionou o estabelecimento de um imaginário social de doença diferente de qualquer outra adversidade (Ivo & Freitas, 2014).

Fernando Seffner (2001) salienta esse ponto ao afirmar que “morrer de Aids não é a mesma coisa que morrer de outra doença” (p.386), pois a pessoa com Aids não é um simples doente, é um “aidético”, ou seja, a doença passa a ter o sentido identitário. Dessa forma, atualmente, não se utiliza esse termo devido à carga simbólica que carrega, para, assim, buscar combater o preconceito com as pessoas que vivem com HIV. O autor ainda defende que a PVHA carrega com o diagnóstico uma construção social e uma histórica de estigma e, conseqüentemente, de singulares formas de sofrimento, em que os atributos do indivíduo ficam resignados perante à enfermidade e essa pode expressar-se no corpo.

Segundo David Le Breton, o corpo produz sentidos e insere a pessoa em um espaço social e cultural. O corpo, para o autor, é um “vetor semântico” (Le Breton, 2012a, p.7), no qual é possível identificar os modos como as pessoas se relacionam consigo e com o mundo. É o lugar de contato com o mundo e por isso está à “luz dos holofotes” (Le Breton, 2012b, p.10). O corpo, dessa maneira, é um reflexo da sociedade, modelado conforme cada contexto cultural e histórico no qual ele se insere. Nesse sentido, as noções de saúde e doença são, também, estruturadas socialmente, de maneira que o próprio meio social classifica e estabelece critérios em relação às enfermidades (Gualda et al., 2009). Para as autoras, o contexto social, cultural e histórico de sentidos e significados em que emergiu o HIV, influenciam diretamente nas relações da PVHA com o seu próprio corpo, e do seu corpo com o mundo externo.

Em se tratando dos corpos de mulheres, foco de nosso estudo, ao relacionar a noção de corpo como um território de identidades à questão da iniquidade de gênero, é possível analisar sobre a inscrição, nas mulheres, das marcas de submissão e de dominação masculina. Tal questão é definida pela literatura como “violência simbólica” (Lopes, Meyer & Walwow, 1996, p. 30), em que a subordinação funciona de maneira que a lógica

de subjugação feminina pode ocorrer de forma não consciente, e, muitas vezes, imperceptível. Neste sentido, as redes de hierarquia e poder buscam controlar os corpos e regular a sexualidade das mulheres, em prol da supremacia masculina. Tal dimensão implica na imposição às mulheres à domesticação dos seus corpos e à delegação de um parâmetro de conduta que deve ser seguido, e as que não correspondem a esse padrão acabam por serem enquadradas em julgamentos de ordem moral e misógina. O lugar de submissão intimado às mulheres não inclui o direito ao seu próprio corpo e nem o livre viver de sua sexualidade, o que ocasiona diversas violações dos direitos fundamentais desse grupo (Lourenço, Amazonas & Lima, 2018).

Para Roger Ceccon e Stela Meneghel (2017), a construção social do lugar da mulher, vinculada à trajetória de estigma e preconceito em relação ao HIV, ocasiona nas mulheres que possuem o diagnóstico, a representação da infratora, da promíscua, entre outros. Esses fatores abordados podem acarretar uma situação de vulnerabilidade das mulheres em relação à infecção pelo HIV e outros agravos, assim como podem produzir e reproduzir diversos tipos de violência, culpabilização, preconceito e sofrimento. Isso decorre devido ao desequilíbrio de poder entre os gêneros e ao controle social exercido sobre a mulher, sua sexualidade e seu corpo.

O contexto de vigilância dos corpos e da sexualidade das mulheres, atrelado ao preconceito e à discriminação das PVHA, também reproduzidos pelos serviços de saúde, faz com que as mulheres que vivem com HIV estejam em uma posição de vulnerabilidade às agressões e violências. Devido a isso, o compartilhamento do diagnóstico de HIV pode vir a ser uma ameaça à sustentação das relações pessoais, sexuais, entre outras, o que restringe a procura dessas mulheres por suporte e pela construção de uma rede de apoio que poderia auxiliar nas implicações relacionadas ao diagnóstico (Lourenço et. al, 2018). As PVHA encontram-se entre a visibilidade, relacionada à possibilidade de reconhecimento da doença, e o

segredo, como recurso de proteção contra o preconceito (Ivo & Freitas, 2014). As experiências das mulheres que vivem com HIV, em referência às relações afetivo-sexuais, têm ligação direta com o enfrentamento do diagnóstico e com os processos implicados nisso (Kahhale, Christovam, Esper, Salla & Anéas, 2010).

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, de 1980 até junho de 2023, foram registrados 743.596 casos de Aids em homens e 380.346 em mulheres. Dentre as mulheres, com 13 anos ou mais, a transmissão por via sexual foi de 83,4% dos casos em 2022. Ademais, a principal categoria de exposição entre as mulheres foi a heterossexual, contando com 86,4%, dos casos no período de 2007 a junho de 2023 (Brasil, 2023a). Apesar das taxas de HIV/Aids em mulheres serem menores que em homens no Brasil, em estimativa global, as doenças relacionadas à Aids continuam sendo a principal causa de morte entre as mulheres em idade reprodutiva, bem como, toda semana, cerca de 6.000 mulheres com idades entre 15 e 24 anos, são infectadas pelo HIV, conforme dados do Programa Conjunto das Nações Unidas (Unaid, 2020).

Sendo assim, a abordagem de gênero no contexto do HIV é imprescindível para estimar as vulnerabilidades coletivas e individuais, as quais as mulheres que vivem com o diagnóstico estão submetidas. A partir da noção de gênero trabalhada por Butler (2018), o termo não se refere às características naturais e estáveis, mas às práticas entendidas como femininas ou masculinas que são impostas pela cultura. Sendo assim, são construções de sentido impostas por práticas regulatórias, a partir de valores e normativas que criam e reforçam a hierarquia de poder entre homens e mulheres. Nesse sentido, segundo a pesquisa de Carvalho & Monteiro (2021, p.8) “as conexões entre vulnerabilidade, violência e gênero ainda impactam nas condições de saúde das mulheres, principalmente na saúde sexual e reprodutiva, como é o caso da infecção de HIV/aids”.

Para o presente estudo, partimos da noção fundamental de marcar o lugar das mulheres diante dessa iniquidade de gênero, e os efeitos impostos para elas. Além das questões de gênero, é relevante alertar para os demais marcadores sociais como raça/etnia, cor, orientação sexual, renda e escolaridade, por exemplo, que também influenciam nas vivências e experiências das mulheres que vivem com HIV. Sendo assim, os diferentes marcadores sociais podem se interseccionar, possibilitando diferentes graus de vulnerabilidade na vivência do diagnóstico (Brasil, 2023b). Salienta-se que as vulnerabilidades que afetam as mulheres que vivem com HIV crescem exponencialmente quando as iniquidades de gênero se interseccionam com vulnerabilidades socioeconômicas e raciais. Desse modo, mulheres negras/pardas e com menores condições socioeconômicas apresentam maior vulnerabilidade se comparadas às mulheres brancas e com melhores condições socioeconômicas (Oliveira & Junqueira, 2020). A complexidade do ser mulher, incluindo os diversos atravessamentos, não deslegitima as vivências de mulheres em seus diferentes contextos e condições.

É importante ressaltar que este estudo abrange experiências de uma população específica, de mulheres que estão em condições privilegiadas em relação à raça, escolaridade, classe social, identidade sexual e orientação sexual. Tal pesquisa foi realizada durante a eclosão da pandemia de Covid-19 e a necessidade do distanciamento social entre as pessoas, o que restringiu a divulgação e acesso da população visada para tal estudo. As mulheres que responderam ao convite da pesquisa tinham acesso à Internet, e conhecimentos de ferramentas remotas para sua participação. Sendo assim, entendemos que as restrições geradas pelo período da pandemia limitaram o convite e o acesso de outras mulheres a inserirem-se na proposta, limitando a representatividade e as interseccionalidades da complexidade do ser mulher. Mesmo tratando-se de um pequeno grupo de interlocutoras com perfil demarcado,

consideramos que emergiram questões referentes às questões de gênero, sexualidade e corpo - elementos presentes em muitas experiências de mulheres que vivem com HIV.

Diante do exposto, torna-se imprescindível conhecer as trajetórias de vida das mulheres que vivem com HIV/Aids, para a identificação dos determinantes de saúde, ampliação do conhecimento sobre o tema e a oferta de melhores tecnologias de cuidado, sem estarem atravessadas por julgamentos morais e misóginos, conseqüentemente, por diversas circunstâncias de constrangimento. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é compreender os significados atribuídos pelas mulheres que vivem com HIV, acerca das concepções de gênero, sexualidade e corpo, nas suas experiências com o diagnóstico.

Método

A pesquisa foi realizada a partir da abordagem qualitativa (Silveira & Córdova, 2009), com cunho exploratório e a produção do material se deu por entrevistas individuais semiestruturadas (Yin, 2001). Tal estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Franciscana, sob registro CAEE 36917420.0.0000.5306. Foram seguidas as normas da Resolução nº 016/2000, de 20 de dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000) e da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), no que se refere à ética em pesquisa com seres humanos.

O estudo foi realizado a partir das narrativas de três mulheres que vivem com HIV, que foram contatadas a partir dos critérios de inclusão: ser mulher; maior de 18 anos; com diagnóstico para HIV há pelo menos 6 meses, transmitido por via sexual e em relação heterossexual. A divulgação do convite para a participação na pesquisa se deu através de um folder em mídias digitais. Um dos contatos se deu através do aplicativo WhatsApp, e os outros dois através do grupo "Mulheres

vivendo com HIV" do Facebook, para as combinações do encontro remoto em plataforma virtual. Devido às medidas de biossegurança impostas pela pandemia do Coronavírus, as entrevistas ocorreram de modo online, no mês de novembro de 2020 e foram realizadas pela plataforma Google Meet. Foi realizado um encontro com cada uma, com duração em média de 60 minutos.

As interlocutoras deste estudo serão apresentadas por nomes fictícios de modo a preservar suas identidades. É válido destacar que as falas das entrevistadas foram mantidas em seu formato original, sem sofrerem alterações gramaticais e semânticas, a fim de não destoar do real expresso por elas. A seguir, uma breve apresentação das interlocutoras: Amanda, 24 anos, mulher cis, casada, ensino superior completo e trabalhadora doméstica. Descobriu o diagnóstico em 2018, vive com HIV há dois anos. Começou o uso da Terapia Anti Retroviral (TARV) no mesmo período de descoberta do diagnóstico e nunca apresentou infecções oportunistas. Relatou que ela e o seu companheiro são soroconcordantes (os dois têm diagnóstico de HIV), eles namoravam e quando descobriram o diagnóstico casaram-se e passaram a morar juntos. Camila, 45 anos, mulher cis, divorciada, ensino superior completo e trabalha como professora universitária. Descobriu o diagnóstico em 2006, vive com HIV há 14 anos, começou a TARV dois anos após a descoberta do diagnóstico e já apresentou uma infecção oportunista. Relatou que descobriu o diagnóstico no mesmo momento que o seu atual marido também foi diagnosticado, chegando a falecer devido às infecções oportunistas pelo HIV. Gabriela, 47 anos, mulher cis, separada, ensino superior completo e trabalha com atendimento ao cliente em um serviço de saúde. Descobriu o diagnóstico em 1999, vive com HIV há 21 anos e começou a TARV no quando foi internada com infecções oportunistas, tomava, no início de seu tratamento, 16 comprimidos por dia. Relatou ter tido uma relação soro diferente (quando um possui diagnóstico de HIV e o outro não) com o ex-marido. Ela descobriu o diagnóstico em

1999 e suspeita que a transmissão tenha ocorrido no ano 1989, com um antigo namorado.

Apesar do baixo número de interlocutoras, compreende-se que todas que aceitaram participar podem ser consideradas dentro de uma parcela da população com boas condições materiais e emocionais, que permitiram a elas terem acesso ao convite e às condições para manifestar/expressar suas vivências. Entende-se que o tipo de informação disponibilizada, o contexto do isolamento físico devido à pandemia, o receio de quebra de sigilo e outras hipóteses podem ter influenciado na possibilidade de outras mulheres participarem do estudo.

Após o período de entrevistas e transcrição delas, ocorreu um mapeamento dos conteúdos constituídos e o agrupamento das informações em categorias, de acordo com a semelhança dos temas abordados. A intenção do processo foi apreender os sentidos nas falas e ações das interlocutoras, de maneira a se chegar a uma compreensão, e, assim, relacioná-la à literatura (Bardin, 1977; Gomes, 2013). As informações levantadas pelas entrevistas foram organizadas nas seguintes categorias: *"Um peso que a gente carrega pra toda vida"*: as relações afetivo-sexuais de mulheres vivendo com HIV; *"Quibe cru é igual mulher vivendo com HIV"*: discursos sobre iniquidade de gênero e violência; e, *"Esse corpo era radioativo pra mim"*: a dimensão simbólica da corporeidade.

Resultados e discussão

***"Um peso que a gente carrega pra toda vida"*: as relações afetivo-sexuais de mulheres vivendo com HIV**

Este tópico abordará como se deram as relações afetivo-sexuais das mulheres que participaram desta pesquisa, após a descoberta do diagnóstico de HIV. A presente categoria irá tratar, especialmente, das suas relações afetivo-sexuais, sejam elas marcadas pela

conjugalidade ou não. Todas as mulheres que participaram desta pesquisa estavam em um relacionamento estável no momento de descoberta do diagnóstico. Desde o início da epidemia, o risco à infecção ao HIV foi relacionado às sexualidades consideradas marginais, às profissionais do sexo, à homossexualidade e à promiscuidade. Tal fato desencadeou a falsa percepção de que aqueles/las que estavam fora dessas condições estavam protegidos/as, assim como as pessoas que se relacionavam com um único parceiro/a sexual dentro de um relacionamento estável não necessitava prevenir-se (Brasil, 2017). Como ilustram os extratos a seguir:

No momento em que saiu positivo para ele eu já pensei que teria grande chance de sair positivo para mim também, porque a gente já namorava alguns meses, né. (Amanda, 24)

Falou que eu deveria fazer um exame de HIV, e até então ninguém tinha questionado nada, eu era casada na época, há bastante tempo. (Gabriela, 47)

A gente nunca falou sobre fazer teste de HIV e eu nunca pedi... porque era como se: ai, eu estou casada eu estou protegida, né, eu nunca o culpabilizei por isso. (Camila, 45)

No discurso de Camila, o fator "casamento" aparece como uma condição de proteção ao HIV, o que a levou a não ter procurado testagem anteriormente. Já Gabriela, na sua busca por identificar as causas de adoecimento, retrata sobre a demora dos médicos em relacionar tais infecções oportunistas ao HIV, e atribui isso por ela ser uma mulher casada. Sobre isso, Ceccon e Meneghel (2017) apontam que a conjugalidade aparece como fator de estabilidade nas relações, de forma a apresentar-se como um fator de proteção para o HIV. Em outro estudo, a intimidade alcançada em uma relação estável, somada com as sensações de amor, confiança e respeito, são apontadas como um alto fator de vulnerabilidade para essas mulheres, devido a

não se entenderem, nessa condição, como um grupo de risco (Saldanha, 2023). O abandono ou o não uso de preservativos em relações estáveis, como o casamento, também se pauta na idealização do amor romântico entre casais, salvaguardando-o de contrair qualquer Infecção Sexualmente Transmissível (IST) pelo parceiro. No caso das interlocutoras, tal questão foi vivenciada quando se pautaram na expectativa de que estar em uma relação monogâmica seria uma garantia para a não infecção pelo HIV.

Com o diagnóstico, as relações afetivo-sexuais passaram por mudanças, como a introdução do uso de camisinha, demarcando a sensação de “risco” até então não vivida, gerando insegurança, como no caso da interlocutora Gabriela, ou pelo desejo de restabelecer a sensação de proteção gerada pelo relacionamento estável com a retirada do uso da camisinha, como no caso de Amanda.

A relação íntima a gente usou preservativo até zerar a carga viral né, e daí depois normal, tudo normal [...] a gente está há 3 anos junto, não tenho troca de parceiro, nem ele, a gente não precisa ter medo de nada porque é só entre nós e a gente se cuida, então, está indetectável, está normal. (Amanda, 24)

A gente só teve um momento de intimidade [antes dele falecer], de carinho, de carícias né, que conseguiu ter uma cara de uma transa assim, mas não teve penetração nem nada, não tinha condições físicas para isso, teve intimidade, teve aquela sensação de um pouquinho de alívio, de prazer. (Camila, 45)

Acho que eu senti diferença em mim, e não nele, senti a diferença porque a gente fica muito insegura, porque você fica com aquela insegurança de que ‘meu Deus, e se isso estoura, se essa camisinha estoura, meu Deus, e

sem camisinha, e se ele ficar doente? (Gabriela, 47)

O uso do preservativo enquanto ferramenta de cuidado, para Kahhale et. al. (2010, p.66) pode ser considerado como uma “quebra da harmonia e do ritmo do encontro sexual e afeta negativamente a disposição sexual”. No caso de Gabriela, que descobriu o HIV em 1999, tais efeitos foram mais sentidos, deixando-a insegura, pois a camisinha ainda não era percebida como garantia de sexo seguro. Por outro lado, Amanda (24 anos), que descobriu o HIV em 2018, afirma que o preservativo foi descartado quando a carga viral se tornou indetectável, retomando para ela a sensação de segurança em sua relação, definida como monogâmica. Dessa maneira, o fato de “conhecer o outro” e as dimensões de “confiança”, “respeito” e “comprometimento” são utilizados, de acordo com Guimarães (2001), como métodos de prevenção para os casais que compartilham o HIV, sendo, portanto, justificativas para a não utilização de proteção durante relações sexuais.

Sobre a relação afetiva do casal, Amanda (24 anos) retratou que sofreu mudanças com a descoberta do diagnóstico, o que se percebe com a seguinte fala: “A gente começou a construir uma ponte muito forte entre nós, de parceria, de confiança, amizade”. (Amanda, 24 anos). A maior proximidade depois do diagnóstico é tratada no trabalho de Kahhale et. al. (2010), ao referir o compartilhamento do diagnóstico por um casal, como uma espécie de elo de união entre os dois. Já Camila (45 anos), que descobriu o HIV em 2006, teve uma vivência diferente, visto que o seu marido faleceu no mesmo ano que o casal descobriu o diagnóstico de HIV. Camila contou que ela e o seu marido eram “muito apaixonados” e que nos últimos momentos de vida dele, em que estava internado no hospital em decorrência da Aids, o casal renovou os votos de casamento. Isso foi visto pela interlocutora como algo positivo, em que relatou ter descoberto outra perspectiva do relacionamento, ao afirmar que se deu conta que poderia transmitir e receber amor de

maneiras diferentes, como o carinho e o cuidado mútuo diante das dificuldades advindas da doença.

Os estudos de Kakhale et. al. (2010) e de Guimarães (2001) trazem que o fato da mulher perder o companheiro para a Aids pode causar um processo de luto simultâneo, tanto pelo sofrimento em decorrência da morte do marido, como também pelo próprio diagnóstico de HIV da mulher, o que pode restringir a procura desta por um novo parceiro. Ao contrário disso, Camila (45 anos) afirmou que se casou um tempo depois que o seu marido faleceu, depois divorciou-se e que hoje não está em uma relação fixa, mas possui parceiros sexuais. Por outro lado, Gabriela (47 anos) referiu que não teve nenhuma relação fixa após a separação de seu ex-marido, como namoro ou casamento, por exemplo. No processo de descoberta de novas experiências com outros parceiros, as interlocutoras demonstraram medo, seja em revelar o diagnóstico, como também em vivenciar a experiência sexual atravessada pelo diagnóstico de HIV:

Depois eu me relacionei, me casei, mas era uma sexualidade muito travada, por que eu me travava [...] algumas práticas já tinham saído do cardápio, tipo sexo oral esquece, sexo anal com muito medo né, com muito pavor, sei lá com 500 camisinhas e mesmo assim você começa evitar certas coisas, você começa a limitar sua vida, sua espontaneidade. (Camila, 45)

Eu não tive nenhuma relação fixa, nenhuma relação de namorado, de me casar de novo, alguma coisa assim. Me relacionei com algumas pessoas sim, mas muito casual, de pouco tempo, né, não contei não, tomei todos os cuidados, porque como já era indetectável né, mas sempre com camisinha. (Gabriela, 47)

Apesar de todas as possibilidades de prevenção para se ter um sexo "seguro", as interlocutoras trazem o receio de serem

responsáveis por alguma transmissão ou de sofrerem alguma rejeição ao relatarem o diagnóstico de HIV. Gabriela ainda acrescenta o motivo disso, quando diz: "Justamente porque talvez eu não tenha vontade, não sei se eu tenho esse estômago de realmente compartilhar isso com alguém que vai viver do meu lado, né?". Desse modo, Gabriela refere o receio de falar com outro, ou seja, de compartilhar o diagnóstico com um companheiro. No estudo de Gonçalves, Weber e Roso (2013) a decisão de revelar ou não o diagnóstico tomou destaque na narrativa das mulheres entrevistadas, visto que o fato de viver com HIV aparece atravessado por intenso sofrimento psíquico. Tal questão acaba interferindo diretamente nas relações sociais e familiares, ocasionando às mulheres que vivem com HIV dúvidas e receios no ato de compartilhar a condição sorológica com sua rede de relações interpessoais.

De acordo com Barbosa et. al. (2019), o prazer sexual é um fator importante no que se refere ao bem-estar na vida de um adulto, e o diagnóstico do HIV pode revelar-se como uma ameaça a isso, o que se percebe nos discursos das interlocutoras. Porém, cabe discutir o quanto esse medo está ancorado no preconceito e estigma ainda presente para mulheres que vivem com HIV, como nos mostra o estudo feito com mulheres atendidas em um ambulatório especializado em HIV no Ceará (Medeiros & Souza, 2023). Nele, as mulheres relataram eximir-se de novos relacionamentos afetivo-sexuais com parceiros masculinos como forma de evitar situações de discriminação e misoginia.

Além do medo de compartilhar o diagnóstico, sentido por Gabriela (47 anos), observa-se, também, o medo de infectar o outro e a dimensão de responsabilidade que muitas PVHA sentem e como isso acaba interferindo nas relações sexuais (Barbosa et al., 2019). Essas sensações trazem mudanças significativas na forma das mulheres vivendo com HIV relacionarem-se com a sexualidade, de modo a produzir obstáculos na vivência de aspectos que dizem respeito à intimidade. De

acordo com Barbosa et al (2019), esse bloqueio pode causar restrição e até abstinência sexual, fato que prejudica o bem-estar, em vista do prazer sexual ser fator fundamental para a qualidade de vida de um adulto.

A interlocutora Camila (45 anos) citou outras barreiras encontradas em relação à sexualidade, que coincidem com as sensações de Gabriela, de forma que também sentiu mudanças negativas na prática sexual, incluindo algumas restrições, o que se percebe na sua fala quando ela refere que “algumas práticas já tinham saído do cardápio”. Camila afirma estar conseguindo restabelecer a relação com a sua própria sexualidade, o que para ela, tal fato foi decorrente da descoberta sobre a não transmissão de HIV de quem tem a carga viral indetectável. Por outro lado, percebeu-se alguns elementos tensos nessa relação, como elucida Gabriela (47 anos), quando elenca o fator responsabilidade no cuidado de não transmissão do HIV para outra pessoa, em que isso tornou-se um peso: “Esse é um peso que a gente carrega para toda vida, eu carrego ainda sim”. Essa situação pode ter sido agravada devido à experiência difícil que Gabriela teve com o seu ex-marido, que possui um diagnóstico sorodiferente dela.

Dessa forma, constata-se que o diagnóstico de HIV trouxe implicações nas relações afetivo-sexuais das interlocutoras do estudo, muitas delas pautadas nas condições de iniquidade de gênero vividas pelas mulheres. A crença em relacionamentos de conjugalidade monogâmica como um fator de proteção para o HIV, ancorada nas expectativas de confiança, intimidade e respeito, fragiliza as mulheres nos processos de prevenção ao HIV. E em situações que ocorre a transmissão do HIV, as mulheres passam a experienciar o medo de vivenciar o preconceito, tendo como um dos seus efeitos a renúncia de ter novos relacionamentos. Diante do exposto, é importante pensar a lógica de poder e de dominação sobre os corpos das mulheres e como veremos, alguns discursos proferidos por profissionais de saúde e pessoas próximas legitimam essa lógica, fragilizando ainda mais a relação das mulheres consigo

mesmas, com o serviço e conseqüentemente com o tratamento.

“Quibe cru é igual mulher vivendo com HIV”: discursos sobre iniquidade de gênero e violência

Este tópico busca salientar a perspectiva de iniquidade de gênero expressa nas narrativas das interlocutoras. Emerge em suas experiências a percepção de controle sobre sua sexualidade, muito pautada nos estigmas sociais herdados do início da proliferação da epidemia. Tal condição torna-se justificativa para muitas mulheres sofrerem discriminação ao serem questionadas, estigmatizadas e violentadas. Esta categoria tratará da exposição de narrativas que abordam sobre as circunstâncias elencadas, contexto que afeta diretamente o cuidado em saúde e prevenção para HIV.

Historicamente, os grupos hegemônicos, que estabelecem as normas quanto à sexualidade, estão relacionados ao homem, branco, heterossexual, de classe média, cristão e saudável, de maneira que quem não pertence à essa rotulação, é subalterno a ela (Louro, 2000). Dentre esses grupos subalternos estão as mulheres, que são submetidas a um discurso hegemônico, o qual atua sobre o seu corpo com o objetivo de esterilizá-lo e domesticá-lo. Tais narrativas estabelecem uma “performance específica de gênero para as mulheres”, em que essas devem ser “recatadas e inexperientes” em questões relacionadas à sexualidade (Lourenço et. al, 2018). Por outro lado, espera-se dos homens uma vida sexual ativa, assim como amplo conhecimento de questões relacionadas ao sexo. Sobre isso, as interlocutoras mencionam:

O homem vai ser sempre o macho, garanhão né, para sociedade ele vai ser sempre maior. (Amanda, 24)

Ele também faz parte das práticas aceitáveis pela sociedade brasileira, a pulada de cerca, a saída com o travesti que ninguém sabe. (Camila, 45)

A hierarquização de gênero é percebida nas diferentes formas da sociedade tratar a sexualidade da mulher e do homem. As desigualdades entre homens e mulheres enquadram-se como iniquidade de gênero, em que a lógica de superioridade do homem e a inferioridade da mulher está inscrita na cultura (Cecon & Meneghel, 2017). Esta relação social configura-se como uma forma particular de “violência simbólica” (Lopes et al., 1996, p. 30) ou seja, é uma violência difícil de ser apreendida, visto que quem sofre e quem executa essa violência não tem, necessariamente, consciência disso (Bordieu, 2002; Lopes et al., 1996). É importante pensar nessa diferença quando se refere ao risco frente ao HIV, pois ao passo que para os homens a diversidade das práticas sexuais é vista como um sinal de potência e vantagem, para as mulheres, diversificar é considerado inadequado e motivo para deslegitimá-las, e, ainda, responsabilizá-las em decorrência do seu diagnóstico. As interlocutoras ilustram em suas narrativas alguns discursos neste sentido, de profissionais da saúde e por pessoas da sua rede afetiva:

Se eu tenho HIV é porque eu dei [...] 'na hora de abrir as pernas não pensou', só que não é bem assim. [...] Durante o pré-natal eu sofri alguns episódios de preconceito [...] daí a enfermeira chefe disse que não tinha enfermeira para me acompanhar, no meu caso eu não tinha ninguém. (Amanda, 24)

[...] e o médico soltou essa: 'Quibe cru é igual mulher com HIV, Aids, a gente tem que evitar, não pode comer'. [...] do meu próprio marido, quando a gente se separou ele falou coisas horríveis: 'quem que você vai arrumar aí, quê que você vai fazer, toda abichada, quem vai te querer desse jeito' [...] 'onde é que tu vai com essa vagina toda, vai apodrecer todo mundo'. (Gabriela, 47)

Essa pessoa me falou 'eu já sabia que isso um dia ia acontecer com você'.

[...] Se as pessoas tiveram algum julgamento, com certeza tiveram né. (Camila, 45)

A violência institucional é entendida pelas autoras do presente trabalho como a violência executada nos serviços de saúde quando não exercem o seu encargo de proteger os/as usuários/as e prestar um cuidado acolhedor, propiciando à pessoa atendida a sensação de ser escutada e entendida nas suas dificuldades e queixas trazidas ao local de atendimento. A ação misógina expressa nos dois primeiros extratos desnuda a gravidade das violações de direitos a que essas mulheres estão expostas nos serviços de saúde, locais que têm um compromisso ético em proporcionar acolhimento, informação e respeito a todos/as/es, de forma integral. Assim como também, a desafeição e o desamparo sofrido por Camila ao compartilhar o diagnóstico com pessoas que compõem a sua rede de relações interpessoais, explanando que o preconceito e o julgamento podem ocorrer pelas pessoas mais próximas, de forma sutil, nem sempre perceptível. Em referência aos episódios de violência explanados, o documento da Unaiids (2020) ressalta a suscetibilidade das mulheres às situações de violência institucional, maus tratos e violações de direitos reprodutivos, o que pode decorrer do lugar que a mulher vivendo com HIV ocupa na sociedade.

Desse modo, as mulheres vivendo com HIV aqui retratadas estão inseridas em uma posição de vulnerabilidade a diversas situações de preconceito e discriminação, por se encontrarem uma posição de desvio à norma na sociedade, sendo consideradas infratoras e promíscuas. Além das narrativas que tratam de violências institucionais, as interlocutoras do estudo explanaram diferentes dimensões de violência psicológica e verbal, inclusive de suas redes afetivas mais próximas, o que aconteceu com Gabriela (47 anos) e Camila (45 anos). As diversas violências sofridas por PVHA, ao compartilhar o diagnóstico com pessoas da rede afetiva próxima, pode ter sido um fator de medo levado em consideração, que influenciou Amanda (24 anos) a não

compartilhar o diagnóstico com ninguém, exceto com o companheiro soroconcordante com ela. Nesse sentido, o trabalho de Gonçalves, Weber e Roso (2013) aponta que além da rede afetiva ampliada, o acompanhamento dos desafios conjugais e da vida íntima ligada à expressão de sexualidade precisa fazer parte do acolhimento dentro de serviços de saúde. Assim sendo, a relação com parceiros é aspecto relevante para a compreensão global do impacto da epidemia em mulheres e em seu contexto relacional. Dessa forma, as situações de violência impedem as mulheres que vivem com HIV de acessar recursos materiais e simbólicos para prevenir-se e cuidar-se, o que pode relacionar-se às dificuldades, tanto ao acesso em serviços de saúde, como também à construção de uma rede de apoio e proteção. Tal fato relaciona-se à discriminação e ao preconceito para com as PVHA, somado à posição subalterna da mulher em sociedades machistas, ao controle do seu corpo e vigilância de sua sexualidade.

As três interlocutoras trazem pontos em comum sobre a responsabilização pelo diagnóstico, de forma que, mesmo em situações em que o HIV é transmitido por um parceiro fixo, a culpa e a responsabilidade do diagnóstico recaem sobre as mulheres. Desse modo, a mulher que possui o diagnóstico de HIV torna público um aspecto íntimo, isto é, a sua prática sexual, expondo que se envolveu com o que é malvisto, e, logo, não aceito socialmente (Kahhale et al., 2010). Tal estigma permite certa autorização para a invasão da privacidade dessas mulheres e a violação dos seus direitos, o que se percebe pelo discurso das interlocutoras, em que elas relatam situações de constrangimento e depreciação. Essa autorização parece ocorrer dentro da lógica de que, a mulher que faz o livre uso de sua sexualidade, “merece ser acometida por todas as moléstias, uma espécie de castigo pelo mau uso do seu corpo” (Lourenço et al., 2018, p.266). Ainda de acordo com as/os autoras/es, a mulher que se apropria de sua sexualidade, ou mesmo que está diagnosticada com o HIV, isto é, condição relacionada à sexualidade marginal e ao sexo proibido, merece receber punição.

Portanto, a lógica de dominação e poder que controla o corpo e a sexualidade da mulher, acarreta que o desejo e o seu prazer sejam podados e vigiados, de forma que se espera que os corpos sejam conduzidos de acordo com a normativa social padrão estabelecido para eles (Lourenço et al., 2018). Tais experiências redimensionam a relação das mulheres com o seu corpo, que é o lugar de contato privilegiado com o mundo e, como veremos, será alvo de violências, agravadas com a vivência com o HIV.

“Esse corpo era radioativo para mim”: a dimensão simbólica da corporeidade

A corporeidade humana é entendida como um fenômeno social e cultural, não se limitando, assim, à sua dimensão biológica. O corpo está em constante transformação, sendo inscrito nele diferentes marcas simbólicas, que são construídas a partir da conjuntura histórica, social e cultural a qual ele está inserido (Le Breton, 2012a). Ademais, na sociedade, se tratando das mulheres, há uma cobrança maior para que se busque uma imagem corporal que remete à ideia de magreza e jovialidade, atrelando esse ideal de beleza às noções de saúde e felicidade (Goldenberg, 2011). Uma certa moral das aparências na qual qualquer imagem corporal que perturbe essa norma, passa a ser interpretada como descuido, desleixo e falta de “amor-próprio”, tornando ainda mais frágil o processo de inserção e aceitação social. Após o diagnóstico de HIV, os efeitos da medicação impressos no corpo, além da revisão de sentido quanto às imagens de si e as novas rotinas de cuidado acabam por interferir na concepção de corporeidade das mulheres interlocutoras deste trabalho. Sendo assim, esta categoria irá abordar a relação das mulheres com o seu corpo, antes e depois do diagnóstico de HIV. Serão apresentadas as vivências das interlocutoras em relação a suas imagens corporais, as quais também são atravessadas por novos sentidos. O processo da

corporeidade vivido pelas interlocutoras antes do diagnóstico de HIV apresenta-se de maneira distinta para cada uma, como pode ser visto:

Fui criada de uma maneira muito constricta, muito conservadora, mas não opressora [...] mas eu fui para o teatro, fui para dança, então eu resgatei essa relação com o corpo [...] O HIV interrompeu muito isso. (Camila, 45)

A minha relação antes do diagnóstico era muito boa, muito tranquila assim [...] É porque antes eu era, sempre fui magra. [...] então a partir daquela época o corpo mudou dessa forma. (Gabriela, 47)

Como pode-se observar, o diagnóstico de HIV trouxe mudanças para a vivência na corporeidade das interlocutoras deste estudo, seja pelas perdas, como a mudança na massa corporal, seja pela interrupção da busca das atividades com o corpo. A imagem do próprio corpo confere suporte à identidade e quando o corpo passa por alguma intempérie, como da ordem da doença, e essa nova imagem de si mesmo pode causar um impacto no bem-estar psicossocial (Ivo & Freitas, 2014).

As interferências geradas a partir do diagnóstico podem se manifestar no corpo, de maneira visível e/ou invisível. O primeiro caso pode acontecer em decorrência dos sinais anunciadores, quando em situação de doença, por infecções oportunistas ou em decorrência do tratamento e uso da TARV, o que aconteceu com Gabriela (47 anos), que contou ingerir 16 comprimidos por dia, no início de seu tratamento para HIV, no ano de 1999. Já o segundo caso, refere-se aos julgamentos de valor direcionados à PVHA, fator que provoca sensações no corpo, de forma a desqualificá-lo, que é relacionado à vivência de Camila (45 anos), como pode ser visto nos seguintes extratos:

A partir daquela época o corpo mudou dessa forma [...] me incomoda, realmente foi uma transformação bem expressiva depois da medicação [...] eu sou grande, eu sou super gorda em cima, tipo peito, barriga enorme, acaba ficando meio desproporcional. (Gabriela, 47)

O HIV me traumatizou [...] eu fiquei muito tempo muito travada, esse corpo era radioativo para mim, era um corpo contaminador, era um corpo sujo. (Camila, 45)

A primeira narrativa descreve a percepção no corpo sob os efeitos das primeiras medicações. A condição relatada por Gabriela (47 anos) refere-se à lipodistrofia, que modificou seu corpo, deixando-o “desproporcional”. A marca da lipodistrofia, que é o acúmulo ou a perda de gordura em determinadas partes do corpo, de acordo com Ivo e Freitas (2014), dão um significado social à doença, pois pelos preconceitos sofridos pelas PVHA, as marcas no corpo - quando acontecem - proporcionam visibilidade à condição, renunciando os julgamentos de ordem moral. Seffner (2001), ao discutir essa questão vai nos mostrar o quanto tal semblante provocado por essa distrofia do corpo vai permear o imaginário social do que seria uma pessoa que vive com HIV, tornando possível, assim, o seu reconhecimento. Cabe destacar que as características físicas expressadas na vivência da corporeidade são de dimensão do imaginário social e não necessariamente a realidade vivida pelas PVHA, pois viver com o HIV não implica, obrigatoriamente, estar em uma condição de doença. Diferente de Gabriela, as interlocutoras Camila (45 anos) e Amanda (24 anos), talvez por terem o diagnóstico mais recente, afirmaram não ter desenvolvido efeitos colaterais da medicação, o que ocorreu devido ao avanço progressivo da ciência em relação à combinação das medicações e a consequente diminuição da toxicidade e dos efeitos colaterais.

Além da influência à imagem de si, Le Breton (2012b) aborda que as alterações de ordem corporal podem causar ruptura na transparência da pessoa com o mundo, o que faz com que muitas PVHA se sintam envergonhadas e busquem esconder seus corpos por medo de revelação do diagnóstico de HIV, circunstância que também foi relatada por Gabriela (47 anos). A interlocutora utilizou alguns adjetivos para caracterizar o seu corpo após a descoberta do diagnóstico, entre eles: "radioativo", "contaminador", "sujo". Essas denominações intituladas a si mesmas evidenciam o quanto o corpo da PVHA pode ser visto e considerado como nocivo, indesejado e desvalorizado socialmente, ou seja, caracterizado por julgamentos de valor e de ordem moral (Ivo & Freitas, 2014).

O progresso em relação à tecnologia para o tratamento do HIV possibilita que muitas PVHA não apresentem marcas no corpo, sintomas e infecções oportunistas (Ivo & Freitas, 2014). Amanda (24 anos) referiu não sentir significativos efeitos colaterais da medicação. A interlocutora relatou que, nos primeiros dias, teve algumas ocorrências, e que depois adaptou-se. Destacou, ainda, a necessidade de adotar devidos cuidados para a adequação do seu corpo à substância medicamentosa, que passou a ser ingerida diariamente. Os cuidados com a saúde denotam o zelo ao próprio corpo também, visto que Amanda relatou ter sentido diversas mudanças positivas, como a melhora do aspecto de sua pele, o controle do colesterol, entre outros. Ademais, a interlocutora refere que o HIV lhe proporcionou um olhar mais aguçado para os sinais de seu corpo, a sensação de amor-próprio, de valor à vida, segue suas palavras: "Não tem o que ter vergonha de mim, então o diagnóstico mudou em mim a questão do meu corpo, de me amar muito, me cuidar muito, então, isso foi o que mudou". (Amanda, 24 anos)

Amanda, desde o momento em que descobriu o diagnóstico, reviu a própria relação com a vida e ao tratamento, ressignificando e relacionando as alterações corporais ao bem-estar e a qualidade de vida. Camila (45 anos) e Gabriela (47 anos) também relataram a ressignificação do seu processo de imagem corporal, conforme o tempo foi passando. Ressalta-se, que a descoberta de caminhos alternativos ao restabelecimento da relação das mulheres para com a sua corporeidade é um processo, ou seja, não se esgota. Kahhale et. al. (2010) corroboram com isso, de forma a afirmarem que a vivência corporal da PVHA "terá um correspondente simbólico que integra sua subjetividade, possibilitando ou dificultando sua recuperação" (p. 25). Para muitas pessoas que vivem com HIV, o diagnóstico também "pode significar a retomada de planos e projetos de vida, além da prática de autocuidado e possibilidade de poder viver intensamente a vida sexual sem limitações, depois de superado o medo da morte e o de ser infectado pelo HIV" (Muniz & Brito, 2022, p.1099).

Assim, a corporeidade expressa nas vivências das interlocutoras deste estudo foi influenciada tanto pelos recursos psíquicos, relacionais e sociais prévios para lidar com as intempéries advindas do diagnóstico, quanto pela subjetividade de cada uma em ressignificar e compreender a sua nova condição de saúde. A partir das vivências com o corpo, as interlocutoras buscam ressignificar suas experiências em uma vivência menos dolorosa, dentro dos recursos psicossociais possíveis para cada uma. Dentre os fatores que auxiliaram essas mulheres, é relevante destacar que o fortalecimento das redes de proteção e cuidado - que incluem a rede afetiva e o apoio de profissionais - são fundamentais. Desse modo, retoma-se a relevância de se discutir a vivência das mulheres inseridas no cenário do HIV e os seus desafios, a fim de desconstruir preconceitos e suprimir a discriminação, que por elas foi vivida.

Considerações finais

Diante do exposto, a pesquisa possibilitou o conhecimento da história de vida de três mulheres que vivem com HIV, sinalizando o quanto o controle dos seus corpos e da sua sexualidade legitimam diversas violações aos direitos desse grupo, bem como nas suas relações afetivo-sexuais e na vivência da corporeidade frente ao diagnóstico e ao tratamento. Além disso, as diferenças entre as vivências das interlocutoras da pesquisa, como o intervalo do ano da descoberta do diagnóstico, ilustram o avanço da ciência no tratamento da infecção - tanto em relação à medicação e ao tratamento, como também na desconstrução de alguns preconceitos acerca da condição de pessoas que vivem com HIV.

Apesar da tentativa de desmonte do conhecimento preconceituoso e estigmatizante em relação ao HIV, percebeu-se, pelas falas das interlocutoras, que tais questões ainda estão presentes no imaginário social, de forma que a discriminação das PVHA perdura até os dias atuais. Ressalta-se que o entendimento do processo desse diagnóstico em mulheres é extremamente singular, visto que além de existir uma marginalização em torno do HIV, isso ocorre, também, por conta da iniquidade de gênero, do "ser mulher" na sociedade. E quando se trata do sistema de opressão e injustiça social, é fundamental considerar as questões de gênero, interseccionadas com as de classe social, raça e sexualidade, entendendo o quanto tais diferenças incidirão na maneira como as mulheres vivenciam as suas vulnerabilidades no processo de diagnóstico e tratamento do HIV.

Os grupos sociais hegemônicos, pautados em uma norma masculina, branca, heterossexual e cisgênera, ocupam uma posição central em relação ao gênero, à raça e à sexualidade, estabelecendo o controle da vida social e política, assim como determinando uma lógica de hierarquia e de desigualdade de poderes. As mulheres interlocutoras deste estudo estão submetidas às diversas normativas sociais, tanto pelo lugar subordinado da mulher em uma cultura patriarcal, como também, por

ter um diagnóstico ligado às práticas sexuais, em uma cultura que marginaliza o corpo e a expressão da livre sexualidade das mulheres. As mulheres que vivem com HIV, interlocutoras deste estudo, vivenciaram situações de violações de seus direitos, assim como situações de constrangimentos e xingamentos, devido ao seu diagnóstico, seja nos serviços de saúde, seja na sua rede de relações afetivas próximas.

A partir das vivências registradas, pode-se refletir que um acolhimento respeitoso que garanta uma escuta atenta e sensível às particularidades e dificuldades em ser uma mulher que vive com HIV, mostra-se uma estratégia relevante para minimizar os primeiros impactos com a notícia. Em se tratando dos serviços de saúde, espaço de referência para o tratamento do HIV, tal situação demanda que os/as profissionais de saúde estejam preparados/as para agir afetuosamente, tanto no acolhimento, como no acompanhamento às mulheres que vivem com HIV, de forma a construir vínculos e serem um ponto de apoio, uma opção de confiança a quem se possa recorrer.

Portanto, este trabalho buscou conhecer os significados de gênero, corpo e sexualidade de algumas mulheres vivendo com HIV, sem o intuito de reduzir a complexidade das diferentes formas de re-existência das mulheres. Sendo assim, visou alertar sobre as dificuldades ainda presentes, mesmo após quarenta anos de epidemia, na convivência com o estigma e preconceito presentes na sociedade, bem como reproduzidas pelas falas de seus companheiros e por discursos de profissionais em serviços de saúde. Destaca-se a relevância de um acolhimento, desde o diagnóstico, que atente para as dificuldades advindas das diferentes condições de vulnerabilidade às quais as mulheres estão submetidas, e que incidem na forma como as mulheres vivendo com HIV lidam com sua saúde, com o seu corpo e com a sua sexualidade.

A importância de se trabalhar as questões de gênero em práticas preventivas se mostrou necessária diante das concepções

ainda presentes de que o casamento e as relações afetivo-sexuais fixas são fatores de proteção ao HIV, da vigilância à sexualidade das mulheres permeadas de julgamentos misóginos e do isolamento das mulheres como maneira de evitar tal constrangimento. Assim, espera-se que com a publicização desta pesquisa, o conhecimento sobre o tema seja aprofundado pela sociedade em geral, comunidade científica e profissionais de saúde. Almeja-se que as práticas de interação com as

mulheres que vivem com HIV não reproduzam a lógica de preconceito e discriminação, buscando a desconstrução das concepções que favorecem a iniquidade de gênero. Por fim, pretende-se que este trabalho promova a reflexão sobre as condutas de cuidado para com as mulheres que vivem com HIV. Nesse sentido, caminhando para que se proporcionem espaços de inserção social, com a presença de vínculo, amparo e confiança, de modo a tornar tal experiência a menos dolorosa possível.

Referências

- Barbosa, G. P., Santos, L. O., Santos, L. A. A., Souza, M. S., Teles, M. A. B., & de Oliveira Dias, C. L. (2019). A sexualidade de mulheres com HIV/Aids: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar*, 12, 79-87. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6966612>
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2017). *Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Recuperado de https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao-combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view
- Brasil. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Ministério da Saúde. (2023a). *Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2023*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2023b). *Diretrizes e estratégias para o enfrentamento ao HIV/aids e outras ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidades*. Brasília : Ministério da Saúde. Recuperado de https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/diretrizes-e-estrategias-para-o-enfrentamento-ao-hiv_aids-e-outras-ists-para-mulheres-em-situacao-de-vulnerabilidades.pdf/
- Butler, J. P. (2018). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade* [Versão digital]. Recuperado de

- https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/869762/mod_resource/content/0/Judith%20Butler-Problemas%20de-g%C3%AAnero.Feminismo%20e%20subvers%C3%A3o-da%20identidade-Civiliza%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira-%202018.pdf
- Carvalho, J.M.R., & Monteiro, S.S. (2021). Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. *Caderno de Saúde Pública*, 37, 1-11. doi: 10.1590/0102-311X00169720
- Ceccon, R. F., & Meneghel, S. N. (2017). Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. Rio de Janeiro: Physis: *Revista de Saúde Coletiva*, 27, 1087-1103. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400012>
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_16.pdf
- Gomes, R. (2013). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In de Souza Minayo, M. C. (Org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 67-80). Vozes Limitada
- Goldenberg, M. (2011). Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. *Revista Contemporânea*, 9, 77-85. Recuperado de http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed_18/contemporanea_n18_06_Mirian_Goldenberg.pdf
- Gonçalves, C.S., Weber, B., & Roso, A. (2013). Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 21 (2), 1-11. Recuperado em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/4145/3810>
- Gualda, D. M. R., Praça, N. D. S., Merighi, M. A. B., Hoga, L. A. K., Bergamasco, R. B., Salim, N. R., ... Caldeira, S. (2009). O corpo e a saúde da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 1320-1325. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600030>
- Guimarães, C. D. (2001). *Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ
- Ivo, A. M. S., & Freitas, M. I. D. F. (2014). Representações de corpo de pessoas com HIV/AIDS: entre a visibilidade e o segredo. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(4), 881-894. doi: 10.5935/1415-2762.20140065
- Kahhale, E. P., Christovam, C., Esper, E., Salla, M., & Anéas, T. (2010). *HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico*. São Paulo: Cortez Editora. 176p
- Le Breton, D. (2012a). A individualização do corpo e as tecnologias contemporâneas. In Couto, E.S., & Goellner, S.V., (Orgs.). *O triunfo do corpo: polêmicas contemporâneas* (pp.15-32). Vozes
- Le Breton, D. (2012b). *A sociologia do corpo*. Rio de Janeiro: Vozes. 2, 104 p
- Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E.; & Waldow, V.R. (1996). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas. 156 p
- Lourenço, G. O., Amazonas, M. C. L. de A., & Lima, R. D. M. de .. (2018). Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade.

- Sexualidad, Salud Y Sociedad (rio De Janeiro), (30), 262–281.
<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.13>.
- Louro, G.L. (2000). Pedagogias da sexualidade. In: Louro, G.L. (Org.). *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (pp.7-34). Belo Horizonte: Autêntica
- Medeiros, F.A.K., & Sousa, B.G.J. (2023). Cotidiano feminino com vírus em um ambulatório de Fortaleza. *Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará*, 17(1): 1-8.
<https://doi.org/10.54620/cadesp.v17i1.1481>
- Muniz, C. G., & Brito, C. (2022). O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 46 (135), 1093-1106. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bJ3jGxz kFfYnCKKWxfMhvSr/?format=pdf&lang=pt>
- Oliveira, M.M.D., & Junqueira, T. L.S. (2020). Mulheres que vivem com HIV/aids: Vivências e Sentidos Produzidos no Cotidiano. *Revista Estudos Feministas*, 28, 1-14.
<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n361140>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids [UNAIDS]. (2020). *Discriminação relacionada ao HIV contra mulheres e meninas: Dia Mundial de Zero Discriminação 2020*. Recuperado de https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2020/02/ZeroDiscrimination_Spotlight-2020_Portuguese.pdf
- Saldanha, A.A.W. (2023). *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento de soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo: Repositório Institucional USP
- Seffner, F. (2001). Aids, estigma e corpo. In: Leal, O.F. et al. (Org). *Corpo e significado: Ensaio da Antropologia Social* (pp. 385-407). Porto Alegre: Ed. Universidade
- Silveira, D.T.; & Córdova, F.P. (2009). A pesquisa científica. In: Gerhardt, T.E.; & Silveira, D.T. *Métodos de pesquisa* (cap 2. 120p). Porto Alegre: Editora da UFRGS
- Yin, R. K. (2001). Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman. 2. 320 p.

Dados sobre as autoras:

- *Caroline Felli Kubiça*: Servidora Pública, Brasil Psicóloga, formada pela Universidade Franciscana (UFN). Especialista em Sistema Público de Saúde/ Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Psicologia Hospitalar (Instituto Líbano/Celso Lisboa). Servidora pública na Prefeitura de Faxinal do Soturno/Rio Grande do Sul. Farroupilha, CEP: 90010-150, Porto Alegre, RS – Brasil.
- *Monise Gomes Serpa*: Psicóloga e licenciada em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade de Educação da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Doutora em Educação pela UFRGS e graduanda em Licenciatura em Dança pela UFRGS. É Professora da Faculdade de Educação da UFRGS. Participa do núcleo de Pesquisa GEERGE-Grupo de Estudo em Educação e Sexualidade, da Pós-graduação na FACED, UFRGS, tendo como foco de pesquisa os temas: corpo, desigualdades de gênero, Direitos Humanos, exploração sexual e erotização precoce.
- *Camila dos Santos Gonçalves*: Psicóloga, Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Integrante do grupo de pesquisa VIDAS - Núcleo de Pesquisa, Ensino e Extensão em Psicologia Clínica - Social (PPGP/UFSM). Áreas de Interesse: Atenção Psicossocial, Políticas de Equidade, Direitos Humanos, Saúde Sexual, Políticas Públicas de Saúde, HIV/Aids, Educação em Saúde.

Declaração de Direito Autoral

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.
