

História de mulheres com HIV/aids no enfrentamento de violências praticadas por parceiros íntimos sorodiferentes

History of women with HIV/AIDS in coping with violence committed by serodifferent intimate partnersd

Tânia Maria Gomes da Silva*
Liney Maria Araujo**

Resumo: Na segunda metade do século XX, a superioridade da história geral se esvaziou. Teve lugar uma “nova história”, receptiva ao uso de novas fontes, atenta aos acontecimentos do tempo presente e sensível às experiências dos sujeitos subalternizados. Trilhando por este novo caminho, o objetivo do artigo é analisar as experiências de violência doméstica vividas por dez mulheres com HIV/aids que se relacionam com parceiros sorodiferentes, isto é, que não têm o vírus. A leitura das entrevistas foi feita na perspectiva dos estudos feministas de gênero, numa abordagem interseccional. Contextualizadas, as narrativas mostraram que a violência sempre existiu na vida destas mulheres, independentemente da doença. Conclui-se que a desigualdade de gênero é que as inseriu num lugar de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Gênero. HIV/aids. Saúde das mulheres.

Abstract: In the second half of the 20th century, the superiority of general history was deflated. A “new history” took place, receptive to the use of new sources, attentive to the events of the present time and sensitive to the experiences of subaltern subjects. Following this new path, the objective of the article is to analyze the experiences of domestic violence experienced by ten women with HIV/AIDS who are in relationships with serodifferent partners, that is, who do not have the virus. The interviews were read from the perspective of feminist gender studies, in an intersectional approach. Contextualized, narratives showed that violence has always

* Doutora em História (UFPR). Professora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar (UniCesumar), Maringá (PR). Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação - ICETI, Maringá (PR), Brasil

** Mestra em Promoção da Saúde Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar (UniCesumar), Maringá (PR). Enfermeira e Sexóloga. Preceptora no Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/AIDS (SAE/UFMT) do município de Cuiabá (MT), Brasil.

existed in the lives of these women. It is concluded that gender inequality is what placed them in a place of vulnerability.

Keywords: Gender. HIV/aids. Women's health.

Introdução

A violência doméstica contra as mulheres é um dos mais sérios problemas contemporâneos e seus impactos sobre a vida das vítimas¹ são tremendos, com o agravante de que as dores e os traumas perduram mesmo quando cessam as agressões (WHO, 2021; LAGE, NADER, 2012; SCHRAIBER et al. 2005). A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as mulheres (1994) define violência contra as mulheres como qualquer ação ou conduta baseada em gênero que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano físico, sexual ou psicológico, bem como privação, podendo ocorrer no âmbito público e privado.

Segundo Branca Moreira Alves e Jaqueline Pitanguy (2022), o enfrentamento da violência envolvendo mulheres constitui uma das principais bandeiras de luta dos movimentos feministas. As autoras destacam as conquistas obtidas ao longo das últimas décadas, a exemplo da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e, em âmbito nacional, a Constituição Federal de 1988, porta de entrada para avanços posteriores, como a Lei Maria da Penha e a Lei do Femicídio. Apesar disso consideram que as mulheres ainda vivem momentos difíceis.

A desigualdade de gênero tem sido, ao longo dos tempos, sustentáculo de todas as formas de violência contra as mulheres (física, psicológica, sexual, moral, patrimonial), envolvendo desde as lesões corporais, estupro, tráfico, assédios, cerceamento da liberdade, até aquela de desfecho fatal, o femicídio. As representações de inferiorização feminina foram legitimadas por discursos religiosos, filosóficos e científicos, defensores de que o “cérebro tinha sexo” e que o das mulheres

¹ Utiliza-se o termo vítima para fazer referências a mulheres que sofrem violência, conquanto se saiba que há críticas a ele, notadamente por parte de pesquisadoras feministas de estudos da linguagem. Argumenta-se que discursos/palavras formam pessoas e que o uso desse termo pode levar ao entendimento de um destino fixo para as mulheres. Não é esse o entendimento aqui. Considera-se que as mulheres, mesmo sendo vítimas de uma ação perversa, têm potencial de superação.

era subdesenvolvido, evolutivamente inferior, mal organizado e deficiente, naturalizando a dominação masculina. No século XIX, emergiu uma discursividade que não foi menos cruel e as mulheres foram consideradas como aptas tão somente para o papel de cuidadoras, mães e companheiras dos homens (RIPPON, 2021). Estas ideias estiveram presentes nos discursos de Lombroso, na Itália, e Nina Rodrigues, no Brasil, tendo sido especialmente voltadas à desvalorização das mulheres negras e pobres. Assim, para que fossem conduzidas a um caminho da retidão e moralidade era preciso fazer do domicílio o espaço da ordem (COSTA, 2004). Para isso, os homens não hesitaram em usar de violência de todas as formas de agressões contra as mulheres em diferentes sociedades e tempos históricos (FEDERICI, 2017; LAGE, NADER, 2012; ALGRANTI, 1999).

Para Zurbano-Berenguer e Gordilho (2019), a violência contra as mulheres é uma prática usada para perpetuar o *status quo*, constituindo-se no “braço armado” do patriarcado. Entendido como um sistema de dominação e exploração que recai sobre as mulheres, o conceito de patriarcado vem sendo criticado, inclusive por autores não feministas. Thompson (1998), por exemplo, alega que o patriarcado deixou de existir desde que o poder de ordem pública suplantou a do mundo privado, esvaziando a dominação fundamentada na autoridade pessoal do homem/pai. Ademais, alega tratar-se de um conceito fixo e, por isso, incapaz de explicar as múltiplas possibilidades de dominação na relação homens-mulheres na contemporaneidade.

Na contramão desse pensamento, Lerner (2022) e Saffioti (2001), afirmam que na perspectiva do *pater familiae*, entendido como o homem-pai que subjuga mulher, filhos e dependentes, o patriarcado de fato esvaziou, mas nem por isso está extinto. Para elas, os arranjos familiares do tempo presente ainda permitem seu uso porque, em muitos deles, a superioridade masculina² se mantêm. Portanto, validam a coexistência de gênero e patriarcado como ferramenta de análise das relações entre os sexos, defendendo que se a autoridade do pai – sujeito real – refluíu no interior da família nuclear contemporânea, o poder masculino continua firme no imaginário social, com as representações da autoridade do homem não tendo sido

² Para uma discussão ampliada sobre a (in)viabilidade do conceito de patriarcado na atualidade, ver: AGUIAR, Neuma. Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. **Soc. estado**. 15 (2). Dez 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/cRnvYmPTgc59jggw7kV5F4d/?lang=pt>, acesso em: 10 de julho de 2023.

desconstruídas de todo. O que, torna pouco acertado pensar patriarcado e gênero como elementos excludentes.

Desde os anos 1980, nas ciências sociais, o conceito de gênero é utilizado por feministas norte-americanas para remeter às construções culturais e históricas que modelam os comportamentos masculinos-femininos e naturalizam as relações entre homens e mulheres. Se o sexo é biológico, gênero é uma categoria social e histórica imposta a um corpo sexuado e uma das primeiras formas de dar sentido a relações de poder: masculino/superior *versus* feminino/inferior (SCOTT, 1984). Estudos de gênero foram potencializados com a teoria de performatividade, cunhada pela filósofa Judite Butler (2011), que se constitui numa crítica à heteronormatividade compulsiva. Segundo Butler, é a cultura que pelo viés discursivo impõe práticas validadas como femininas ou masculinas e impede que os sujeitos tenham liberdade na escolha de seu gênero. Considera, contudo, que não apenas o gênero é uma realidade histórica, mas também o corpo: “Não somos simplesmente um corpo, mas, num sentido verdadeiramente essencial, fazemos o nosso corpo, e fazemo-lo diferentemente tanto dos nossos contemporâneos como dos nossos antecessores e sucessores” (BUTLER, 2011, p. 72).

Por fim, vale ressaltar a contribuição do conceito de interseccionalidade da jurista e feminista afro-americana Kimberlé Crenshaw, a qual postula uma interação entre as diferentes formas de identidade dos sujeitos (sexo/gênero, classe, raça, etnia, geração, orientação sexual, deficiência, etc) que, amalgamadas, potencializam as situações de subordinação e incitam violências. Segundo a autora, o conceito de interseccionalidade alarga o olhar sobre a interseção de identidades vulnerabilizadas, impedindo que as mulheres negras sejam excluídas da teoria feminista, baseada em “um conjunto discreto de experiências que não refletem de forma precisa a interação de raça e gênero” (CRENSHAW, 1989, p. 140)³.

O pensamento interseccional é potente nos estudos da violência contra as mulheres à medida que atenta para o modo como diferentes identidades interagem entre si para tornar alguns indivíduos mais vulneráveis à violência do que outros (KYRILLOS, 2020; AKOTIRENE, 2020). No caso da violência doméstica, a literatura tem destacado a maior vulnerabilidade das mulheres a esta prática, mas na

³ Tradução nossa.

perspectiva da interseccionalidade, algumas apresentam maior predisposição a sofrer agravos do que outras. Um exemplo são aquelas que habitam as periferias do capitalismo, subjugadas pelo neoliberalismo, especialmente as negras, pobres, vivendo em situação de rua, usuárias de drogas, lésbicas, trans, refugiadas, mulheres que ocupam zonas de guerra e, dentre tantas outras situações, as que vivem com alguma enfermidade. Um exemplo disso são as mulheres que têm o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e desenvolveram a aids; uma das doenças mais estigmatizantes de todos os tempos.

O objetivo deste artigo é analisar as experiências de violência doméstica vivida por dez mulheres com HIV/aids que se relacionam com parceiros sorodiferentes⁴, isto é, que não tem o vírus (UNAIDS, 2017). Para atingir este objetivo, foi utilizada a metodologia da história oral, a qual estabelece uma relação dialógica entre pesquisadora/pesquisadas, permitindo desta forma, conhecer subjetividades, respeitando modos de ser e viver de cada pessoa.

Desenho da pesquisa

Este artigo resultou de um estudo que utilizou contribuições da história oral e da história do tempo presente. A lente que subsidiou a discussão foram as teorias feministas e interseccionais de gênero, instrumento que permite a análise simultânea de mais de uma forma de opressão: gênero, raça, etnia, sexualidade, escolaridade, dentre outras identidades (KYRILLOS, 2020, AKOTIRENE, 2020). As mulheres, via de regra, experimentam condições de vulnerabilidade à violência, preconceitos e estereótipos diversos, mas ser portadora de alguma doença de cunho sexual, como a aids, faz com que os agravos sejam imensuráveis. Isso porque no imaginário social a soropositividade está associada à promiscuidade, tida como uma das mais graves faltas cometidas pelas mulheres (CECCON; MENEGHEL, 2017).

O desenho metodológico envolveu dez usuárias de um Serviço de Atendimento Especializado a Mulheres com HIV/aids (SAE) de uma capital da região Centro-Oeste do Brasil. No período de 2008 a 2019, o referido SAE respondeu por 69,7% das

⁴ Segundo o Programa das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS, 2017), entende-se por parceiro sorodiferente aquele que se relaciona sexual e afetivamente com outra que não vive com HIV.

notificações de HIV (1.996 casos) e aids do município estudado (1.248 casos) (DUARTE, 2020).

Viver com HIV não significa exatamente ter aids, mas nestes estudo todas as entrevistadas tinham efetivamente o vírus e desenvolveram a doença. A seleção da amostra foi aleatória. Uma funcionária do SAE separou 20 fichas de usuárias que mantivessem relacionamento conjugal-afetivo com parceiros sorodiferentes. Ela não foi informada da razão dessa seleção. Posteriormente, as pré-selecionadas foram contatadas, receberam explicações sobre o estudo e foram convidadas a integrá-lo. Houve anuência de todas, mas em razão pandemia de Covid-19 só foi possível envolver 10 mulheres que apresentavam maior assiduidade às consultas mensais. Ou seja, participaram deste estudo apenas as pacientes com comprometimentos clínicos mais graves e que demandavam o atendimento médico regular. Elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade privada do Sul do Brasil, tendo recebido parecer de aprovação nº. 3.974.909/2020.

Utilizou-se, neste estudo, a metodologia da história oral, que consiste no compartilhamento de narrativas individuais em um encontro entre historiador-narrador. A narrativa, a memória e a subjetividade são elementos centrais do procedimento, resultando em um encontro dialógico em que experiências tidas como irrelevantes pelo narrador podem ter grande riqueza histórica. Ademais, a história oral permite o deslocamento de olhar da história tradicional, mais afeita ao estudo das elites brancas, para os indivíduos “comuns” (PORTELLI, 2016).

As entrevistas transcorreram de maio a setembro de 2020, realizadas presencialmente, em locais abertos, com distanciamento físico e o uso de máscaras durante todo o período de contato. Estiveram presentes apenas entrevistadora e entrevistada. Vale ressaltar que a pesquisadora é antiga funcionária do SAE; fato que facilitou a confiabilidade das depoentes. A duração das entrevistas variou entre 30 e 50 minutos e todas foram registradas eletronicamente, tendo sido utilizado um roteiro norteador, ainda que flexível, de perguntas. Além das informações sociodemográficas, que incluíram nome; idade; endereço, escolaridade; profissão; renda; cor da pele; existência ou não de filhos; também foram realizados questionamentos distribuídos em quatro blocos temáticos que permitiram uma

análise categorial a priori (quadro teórico) e a posteriori (análise exploratória do material) (BARDIN, 2016).

As questões do primeiro bloco buscaram identificar o número de parceiros ao longo da vida da entrevistada; quando e como foi contraído o HIV/aids; a reação ao se descobrir soropositiva; a revelação da doença ao parceiro, à família e aos amigos e suas respectivas reações. Subsequentemente, buscou-se conhecer as experiências envolvendo especificamente as situações de violência doméstica; os sentimentos despertados pelas agressões, o tipo de abuso sofrido, a resposta à violência e os possíveis impactos causados à saúde física e mental das vítimas. O terceiro bloco de perguntas visou identificar as representações do HIV/aids (pessoal, dos parceiros, dos familiares), bem como preconceitos vividos. Por fim, no último bloco as perguntas visaram conhecer aspectos relacionados ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde do SAE.

Todo o material coletado foi lido exaustivamente para propiciar ampla familiaridade com as narrativas e a busca de significados. O texto foi passado pelo crivo da classificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido. Os dados mais significativos foram extraídos, alocados em quadros temáticos e categorizados. Os aspectos mais significativos das falas foram identificados em três categorias: *i) revelação da doença e reação do parceiro; ii) violência e vida cotidiana; iii) preconceito e discriminação*. Após a categorização, foi possível realizar a inferência, operação intelectual que estabelece relação com a teoria para a interpretação final dos dados encontrados (Bardin, 2016).

A AIDS ganha cara de mulher

Surgida na década de 1980, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids) é causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido pela sigla HIV, que torna a pessoa suscetível a uma série de doenças ditas “oportunistas (OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2020; POLLAK, 1990). Viver o HIV e, além disso, desenvolver a aids era causa de inúmeros estigmas (GOFFMAN, 2008), uma verdadeira sentença de morte e que desconstruiu, em grande parte, a crença no poder da ciência médica.

Inicialmente, a aids foi pensada como uma doença de “gays”. De fato, as primeiras vítimas da doença eram homens que se relacionavam com outros homens

nas boates gays de São Francisco e Nova York, nos Estados Unidos. Mais tarde, haitianos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis também apresentaram a doença. Ainda que as pessoas não tivessem consciência disso, vivia-se aqueles que seriam os últimos dias da plena liberdade sexual promovida pela geração de homens e mulheres das décadas de 1960-70. A aids transformou o amor e o desejo em sinônimo de morte. Contudo, se explicar a aids como sendo o resultado da fúria de Deus contra a homossexualidade e a drogadição era um discurso fácil, a situação se tornou bem mais complexa quando além dos hemofílicos, que, em si, já não pareciam culpados de alguma coisa, também mulheres monogâmicas e crianças apresentaram a doença. Tornou-se imperioso um entendimento menos sustentado na ideia de pecado e punição divina visto que mesmo os “puros” corriam riscos (POLLAK, 1990; SONTAG, 1989).

Nos anos 1990 a feminização da aids se tornou uma realidade em todo o mundo, o que era pouco esperado numa sociedade cuja moral sexual era permissiva para os homens, mas não para as mulheres. Mulheres heterossexuais e monogâmicas, muitas vezes tendo tido apenas um único parceiro ao longo de suas vidas, apresentaram a doença. Embora não fizessem parte do chamado grupo de risco apresentavam, por uma soma de razões, grande vulnerabilidade social, bastante expostas a contraírem o vírus e desenvolverem a doença.

A vulnerabilidade ao HIV compreende três eixos que se interligam: componente individual, componente social e componente programático. O componente individual se relaciona ao grau e qualidade da informação que os indivíduos dispõem para resolver os problemas trazidos pela doença, bem como à capacidade de elaboração e compreensão destas informações, transformando-as em práticas. O componente social, por sua vez, refere-se à obtenção de informações e possibilidades de metabolizá-las, incorporando mudanças práticas em suas vidas; o que depende de aspectos que vão além do poder de ação dos indivíduos e envolve recursos materiais, escolarização, poder de influenciar decisões políticas, resiliência para enfrentar barreiras, estar livre de coerções violentas ou ter como se defender delas. Por fim, o componente programático são os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV, protegendo-se dos danos, resultado de recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de

prevenção e cuidado relativo ao HIV/aids, capazes de fortalecer os indivíduos diante da pandemia (Ayres et al., 2009).

No campo da aids, logo se tornaria claro para o setor saúde e demais serviços envolvidos que a desconstrução da tradicional concepção de gênero, que legitima a desigualdade de poder entre homens e mulheres, era uma das estratégias fundamentais para o enfrentamento da pandemia. Em especial porque o uso de preservativos nas relações sexuais era uma das medidas profiláticas mais significativas, mas a subjugação nos relacionamentos deixava as mulheres incapazes de exigir dos parceiros esta proteção. Sem ela, o número de mulheres que apresentavam a doença disparou em todo o mundo (SOUSA et al. 2008)

No Brasil, de 1980 até 2020, 346.791 mulheres contraíram o vírus e desenvolveram a doença (34,4%); majoritariamente em relações heterossexuais (87,8%). Em 2017, a diferença entre homens e mulheres que tinham a doença alcançou ordem de 23 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2020). Um agravante é que além da vulnerabilidade causada pelo HIV/aids, grande parte dessas mulheres viviam relacionamentos conjugais abusivos, o que potencializava os riscos trazidos pela doença. Para Ceccon e Meneghel (2017) negociar o uso de preservativos costuma ser uma situação difícil para as mulheres, especialmente aquelas que têm relacionamentos duradouros, mas esta dificuldade é muito maior para as que vivem em situação de violência doméstica, porque lhes são negados todos os direitos, inclusive o de negociar o uso de preservativo.

A maioria das mulheres ouvidas neste estudo eram negras. Este resultado é concordante com as pesquisas sobre violência de gênero no Brasil, as quais apontam que as mulheres negras compõem efetivamente o grupo mais vulnerável. Em 2022, das 50.962 brasileiras que sofreram violência doméstica diariamente, 65,6% eram negras; 29,0% brancas; 2,3% amarelas e 3,0% indígenas (SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2023). Tratam-se de “corpos sacrificáveis” que em países de racismo estrutural são subjugados, inclusive, pelo Estado, que legitima as opressões contra pessoas pobres e racializadas. (VERGÈS, 2021) Para Oliveira e Junqueira (2020) e também Carneiro (2011), se a desigualdade de gênero constitui um fator de vulnerabilidade das mulheres, em países de racismo estrutural, como é o caso do Brasil, os danos triplicam, pois ser mulher e negra numa sociedade heteropatriarcal e racista implica em ocupar lugares de subalternidade extrema.

História, memória e tempo presente

Estudos sobre a violência contra as mulheres no tempo presente têm ganhado espaço na historiografia. Em parte, porque a história deve ser entendida não apenas como o que ficou para trás e está morto, mas também a vida pulsante, as questões do aqui e agora. Também porque a violência constitui uma prática cada vez mais presente no cotidiano das pessoas. Não é incomum encontrarmos alguém que tenha uma vizinha, uma amiga, uma parente que vive em situação de violência praticada pelo marido, companheiro ou namorado; isto quando não sabe de alguma que foi morta num momento de “privação de sentidos” ou por “legítima defesa da honra” de homens que continuam se agarrando a velhas leis.

Estudos que discutem a violência contra as mulheres têm buscado subsídios em fontes orais, validando as narrativas e a memória como suporte metodológico. Na historiografia, tem havido uma simbiose potente entre a história das mulheres, história oral e a história do tempo presente. Vale dizer que se a história oral e a história das mulheres tiveram boa acolhida, os estudos historiográficos na perspectiva do tempo presente não tiveram aceitação consensual entre os primeiros historiadores, muitos destes presos à ideia de que, como definiam os velhos Charles Seignobos e Langlois, a função dos historiadores é prioritariamente “descrever “por meio de documentos” as sociedades passadas e suas metamorfoses” (FERREIRA, 2002, p. 316). Ademais, a história do tempo presente tem a subjetividade como uma marca nem sempre vista com bons olhos.

No século XIX, historiadores tradicionais entendiam história e memória como excludentes e a primeira só existiria quando a segunda falhasse. Portanto, a história era o antídoto do esquecimento, essa situação que amedronta os seres humanos de todos os tempos. Vale lembrar a narrativa de Homero sobre o esforço feito por Ulisses para impedir a amnésia de seus companheiros que provaram da planta ofertada pelos Lotófagos e que gerava amnésia (MOTTA, 2012). Este entendimento foi responsável pela validação dos documentos escritos, especialmente os oficiais, tidos como mais seguros e confiáveis do que as fontes orais, sustentadas “fragilmente” no lembrar-contar (FERREIRA, 2002).

Além disso, para Pollack, o fato de que a memória seja feita tanto de lembranças quanto de esquecimentos complexifica ainda mais a relação entre

história/passado e história/presente (MOTTA, 2012). Tanto mais porque hoje se tem consciência de que o processo dialético de lembrar e esquecer nunca se dá de forma inocente, mas sustentados por valores e ideologias, o que gera, ao menos para historiadores de tendências mais positivistas, um desconforto (FERREIRA, 2002). À parte as críticas e ressalvas, a história oral ganhou credibilidade. Toda documentação histórica apresenta particularidades que podem trazer dificuldade ao ofício dos historiadores, mas todas estas passíveis de serem resolvidas desde que haja ética e compromisso com a pesquisa. Além disso, o fato de que o “ouvir contar” aponte para outras possibilidades além do exercício analítico de textos (MEIHY, SEAWRIGHT, 2020), não significa que não se possa buscar outras fontes complementares: documentos oficiais, fotografias, jornais, diários, cartas, literatura, dentre outras, ampliando as possibilidades interpretativas.

Particularmente neste estudo foi utilizado como documentação complementar os prontuários das entrevistadas para observação específica dos seguintes dados: data da primeira consulta; número e frequência das mesmas; conhecimento do quadro clínico geral, se havia registros de violência doméstica por menção espontânea da paciente ou por questionamento do profissional que realizou o atendimento. Observou-se que não houve referência a casos de violência doméstica, validando estudos que denunciam a invisibilidade desta prática no âmbito dos serviços de saúde; possivelmente por ainda ser entendida como uma questão de ordem privada e íntima (Schraiber, 2005; Minayo, 1994).

Por fim, conquanto a história oral não se limite, evidentemente, a ouvir sujeitos das camadas populares e subalternizadas, tem sido um instrumento potente para dar voz aos grupos marginalizados, notadamente mulheres, por muito tempo silenciadas pela historiografia (PERROT, 2005). Verifica-se que a história oral permite adentrar por questões sensíveis, como é o caso da violência doméstica.

Isto posto, é hora de conhecer as memórias traumáticas dessas mulheres comuns cujas vidas foram marcadas pela vivência de violência doméstica e pela excepcionalidade do HIV/aids.

Apresentando as mulheres

As entrevistadas eram mulheres jovens e adultas, heterossexuais, com idades entre 24 a 48 anos. O tempo de conhecimento do diagnóstico da doença variou de dois a 20 anos. Cinco contraíram a aids entre os 20 e 29 anos; uma antes dos 20 e quatro com idades variáveis de 30 a 48. Sete delas se relacionaram sexualmente com uma quantidade variável de 4 a 12 parceiros e três com 50 homens ou mais.

Considerando-se o pertencimento racial, todas eram negras, sendo seis pardas e quatro pretas. Seis eram formalmente casadas (civil/religioso), três viviam em união estável com coabitação e uma em união estável sem coabitação. Todas eram mães. Das que tiveram filhos quando já tinham o HIV/aids não houve nenhum caso de transmissão vertical da doença, graças a medidas profiláticas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que recomenda o uso de Zidovudina (AZT) durante a gestação, no parto e no pós-parto, além orientar a suspensão do aleitamento materno; o que tem promovido uma queda muito expressiva na transmissão mãe-bebê (BRASIL, 2018).

Em relação à escolaridade, três entrevistadas tinham o curso superior completo; três iniciaram o curso superior, mas não concluíram; três o ensino médio e uma o ensino fundamental. Quanto à atividade profissional havia uma biomédica, uma professora de nível universitário, uma atendente de supermercado, duas recepcionistas, sendo uma recepcionista de motel, uma secretária e quatro do lar. A renda média foi de R\$ 3.200,00⁵. Contrariando muitos estudos, a mulher preta foi a que apresentou maior salário.

Quanto à condição de saúde, elas relataram a presença de outra Infecção Sexualmente Transmissível (IST) no momento do diagnóstico de positividade para o HIV/aids; o que foi confirmado pelos prontuários que evidenciaram casos de clamídia, sífilis, gonorreia, vaginose bacteriana e Doenças Inflamatórias Pélvicas (DIP) causadas por fungos (tricomonas), além de Papilomavírus Humano (HPV).

Todas as entrevistadas viveram mais de um relacionamento, aqui divididos entre antes e depois da soropositividade. Nas relações anteriores à doença, todas foram vítimas de violência física e psicológica, especialmente, mas também houve

⁵ Salário mínimo à época era R\$ 1.039,00.

relato de violência sexual. No momento das entrevistas nenhuma delas vivia com os parceiros que lhes transmitira a doença. Nos relacionamentos que viviam no momento das entrevistas, três continuaram sofrendo violência física e psicológica. Uma destas sofria também violência sexual. O mais comum, entretanto, era a violência psicológica, principalmente por meio do controle exagerado.

“Ele não me deixa ir na casa das minhas primas, das minhas tias. Só da minha mãe ele leva e me pega. Não posso sair nunca! [a entrevista é interrompida porque a mulher chora], ele acha que eu vou dar para outra pessoa. Fica rondando a casa da minha mãe o tempo todo. Muito abusivo. Ele me quer dependente dele. Por isso ele não me deixa trabalhar. Quando ele é bom ele é bom! Quando ele bebe, aí ele e desconta em mim e na filha dele. Eu estou me tornando uma pessoa amarga. Sem vida. Para eu estar aqui eu tomei dois calmantes. Vivo assim. Se ele bebe vira um mostro, fala que é fácil eu morrer, ele não. É difícil, mas [silêncio]. Todo mundo sabe da violência, todos os vizinhos escutam... Ele vistoria meu celular, o número que ele vê que é novo e leiga e faz ameaça. Morro de vergonha”. (Entrevistada 3)

Sete mulheres afirmaram que no momento das entrevistas não sofriam violência doméstica; seis porque os companheiros com os quais coabitavam no momento efetivamente nunca foram violentos e uma porque, com a doença, o parceiro deixou de agredi-la.

Seis entrevistadas disseram ter contado aos parceiros sobre a soropositividade tão logo tomaram conhecimento da doença. Admitem que fizeram isto porque julgavam ser o mais ético, mas também porque esconder lhes parecia impossível devido ao grande número de procedimentos a que se tornariam dependentes. Quatro mulheres demoraram mais tempo, mas terminando contando a verdade. Em apenas um caso o companheiro descobriu a doença porque viu o medicamento para aids que ela estava tomando.

Segundo Pollak (1990), nos primeiros anos o tratamento do HIV/aids exigia acompanhamento frequente de médicos, exames sorológicos e clínicos frequentes, além do uso de muitos medicamentos a serem tomados com posologias e horários muito rígidos. Além disso, em caso de doenças oportunistas, o paciente, muitas vezes, era obrigado a tratamentos ambulatoriais e até hospitalização. Tratava-se de um tratamento difícil de ser escondido. É o que observamos na fala abaixo:

“Ele estava falando em casar. Aí eu pensei: ‘É agora’. Tem que contar. Se ele quer algo sério, vou contar. Como que eu ia viver

escondendo dele toda vida? Aí eu falei, com medo, né?”.
(Entrevistada 5)

Observou-se nos relatos que contar sobre a doença para os parceiros era uma situação difícil, mas, ao menos no momento da confissão, poucos foram os parceiros que as acusaram mais ostensivamente de infidelidade, sendo mais comum que demonstrassem incredulidade e tristeza. Mas, evidenciou-se, que em momentos de tensão entre os casais não é incomum que eles lancem sobre elas a acusação pela doença.

A principal preocupação destes homens era com a possibilidade de que tivessem contraído o vírus:

“Contei e ele não aceitou: “Não, eu não aceito, você não serve para mim”. Separamos. Arrumei um namorado, não aceitou também: “você vai me contaminar”. (Entrevistada 2)

Ao contrário das demais entrevistadas, esta mulher se encontrava numa relação estável, mas sem coabitação e parece possível supor que este fato facilitou o rompimento do casal. Nos últimos tempos, modelos tradicionais de masculinidade (CONNELL; MESSERCHMIDT, 2013) até perderam a força, mas não se deslegitimam, por isso as mulheres tendem a ser julgadas pelo seu passado sexual e, portanto, ter HIV/aids leva erroneamente à suposição de que a mulher teve muitos parceiros, terminando por fazer com que o homem acredite que essa mulher não serve para ele. Isto ocorre porque a mulher que tem o HIV/aids é, no imaginário social, tida como promíscua (CECCON, MENEGHEL, 2017). Na sociedade brasileira existe um duplo padrão moral em que a promiscuidade sexual, que envolve a constante troca de parceiros, é um comportamento aceito sem grandes problemas quando adotado por homens, mas visto com muita censura quando praticado pelas mulheres, mesmo nos dias atuais.

Em História da Sexualidade, Knibiehler (2016) desconstrói a ideia de que já tenha havido a plena ruína dos antigos padrões de masculinidades e feminilidades. Argumenta, em defesa de sua tese, de que ainda hoje inúmeras mulheres norte-americanas procuram clínicas de reconstituição de hímen ou buscam receber certificados de virgindade, na França. Assim, considera haver uma insistência das fantasias masculinas com relação à virgindade, mantendo-se seu papel simbólico

mesmo em culturas avançadas e em países que, como os supracitados, os movimentos de emancipação feminina foram bastante ativos.

Vejamos o que nos confidencia uma entrevistada sobre a sua experiência de contar ao companheiro que era soropositiva:

“Ele ficou nervoso. Bem nervoso. Na hora que eu contei, ele ficou alegando: “mas eu não tenho”. “Mas como que você foi pegar isso (HIV)?.” (Entrevistada 4)

Isto é, se ele, o homem, dono da relação, não tinha aids, como é que a mulher, figura subalterna, poderia ter? Esta mulher parece ter consciência de que para além da doença há um forte componente machista no comportamento de seu parceiro, e afirma, talvez até mesmo com uma certa dose de ridicularização: *“Ele acha que é o bonzão”*.

Para Susan Sontag (1990), o principal agravante da aids é criar uma identidade pária que é vista como o resultado de uma perversão. Além disso, o doente com HIV/aids é tido como alguém que “procurou” pela doença; assim como o câncer do esôfago, no alcoólatra, ou de pulmão, no fumante. Ainda que na atualidade a culpabilização até tenha sido revista à medida que até mesmo crianças apresentaram a doença, não está de todo extinta.

Todavia, o que se observou é que a despeito de todos os preconceitos e julgamentos envolvendo as pessoas que vivem com HIV/aids, de modo geral, os parceiros com as quais estas mulheres viviam, conquanto fossem sorodiferentes, não quiseram romper o relacionamento conjugal. Informados do diagnóstico, eles reagiram com tristeza e, em alguns casos, raiva, mas, depois, aquietaram.

“Ele ficou triste, mas disse: “Jamais vou te largar”. Nossa! [...] ele fez [o exame] e deu negativo. E agora ele faz de seis em seis meses e dá negativo. Quando eu peço para colocar preservativo, ele resiste não aceita. Ele fala eu amo você. Não precisa disso”. (Entrevistada 1)

“Com esse atual esposo, foi muito tranquilo. Foi com um mês de namoro, antes da primeira relação sexual. Eu contei e ele aceitou. Graças a Deus, ele aceitou e estamos vivendo até hoje”. (Entrevistada 2)

“Ele ficou triste, mas depois, aceitou”. (Entrevistada 3)

“No começo, eu pedia para usar preservativo. Ele nunca quis. Por ele? Não está nem aí. Ele sempre disse: Vou ficar com você com ou sem esse negócio (o HIV)”. (Entrevistada 9)

“[...] contei para ele disso em um churrasco, no nosso primeiro encontro. Ele só perguntou: “você se cuida?”. (Entrevistada 10)

Muitas pessoas atualmente já se relacionam com parceiros/as soropositivos/as porque sabem que, seguindo um tratamento antiretroviral e com a viremia suprimida, o/a portador (a) de HIV/aids não transmite o vírus pelo meio sexual.

A entrevistada 7 descobriu a soropositividade quando estava grávida. Contraíra o vírus em um relacionamento anterior e, na ocasião em que se separou não tinha conhecimento dessa situação de saúde do ex companheiro, tendo posto fim à união devido à violência doméstica que sofria. Passado um tempo iniciou o novo relacionamento e tudo ia bem até que engravidou e, ao fazer o pré-natal, descobriu a soropositividade. Ela confessa que sofreu demais durante toda a gravidez. Sem coragem para falar a verdade ao parceiro, passou a evitar todo contato íntimo com ele, que terminava achando que este comportamento era *“um achaque natural de mulher grávida”*. Quando a criança nasceu, ainda na maternidade, tomou coragem e decidiu contar a verdade a ele.

“Falei para ele: “a doutora cuidou de tudo para ela não nascer (com o HIV)”. Com nó na garganta, eu disse: “se você quiser ficar com ela (a criança) para você...”. Aí ele falou assim: “aããhhh?”, bem alto. “Não”. Colocou ela no colo e ficou olhando. Eu escolhi esse momento de emoção para contar, porque não tinha como ele não ficar emocionado. Ele falou: “Não. Vou fazer o teste. Aí fez e não deu”. (Entrevistada 7)

O fato de que a nove dos homens sorodiferentes não tenham abandonado suas esposas ou companheiras ao tomarem conhecimento de que elas tinham aids aponta para algumas possibilidades: possivelmente o tempo da relação fortaleceu a confiança na parceira; eles podem ter se sentido responsáveis pelos cuidados com elas, já que a doença as vulnerabilizava; o fato de que a maioria tenha espontaneamente contado sobre a doença certamente atenuou o ressentimento e, por fim, mas não menos importante, elas haviam sido infectadas pelo vírus num relacionamento estável do passado. Além, é claro, de um elemento importante, o

amor, esse sentimento que faz com que as pessoas passem por cima dos preconceitos e dos ressentimentos.

AIDS: essa doença inominável

Para Roland Barthes (2015), as palavras têm sentido e dançam na boca. Estes sentidos, evidentemente, podem ser bons ou ruins. Se bons, gostamos de repeti-las num quase saboreio. Caso contrário, buscamos subterfúgios ou metáforas. A aids, é dessas palavras que a boca se recusa a pronunciar, como se o silêncio fosse uma vitória sobre a doença. Isso ficou muito evidente nas narrativas, porque a palavra “aids” nunca era pronunciada pelas mulheres, que recorriam aos subterfúgios: “essa doença, esse mal, essa coisa, esse negócio”. Susan Sontag (1989) denomina de “metamoforização da doença” a dificuldade de falar no câncer, na aids ou outras doenças que causam medo ou vergonha. Esta reticência não é exclusiva das doentes, mesmo seus familiares, quando conversavam com elas, também procuravam outras formas de se remeter a ela.

“ [...]quando ele ficou sabendo que eu separei, aí ele falou pra minha tia que queria ficar comigo. Ela disse: “você sabe do problema dela?” Ele disse: “sei, mas quero assim mesmo”. (Entrevistada 8)

Por isso é tão difícil contar que se é soropositiva. Uma entrevistada que descobriu o vírus no pré-natal diz ter sido tomada de angústia:

“Como é que eu ia contar? A gente tem medo de ser jogada na rua, de levar fama de traidora sem nunca ter traído. Ele ia pensar: foi traição ou já veio doente? Conteí e só pedi: “não conta pra sua mãe, não conta pro seu pai [...]”. (Entrevistada 7)

Ressalte-se, no entanto, que embora aceitando manter o relacionamento a despeito da doença, alguns homens se aproveitavam dessa fragilidade das mulheres.

“Ele falou que ia ficar comigo. Depois arrependeu e ficou se perguntando: ‘será que é isso que eu quero?’ Nessa época a bebê tinha cinco meses, eu sofri muito, muito”. (Entrevistada 3)

O casal não se separou, ele fez o teste e deu negativo e ainda estão juntos, mas é uma das que sofre agressão física e psicológica, por meio de ameaças e humilhações

frequentes: *“ele fala que eu sou doente”*. Esta é uma questão importante porque vivemos na sociedade da higiomania, denúncia desde há muito feita por Illich (1975) e reatualizada por Roberto Passos Nogueira (2003). Assim, ser doente é uma condição que desvaloriza o indivíduo.

Segundo Pollak (1990), nenhuma doença provocou tantas reações de angústia e de fascínio como a aids, misturando tabus das epidemias, homossexualidade, sangue, esperma e morte, criando medo e inseguranças diversos não só quanto a perder a vida, mas também quanto o pânico quanto *“o que vão dizer de mim?”*. É o que observamos nas palavras da entrevistada 10, cujo companheiro manteve o relacionamento, mas não de modo tranquilo. Segundo nos informa, *“ele tem medo das pessoas acharem que ele tem HIV, porque todo mundo sabe de mim”*.

O preconceito contra as pessoas com HIV/aids foi destacado pelo Programa das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS) que informou que 64,1% destas pessoas sofreram discriminação: 46,3% no ambiente social e 41% na família (COSTA, 2019). Foi o que ocorreu com a entrevistada abaixo:

“Se eu fazia uma carne ou um bolo a minha mãe não comia e não deixava ninguém comer. Isto foi mais difícil do que descobrir a doença”. (Entrevistada 7)

À medida que a análise das narrativas foi sendo feita uma consciência se construía: a soropositividade, por si só, não era responsável pela violência doméstica. Nesse aspecto, a fala da entrevista 3 é muito assertiva: *“Ele diz que o HIV veio de mim, mas ele foi violento a vida inteira”*. A escolha lexical do termo *“vida inteira”* demonstra a incisividade e recorrência dos episódios de agressão. Nesse aspecto, todas as entrevistadas contaram que também os homens que lhes transmitiram a aids eram violentos, cometendo abusos físicos, psicológicos e, em alguns casos, sexuais.

Foi visto que nos relacionamentos que estas mulheres estabeleceram com homens sorodiferentes três sofriam violência, que já acontecia antes mesmo do diagnóstico e continuaram ocorrendo. Sete mulheres não sofriam violência dos homens com os quais se relacionavam no momento da entrevista, sendo que seis nunca sofreram, enquanto uma era vítima da violência, mas as agressões cessaram quando o companheiro soube da doença.

“Antes de saber do HIV era violento, violência psicológica. Com palavras que me machucavam muito. Palavras dói mais que tapa. Agora, depois da doença ele ficou melhor, mais manso”. (Entrevistada 4)

Nos relacionamentos que estabeleceram com homens sorodiferentes, vimos que três mulheres continuam sofrendo violência independentemente do diagnóstico, e os abuso são mais psicológicos do que físicos. As agressões, que já aconteciam antes da confissão de soropositividade, seguiram ocorrendo.

Depois que eu contei, ele jogava na minha cara toda hora o HIV, chegou sair na rua gritando que eu tinha HIV. Ele achava que ele falando ia me atacar, humilhar. (Entrevistada 8)

Embora não se deva menosprezar as estatísticas que evidenciam que a violência doméstica é praticada majoritariamente por homens (WHO, 2020; MUCHEBLEND, 2014; ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2021; SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2023), as mulheres não são vítimas passivas da violência.

“A gente briga muito. Não pelo HIV, mas porque meu gênio é forte. A última briga foi no murro, mas eu bati muito nele, porque ele me chamou de louca. Pra mim, a palavra dói mais que o murro. Aí eu enforquei ele. Depois, fiquei com vergonha”. (Entrevistada 10)

“[...] Brigamos no tapa, já puxou meu cabelo, me enforcou, jogou eu no chão, aí quebrou a porta do meu quarto (chorou muito), faço sexo sem querer, tenho que fazer, eu grito”. (Entrevistada 6)

Sobre a entrevistada que afirmou que o companheiro deixou de agredi-la ao saber do HIV/aids, podemos pensar que a pena também pode servir para reforçar os aspectos negativos da doença e fragilizar ainda mais a mulher, que passa a se considerar como sendo incapaz, de construir outros laços de afeto a não ser com esse homem por quem foi “aceita” e “perdoada”.

Embora a violência doméstica seja uma realidade na vida das entrevistadas, o elemento gerador da violência resultava, especialmente, de outra dinâmica muito mais conhecida: a validação social da superioridade masculina (NEME; SOBRAL, 2019; CARNEIRO, 2011). Desse modo, a soropositividade não mostrou ser elemento gerador de violência doméstica. Neste aspecto: “em história oral as hipóteses são postas no campo das suspeitas ou possibilidades [...] pois as entrevistas lidas e

interpretadas conformam de outra maneira as preocupações da pesquisa” (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020, p. 51-52).

Por fim, embora estas mulheres estivessem vivendo momentos muito dolorosos de violência psicológica, e em menor medida física, a análise de seus prontuários mostrou não terem sido feitos registros destes fatos nos seus prontuários. O silenciamento das mulheres pode ter se dado por medo ou vergonha, mas poderiam ter sido questionadas a respeito pelos profissionais da saúde, o que não ocorreu. Cabe aos profissionais de saúde não fechar os olhos para as questões mais subjetivas da vida das mulheres, criando condições de confiabilidade para que elas não omitam experiências que têm profundo impacto no processo saúde-adoecimento.

Conclusão

Este artigo apresentou as narrativas de dez mulheres soropositivas acerca das vivências de violência praticadas por seus parceiros íntimos que não tinham o vírus. Os dados apresentados levam a concluir que a soropositividade não se apresentou como fator desencadeante de violência no relacionamento com parceiros sorodiferentes, embora ter o vírus HIV e a doença, a aids, funcionem como agravantes de vulnerabilidades. Todas as mulheres entrevistadas sofreram violência dos homens que lhes transmitiram o vírus, mas nenhuma vivia com eles no momento das entrevistas. Elas estabeleceram novos relacionamentos e, em alguns deles, continuaram sofrendo violência doméstica. Ao serem informados da soropositividade de suas companheiras, usualmente os homens reagiram com incredulidade, mas a maioria manteve o relacionamento, embora alguns adotassem atitudes abusivas, como xingamentos, acusações e humilhações em razão da doença.

Assim, observou-se que práticas culturais legitimadas pelo regime patriarcal que sustentam as desigualdades de gênero é que efetivamente se configuraram como responsáveis pela violência praticada contra as mulheres soropositivas pelos seus parceiros íntimos sorodiferentes. Significa dizer que a violência não se deu especialmente em razão do HIV/aids, mas principalmente pela ideologia machista que funciona como elemento legitimador dos direitos dos homens sobre os corpos e as vidas das mulheres.

Portanto, a situação de vulnerabilidade da mulher soropositiva pode ser ressignificada pela doença, mas ela não é o fator predominante para permitir ou evitar que estejam submetidas à violência praticada pelos parceiros íntimos. Antes, tal fato indica que a violência sofrida por essas mulheres está profundamente marcada pelas questões sociais e culturais, as quais colocam possíveis vítimas e possíveis agressores em lugares determinados por questões histórico-sociais. Isto posto, configura-se como inegável que o enfrentamento da violência de gênero deve passar, necessariamente, pelo empoderamento feminino, equidade de gênero e uma séria tomada de consciência quanto ao fato de que toda violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos.

Espera-se que este estudo valide, especialmente, a importância das narrativas orais para acesso às subjetividades das mulheres, que devem ser vistas não como doentes de HIV, mas sujeitas com uma história plena de significados, o que as torna únicas.

Referências

ALGRANTI, Leila Mezan. **Honradas e devotas**. Mulheres da Colônia. Condição Feminina nos Conventos e recolhimento do Sudeste do Brasil. 1750-1822. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. **Feminismo no Brasil**. Memórias que fazem acontecer. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2022.

AYRES, José Ricardo et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Dina Czeresnia, Carlos Machado Freitas (Orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2016.

BRASIL Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico** - HIV Aids Julho de 2017 a junho de 2018. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaid-2018>, acesso em: 23 de junho de 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm., acesso em 20 de maio de 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm, acesso em: 03 de abril de 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.104**, de 09 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm, acesso em: 03 de abril de 2023.

BRASIL. **Sumário Executivo Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS BRASIL**, 2019. [internet]. Porto Alegre: PUC-RS, 2020. p. 32. [citado em 2019 mar 15]. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf, acesso em: 14 de maio de 2023.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade**. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro; 2011.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stella Nazareth. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. **Physis**. 2017; 27(4):1087-1103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VgWsDWT73cJxr5Xn9vbXLQK/abstract/?lang=pt>, acesso em 03 de março de 2023.

CEDAW – 1974. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. Texto publicado no Diário do Congresso Nacional Brasileiro em 23.06.1994. Disponível em: http://www.salvador.ba.gov.br/images/PDF/convencao_cedaw.pdf, acesso em: 14 de maio de 2023.

CERQUEIRA, Daniel et al. **ATLAS DA VIOLÊNCIA 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>, acesso em 14 de maio de 2023.

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**. Florianópolis, 21(1): 241-282, janeiro-abril/2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/cPBKdXV63LVw75GrVvH39NC/?format=pdf&lang=pt>, acesso em 16 de maio de 2023.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - **Convenção de Belém do Pará**, 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>, acesso em: 13 de maio de 2023.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas** 10 (1): 171-188. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?lang=pt>, acesso em 24 de julho de 2023.

CRENSHAW, Kimberlé. **Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics**. University of Chicago Legal Forum, 1989, p. 538–554.

DUARTE, Flávia Guimarães Dias. Vigilância epidemiológica do HIV/aids, Cuiabá, MT. **Boletim Epidemiológico**. Diretoria de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Fev de 2020. Disponível em: <http://201.24.3.67:8080/portal/upload/arquivos/20200220132414000815.pdf>., acesso em 02 de maio de 2023.

FEDERICI, Silvia Federici. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva** (Coletivo Sycorax, trad.). São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História, tempo presente e história oral. Topoi. Rio de Janeiro, dezembro 2002, pp. 314-332. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/topoi/a/fpGyHz8dRnk56XjcFGs736F/?format=pdf&lang=pt>., acesso em 30 de julho de 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e Invisível**. A vitimização de mulheres no Brasil. 4^a. Edição. 2023. Disponível em: . Acesso em 13 de maio de 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e Invisível: a vitimização das mulheres no Brasil**. Instituto Data Folha, 2019. Disponível em http://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2-edicao/, acesso em: 12 de fevereiro de 2021.

FREIRE COSTA, Jurandir. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro, Graal 1999.

GOFFMAN, Irving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

ILLICH, Ivan. 1975. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Ed. Nova Fronteira, São Paulo.

KNIBIEHLER, Yvonne. **História da virgindade**. Tradução Dilson Ferreira da Cruz. São Paulo: Contexto, 2016.

KYRILLOS, Gabriela M. Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, 28(1). Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/1806-9584-2020v28n156509/4349>, acesso em: 23 de abril de 2023.

LAGE, Lana; NADER, Maria Beatriz. Violência contra a mulher. Da legitimação à condenação social. In: **Nova História das Mulheres**. PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Orgs.). São Paulo: Contexto, 2012, p.286-312.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens**. Tradução Luiza Sellera. São Paulo: Cultrix, 2019.

MEIHY, José Carlos Sebe B.; SEAWRIGHT, Leandro. **Memórias e narrativas**. São Paulo: Contexto, 2020.

MINAYO, M. C. A Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, supl. 1, p.7-18, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 de janeiro de 2024.

MOTTA, Márcia Maria Menendes. História, Memória e Tempo presente. **Novos Domínios da História**. Ciro Flamarion Cardoso; Ronaldo Vainfas (Orgs.). Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MUCHEBLEND, Robert. **Uma história da violência**. Do final da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Editora 70, 2014.

NEME, Cristina; SOBRAL, Isabela. Principais Resultados. Visível e Invisível. A vitimização de mulheres no Brasil. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Instituto Data Folha, 2019

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A saúde pelo avesso**. Natal, RN: Seminare Editora, 2003.

OLIVEIRA, Maria de Moraes Duarte; JUNQUEIRA, Telma Low Silva. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivência e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, 23 (3), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/RFFQyq48WQYqXVMzFM8pxPG/?format=pdf&lang=pt>, acesso em 23 de junho de 2023.

PAIVA, Vera; ZUCCHI, Eliana. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids. In: **Vulnerabilidade e Direitos Humanos**. Prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Paiva,

Vera.; Ayres, José Ricardo.; BUCHALA, Márcia Maria (Orgs.). Curitiba: Juruá, 2012, p. 11-144.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, v. 9, n. 17, Barbacena, MG, p. 523-536, dez. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso, acesso em 24 de julho de 2023.

PERROT, Michele. **As mulheres e os silêncios da história**. Bauru, SP: Edusc, 2005.

POLLAK, Michel. **Os Homossexuais e a Aids: Sociologia de uma Epidemia**. Estação Liberdade: São Paulo, Brasil, 1990.

PORTELLI, Alessandro. **História oral como arte da escuta**. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

PORTELLI, Alessandro. **Ensaio de História Oral**. São Paulo: Letra e Voz, 2010.

PORTELLI, Alessandro. Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. **Projeto História**, v.15, p.13-49, 1997.

RICHTER, Tamara Tomitan; COSTA, João Vítor da; SILVA, Tânia Maria Gomes da. Caracterização das notificações de violência contra mulheres em um município do interior do Paraná (2015-2019). *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama*, v.27, n.5, p.3415-3432, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/9990/4775>, acesso em: 30 de julho de 2023.

RIPPON, Gina. **Gênero e os nossos cérebros. Como a neurociência acabou com o mito de um cérebro feminino ou masculino**. Tradução Ryta Vinagre. Rio de Janeiro: Rocco, 2021.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**. Dossiê: Feminismo em questão, questões do feminismo. v. 16, p.115-136, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/gMVfxYcbKMSHnHNLrqwYhKL/?lang=pt>>. Acesso 09 novembro, 2021.

SCHRAIBER, Lílían Blima et al. **Violência dói e não é direito**. Violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

SCOTT, Joan. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**. V. 20, n. 2. 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA. **VISÍVEL E INVISÍVEL** a Vitimização de Mulheres no Brasil. 4ª edição, 2023. Datafolha e Fórum Brasileiro de **Segurança Pública**. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-infografico.pdf>., acesso em: 23 de julho de 2023.

SONTAG, Susan. **Aids e suas metáforas**. Trad. Paulo Henrique Britto. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1989.

SOUZA, Maria da Consolação P.; SANTO, Antônio Carlos Gomes do Espírito; MOTTA, Sophia Karlla Almeida. Gênero, Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV/ Aids e Ações de Prevenção em Bairro da Periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.58-68, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SzBprCbhdPwM45Xxbvv4DGL/?format=pdf&lang=pt>., acesso em: 31 de julho de 2023.

THOMPSON, Edward P. **Costumes em Comum**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>, acesso em 02 junho, 2023.

UNAIDS. **Gabarito desafio Unais**, s/d. Disponível em <[https://unaid.org.br > uploads > 2017/11 > gabarito_desafio_unaids](https://unaid.org.br/uploads/2017/11/gabarito_desafio_unaids)>, acesso em 24 de novembro de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO: Geneva; 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>, acesso em: 26 de junho de 2023.

ZURBANO-BERENGUER, Belén; GORDILLO, María del Mar García. Violência contra as mulheres nos textos legais da América Latina e do Caribe. **Rev. Estud. Fem.** 27 (3) • 2019 • Disponível em <https://www.scielo.br/j/ref/a/7hRVBCfnG8KHvzrZNPxDjnL/abstract/?format=html&lang=pt>, acesso em: 02 de julho de 2023.

Recebido em Agosto de 2023
Aprovado em Fevereiro de 2024