POLÍTICA DE AIDS E RELAÇÕES DE GÊNERO: as mulheres neste contexto

AIDS POLITICS AND GERNDERS' RELATIONS: women this context

Isabella Fresnedas Bolzan[1]

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo traçar uma breve construção histórica sobre a Política de Aids, evidenciando a importância significativa dos movimentos sociais e demonstrar como o gênero é determinante para se pensar o indivíduo soropositivo. Desta forma, será traçado também a inserção das mulheres a partir do legado do pensamento moderno, por meio da construção do conhecimento, identificando o feminismo. No primeiro momento será realizada uma breve construção da Política de Aids e a importância da pressão exercida pela sociedade civil para tal a partir dos movimentos sociais. No segundo momento, será destacado os limites que a mulher encontra no sistema social patriarcal, bem como os riscos e vulnerabilidades relacionados à problemática do HIV e aids. Por fim, o preconceito e estigma relacionado ao HIV e à aids ainda muito presentes na sociedade.

Palavras-chave: Política de Aids 1. Mulher 2. Preconceito 3.

ABSTRACT

This article's purpose is to describe a short historic construction about aids politcs, highlighting the significant contribution of the social movements and show how important gender is to evaluate HIV positive individuals. It will also be discussed how women were insercted, by thinking's construction and feminism, since modern thinking's legacy. At first, it will be discussed a short construction from AIDS' Politics and the significant society's pressure done by the social movements. Then, will be highlighted the limits that women find in the patriarcal social sistem, as well as the risks and vulnerabilities related to HIV/aids. Lastly, the prejudice and slur that are related to HIV and AIDS, which still persist in our society.

Keywords: Aids Politics 1. Women 2. Prejudice 3.

[1] Universidade Estadual de Londrina - UEL, Paraná/Brasil. Graduada em Serviço Social, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da UEL. E-mail: isabella.bolzan@uel.br

1 INTRODUÇÃO

Classe, raça/etnia, gênero e cultura são determinantes para se pensar o produto da definição de problema, teorias, metodologias, conceitos e objetivos do pensamento de seus criadores, sejam individuais ou coletivos. Sendo assim, com a contribuição de Sandra Harding (1996), as críticas feministas à ciência tem ressaltado que em cada área da pesquisa isso torna-se evidente ao se considerar esses determinantes do modo de vida de seus sujeitos.

O legado do pensamento moderno, com a construção do conhecimento, foi orientado por meio da ótica do masculino e pelo silêncio de feminino. A determinação eurocêntrica e androcêntrica tornou-se diretriz e não cedeu espaços para as experiências das mulheres, assim como a inviabilizou e a excluiu, não obstante do mesmo modo com outras culturas e civilizações.

Com isso, uma epistemologia feminista é reivindicada, ou seja, as estudiosas das relações de gênero, raça/etnia, ao afirmar que as mulheres também são capazes de raciocínio e devem ocupar espaços no mundo acadêmico, produzindo conhecimentos sobre suas experiências de vida, experiências concretas e específicas, embora a sociedade ainda persista num sistema social patriarcal[2]. Desta forma, corrobora Delphy (2009)

> Nessa nova concepção feminista, o patriarcado designa uma formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente, o poder é dos homens. Ele é, assim, quase sinônimo de “dominação masculina” ou de opressão das mulheres. Essas expressões, contemporâneas dos anos 70, referem-se ao mesmo objeto, designado na época precedente pelas expressões de “subordinação” ou “sujeição” das mulheres, ou ainda “condição feminina” (DELPHY, 2009, p. 173).

Conforme Heloisa B. de Holanda (1994), o feminismo dialoga a necessidade de uma luta pela (re)significação dos sujeitos, dentre eles, as mulheres, num contexto

[2] “Patriarcado” é uma palavra muito antiga, que mudou de sentido por volta do século XIX, com as primeiras teorias dos “estágios” da evolução das sociedades humanas, depois novamente no fim do século XX, com a “segunda onda” do feminismo surgida dos anos 70 no Ocidente (DELPHY, 2009 apud OLIVEIRA, 2015, p. 28).

em que as políticas e teorias pós-modernas abordam uma crise de representação e de morte do social.

Enquanto acadêmica de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina realizei nos dois últimos anos do curso, nos anos de 2017 e 2018, estágio curricular obrigatório na Unidade de Moléstias Infecciosas da Imunodeficiência (MI-ID), onde pude ter uma experiência significativa junto aos pacientes com o vírus HIV, bem como doentes de aids e/ou familiares, que realizavam tratamento no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU), lócus do meu estágio. Desde então, o contato com esses sujeitos despertou-me o interesse em estudar as implicações (sociais, culturais, religiosas, etc.) relacionadas com o vírus da aids, além de sensibilizar para a problemática do HIV entre a população feminina.

O HIV, definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) como o vírus da Imunodeficiência Humana, responsável pela causa da doença aids, é transmitido por relações sexuais sem proteção, prática compartilhada de seringas para o uso de substâncias psicoativas e transmissão vertical, quando a gestante/mãe transmite o vírus para o filho durante a gestação, parto ou na amamentação.

Na atual conjuntura, o modo mais frequente de transmissão do vírus HIV é a relação sexual sem proteção e a maioria das pessoas infectadas são heterossexuais. Esta realidade se distingue da década de 1980, onde o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) corrobora com Barros, Guimarães e Borges (2012) ao colocar que a aids em seu período inicial era relacionada aos “grupos de risco”.

Posto isso, a trajetória da epidemia da aids no Brasil, que no início contaminava homossexuais masculinos nas cidades e regiões mais desenvolvidas do país, depois espalhou-se por camadas mais pobres da população e, simultaneamente o número crescente de casos entre as mulheres são temas significativos para o entendimento do impacto social que a doença causou, ou seja, a mudança dos grupos atingidos, segundo a exposição, sexo e situação econômica, revela a importância das questões sociais na definição dessa evolução epidemiológica.

Sendo assim, no primeiro momento, será realizado um resgate histórico sobre o vírus HIV/aids e a epidemia no Brasil, ou seja, a trajetória da Política de Aids, além de destacarmos a condição de ser mulher no sistema social patriarcal, como aportes

para o entendimento de que a população feminina encontra-se em destaque. Para tanto, faz-se necessário destacar também a pressão da população a partir dos movimentos sociais, que buscavam por respostas governamentais para o controle, assistência e prevenção da epidemia, entendo que os movimentos sociais da época são fundamentais para a construção da Política de Aids, presente ainda nos dias atuais. Por fim, será abordado o preconceito e o estigma ainda muito presentes nos dias atuais em nossa sociedade. Desta forma, a metodologia utilizada será a partir de livros, artigos, *sites* (*endereço eletrônico*) e demais materiais já produzidos que trabalhem a temática proposta.

2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE AIDS A PARTIR DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), descoberta em 1981, quando os primeiros casos notificados foram em homossexuais masculinos, nos Estados Unidos. Após dois anos, em 1983, foi identificado o agente etiológico, denominado como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Sendo assim, após a infecção pelo HIV, ocorre uma diminuição gradual do número e da atividade dos linfócitos (código CD4), comprometendo principalmente a imunidade celular, sendo, portanto, a aids uma manifestação tardia e avançada deste processo, ou seja, há diferença entre ser soropositivo (ter o vírus HIV) e estar doente de aids.

Perpassando para o Brasil, os primeiro casos identificados de aids são no início de 1982. Entretanto, apesar dos diagnósticos datarem o início do ano, apenas no segundo semestre desse mesmo ano, foi diagnosticado o primeiro caso de aids em uma pessoa que nunca havia saído do Brasil, pelo docente Vicente Amaro Neto, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Os primeiros diagnósticos dos casos de aids eram em pessoas que haviam viajado para os Estados Unidos (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Concomitantemente, no mesmo período, emerge o movimento denominado “Movimento da Reforma Sanitária” que abarcará e determinará fundamentos que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) após a Constituição Federal de 1988.

Como já mencionado, os primeiros casos de aids foram diagnosticados no Brasil a partir de 1982 e, para responder à epidemia foram necessárias se pensar respostas governamentais. Diante disso, o Sistema Único de Saúde, a partir da pressão dos movimentos sociais, passou a criar uma política específica para o enfretamento da aids e atender os doentes. Com isso, aqueles que lutavam por uma política saúde pública, o Movimento da Reforma Sanitária e intelectuais, ganharam força no período.

Dentre a adversidade dos temas propostos pelos movimentos sociais (adversidade essa como cor, sexo e raça) foram essenciais para a construção de princípios fundamentais nas políticas públicas sociais. Esses princípios são expressos na equidade e justiça social. Sendo assim, esse contexto, no Brasil, é simultâneo à epidemia de HIV.

> As políticas brasileiras referentes à Aids tiveram início no estado de São Paulo, essas políticas sofreram influências do Movimento Sanitarista, que visava mudanças essenciais no sistema da saúde do país, o que, em 1988, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDONÇA et al., 2010, apud BARROS; GUIMARÃES; BORGES, 2012, p.537).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) sustenta o que Barros, Guimarães e Borges (2012, p. 538) ao colocar que a aids em seu período inicial era relacionada aos “grupos de risco”, identificados como os cinco H’s[3], sendo os homossexuais, hemofílicos, haitianos, hookers (em inglês, nome dado às profissionais do sexo) e heroinômanos (usuários de heroína injetável).

> A epidemia não atinge de maneira uniforme toda a população, e sua distribuição é distinta nos diferentes grupos e regiões do país, apresentando, inclusive, diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de transmissão (BRASIL, 1999, p. 14).

[3] No Brasil, o HIV tem aproximadamente 30 anos de epidemia e no início o vírus afetava principalmente homossexuais. Era comum referir-se à pessoa soropositiva como “aidético”, o que acentuava a estigmatização e desprezava a noção de dignidade e de direitos humanos. Essa expressão popular caiu por terra, pois além de discriminar pejorativamente não expressava com clareza a diferença entre o HIV e a aids.

Ainda conforme os autores, Barros, Guimarães e Borges (2012), desde o surgimento do HIV, o modelo curativista[4] proposto pela atenção em saúde não seria eficiente para atender as demandas dessa população. Com a Constituição Federal de 1988 e a saúde intitulada como direito universal para a população e dever do Estado, os determinantes sociais passaram a ser condicionantes no processo saúde-doença. Com isso, novas estratégias foram desenvolvidas, assim como a participação da sociedade civil nas áreas deliberativas acerca da Política de Saúde, ou seja, os canais de participação direta[5].

Ainda em 1988, com iniciativa do Ministério da Saúde, alguns medicamentos foram fornecidos na rede pública de saúde ao combate de algumas infecções oportunistas causadoras da aids. A partir disso, em 1991, o governo federal começou a distribuir medicamentos, como o AZT e DDI[6] (BRASIL, 2000).

Contudo, apenas em 1996 ocorreu o intenso avanço na Política de Medicamentos e distribuição da terapia antirretroviral pelo governo brasileiro. Este medicamento, para a infecção causada pelo HIV, é conhecido popularmente como “coquetel”. Esse desenvolvimento proporcionou às pessoas infectadas pelo HIV (soropositivas) o acesso universal ao tratamento, bem como o controle da doença.

Desta forma, a Política de HIV/aids no Brasil, além de seguir as regulamentações e também os princípios da Política de Saúde, por vezes contribuiu tanto na assistência aos doentes de aids, como na prevenção, uma vez que os princípios e diretrizes do SUS constituíram-se enquanto bojo para a sua construção (MARQUES, 2002, apud BARROS; GUIMARÃES; BORGES, 2012).

Com relação à distribuição da terapia antirretroviral no Brasil, o país foi um dos primeiros a disponibilizar a medicação.

---

[4] Modelo no qual a saúde é vista como ausência de doenças, espera-se o indivíduo ficar doente para poder curá-lo. Desta forma, o enfoque à saúde é apenas a doença, não há a prevenção e somente muitos anos mais tarde o modelo de saúde ampliado foi organizado.

[5] Os canais da participação direta da sociedade civil sobre os assuntos da Política de Saúde ocorrem por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. A Lei nº 8.142/90 proporcionou mecanismos de participação da sociedade civil no processo de gestão da Política de Saúde nos espaços de Conferências e os Conselhos.

[6] Zidovudina (AZT), e Didanosina (DDI) são medicamentos que atuam sobre a enzima transcriptase reversa, tornando defeituosa a cadeia de DNA que o vírus HIV cria dentro das células de defesa do organismo. Essa ação impede que o vírus se reproduza.

> O Brasil foi um dos pioneiros no tratamento. [...], ainda em 1985, o país criou o Programa Nacional de DST/AIDS. Onze anos depois, em 1996, o Brasil já garantia acesso universal ao tratamento a todos os portadores do HIV/AIDS pelo Sistema Único de Saúde. Isso ajudou a reduzir a disseminação da doença, a melhorar a qualidade de vida e dar sobrevida aos portadores do vírus (CEAP, 2016, p.10).

Outro aspecto importante a ser destacado no Brasil é que pelo país ter adotado um sistema de saúde público, universal, gratuito e equitativo previsto na Constituição de 1988, o país disponibilizou tratamento a todos.

> Com isso, o Brasil foi o primeiro e um dos poucos países subdesenvolvidos a optar pela universalidade do tratamento, tornando-se uma referência mundial no enfrentamento da Aids. Por isso, caso o país decida acabar com o princípio universalista do sistema público de saúde, como ocorreu em outros lugares do mundo, será também o fim de uma proposta universalista de enfrentamento da Aids (CEAP, 2016, p. 11).

Portanto, atualmente, dados apontam que há o aumento do número de casos de HIV/aids e, algumas hipóteses podem estar intrinsecamente relacionadas ao aumento nos últimos anos. O autor Grangeiro (2016) aponta que esse aumento do número de casos, sobretudo a contaminação do vírus entre o seguimento jovem, pode estar relacionada ao início da vida sexual desse público após a conquista e distribuição dos antirretrovirais.

Isso significa que os jovens não viveram a efervescência dos movimentos sociais que lutaram por uma saúde pública e pela conquista de uma Política de HIV/aids. Desta forma, desde o surgimento, esses movimentos contaram com uma grande envolvimento e participação da população de maneira geral e doentes de aids, que por sua vez reivindicavam a construção de uma política pública e integral. Com isso, a existência dessa Política de Aids deveria atuar tanto na questão de prevenção ao vírus, quanto no que tange a assistência aos doentes de aids.

Segundo o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) (2016) apesar dos grandes avanços relacionados à epidemia de aids, o alto número de novos casos de HIV continua crescendo, o que inclui a necessidade de enfrentamento e, consequentemente, pensar estratégias para tal.

Desde o primeiro diagnóstico de aids realizado no Brasil na década de 1980, os mecanismos que subsidiam informações para se traçar um perfil epidemiológico da doença são disponibilizados nos Sistemas de Informação que foi implementado ao decorrer dos anos, como por exemplo, notificação compulsória de casos de aids por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Controle e Logística de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM).

O Ministério da Saúde (2010) coloca que o primeiro fornecimento elencado acima para se traçar um boletim epidemiológico, a notificação compulsória de casos de aids, não é satisfatório para determinar a extensão da epidemia de Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV)/Adquired Immunodefi ciency Syndrome do inglês (aids), denominado a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Contudo, a identificação do número de casos de HIV/aids é de suma importância para que o governo pense estratégias de combate e enfretamento à epidemia, ou seja, no tocante ao agravo da doença. É importante destacar também que no complexo processo de disseminação do vírus HIV, além da proliferação de uma *epidemia de significados*, levando ao constante enfrentamento de estigmas e discriminações, sendo também obstáculos ao compromisso com a prevenção e com o atendimento digno dessa população.

2.1 A condição da mulher enquanto soropositiva

Desde o aparecimento dos primeiros casos do vírus HIV e sua identificação, a aids configura-se com uma das grandes problemáticas da saúde pública no panorama mundial. Segundo Parker (1999) para além das ações na área da saúde, a pandemia do HIV/aids é identificada como uma questão central na luta pelos direitos humanos, ultrapassando muito mais do que a propagação de uma doença infecciosa, sendo de alta letalidade, além de alto custo social e incurável até o momento. Galvão (2000), coloca que a mídia, nos anos iniciais da epidemia, foi fundamental ao apresentar para

a opinião pública aquela nova doença, tendo em vista a pressão dos movimentos sociais.

No caso brasileiro, que segue o modelo norte-americano de explicação da transmissão sexual e infecção pelo HIV, sendo chamados de "*vítimas"*, as crianças, bem como os que se infectaram por transfusão de sangue e as mulheres (que tinham relação sexual com seus parceiros) e os "*culpados"*, se remetendo àqueles que se infectaram por via sexual ou por uso de drogas injetáveis. "Há uma sutil violência, gerada pelos preconceitos, que faz crer que um homossexual está sendo castigado por uma culpa que carrega. Não é um doente; é um relapso" (DANIEL *apud* GALVÃO, 2000, p. 174).

Segundo Paulilo (1999), a aids passa a ser representada a partir de um estigma, ou seja, como a "doença do outro", onde existe um imaginário de que as pessoas portadoras do vírus são magras, tatuadas, usuários de drogas, etc., o que ocasiona uma falta de percepção em contrair o vírus. Sendo assim, todos estão vulneráveis ao contágio quando não há prevenção nas relações sexuais, ou seja, não há "grupos de riscos" e sim "relação de risco". Sendo assim, a noção de "grupos de risco" cedeu lugar ao termo "comportamento de risco", ou seja, a prática que leva o indivíduo a exposição ao HIV. Toda pessoa está vulnerável a infectar-se com o vírus, seja por práticas individuais, condição social e/ou cultural.

Na mesma época, enquanto ainda acreditava-se que a aids era uma doença de homossexuais homens, ela espalhava-se assustadoramente entre as mulheres, sendo aos poucos identificada como umas das principais causas de mortalidade de mulheres em idades reprodutivas, além do número significativo de nascimento de bebês portadores do vírus. Xavier (1997) aponta que

> As mulheres são mais suscetíveis à infecção por DST/HIV, tanto por fatores sociais como por fatores biológicos, e pela interação destes dois tipos de fator: pelas diferenças na genitália masculina e feminina; pela falta de métodos de prevenção controláveis pela mulher; pela passividade e desconhecimento esperados da mulher no que diz respeito à sexualidade; pela falta de poder de barganha nas relações sexuais; pela violência sexual que é praticada contra a mulher em larga escala; e pela aceitação social e ocultamento da infidelidade masculina (LOWNDES E GIFFIN, 1995:4 apud XAVIER, 1997).

A decisão de escolha em sugerir o uso do preservativo nas relações sexuais, bem como o fazer corretamente, é um constante desafio para as mulheres. Estas mulheres, por sua vez, além de exercerem uma autonomia na relação com o parceiro que muitas vezes não aceita o uso do preservativo, ela também decide sobre sua vida sexual, bem como deve assumir as consequências. Essas consequências são não-planejadas ou indesejáveis, como engravidar ou contrair uma infecção sexualmente transmissível (IST)[7].

> Viver com HIV/aids e sofrer violências é uma violação de direitos humanos das mulheres e, embora este fenômeno ainda seja pouco visibilizado, constitui uma forma de controle e/ou punição às que não cumprem os papéis de gênero designados pela cultura patriarcal (CECCON; MENEGHEL, 2017, s/p).

Sendo assim, a mulher não possui autonomia nem mesmo para decidir alternativas e/ou possibilidades sobre sua própria vida. Para Saffioti (2004) as mulheres

> [...] são objetos de satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, da força de trabalho [...]. Diferentemente dos homens como categoria social, a sujeição das mulheres, também como grupo, envolve prestação de serviços sexuais a seus dominadores. Esta soma/mescla de dominação e exploração é aqui entendida como opressão [...] (SAFFIOTI, 2004, p. 105).

É importante salientar que as campanhas publicitárias da época, de combate à aids, ao invés de focarem o uso do preservativo nas relações sexuais, associavam a doença com a prática do sexo desregrado, o que é um equívoco, pois basta uma única relação desprotegida para contrair o vírus. Isso tem relação com o que provavelmente fez com que muitas mulheres acreditassem estarem “salvas” em seus relacionamentos fixos e “fiéis”, como exemplo o casamento, criando um estigma da pessoa soropositiva, além de utilizarem imagens ilustrativas alarmantes. Porém, a pessoa soropositiva pode ser seu amigo, seu familiar, seu vizinho ou até mesmo o seu parceiro.

[7] A terminologia IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis passa a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

O medo que as mulheres tem de se infectar por HIV é menor que o medo de sugerir o uso do preservativo aos parceiros, pois sugerir o uso do preservativo nas relações sexuais sugere que as mesmas estão “preparadas demais” para o sexo ou até mesmo desconfiam de uma infidelidade do parceiro (MOREIRA, 2002).

Posto isso, é possível visualizar como a mulher é vista nesse cenário entre a problemática do HIV/aids e demais ISTs, bem como a relação com outras possibilidades não-desejáveis, sendo privada de liberdade de escolhas relativas ao seu próprio corpo. Além de todos os determinantes do ser mulher que implicam nessa realidade, a mulher ainda é determinada para com

> o cuidado com o desenvolvimento dos filhos, justamente pela divisão desigual do trabalho dentro de casa, acaba sendo de responsabilidade praticamente exclusiva da mulher-mãe, expropriando dela a possibilidade de pensar e agir para além destes liames (CARLOTO; NOGUEIRA, 2018, p. 51).

Desta forma, o patriarcado naturaliza as diferenças existentes entre os sexos, além de conceder poder aos homens para que os mesmos tenham domínio sobre as mulheres e, com isso, legitimam enquanto algo de ordem natural. Outro ponto a ser considerado tange na relação do controle dos corpos femininos no patriarcado, bem como da sexualidade da mulher, como por exemplo, o homem a proíbe de tomar pílulas anticoncepcionais, de ter filhos e afins. Sendo assim, a mulher não ter escolhas quanto ao uso ou não do preservativo, exposta à situações de o parceiro ser ou não soropositivo.

2.2 O estigma e a discriminação

Após muitas conquistas e avanços relacionados ao HIV/aids, pesquisas tem mostrado que o estigma e a discriminação prejudicam assuntos no que tange as estratégias no enfrentamento a epidemia do HIV. Dentre elas, suscita-se que as pessoas tenham medo de procurar por informações, bem como serviços e métodos para a redução de contaminação ou até mesmo na adoção de comportamentos mais seguros, com o receio de que sejam levantadas suspeitas em relação à sua sorologia (UNAIDS, 2019). Desta forma,

> o estigma relacionado ao HIV refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas vivendo com o HIV (como também em relação seus familiares e pessoas próximas) e outras populações que estão em maior risco de infecção pelo vírus (populações-chave), como gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e travestis e transexuais (UNAIDS, 2019, s/p).

É possível visualizar que o estigma presente referente aos soros positivos possui bojo enraizado a valores construídos socialmente. Esses valores são advindos de crenças, costumes, culturas, morais e modos de comportamentos. Portanto, a definição de discriminação não poderia ser diferente.

Segundo a UNAIDS (2019), a discriminação relacionada ao HIV refere-se a questões ligadas ao tratamento injusto e desigual, seja por omissão ou ação. Também é possível visualizar isso, no contexto do HIV, que inclui um tratamento desigual daquelas populações mais afetadas pela epidemia e, para completar, aponta que a discriminação normalmente baseia-se em crenças e atitudes estigmatizantes em relação a grupos, sexo, comportamentos, doenças e até mesmo morte. Para tal, a mesma é institucionalizada por meio da legalidade (leis, políticas e práticas), mas que possui âmago negativo em pessoas soropositivas ou doentes de aids.

Paralelamente a isso, ainda hoje, há muitos preconceitos e omissões que devem ser superados, atrelados aos estudos e às pesquisas desenvolvidas pelas ciências, medicina e afins, para que a aids possa ser prevenida, compreendida e tratada como uma doença que atinge significativamente uma parcela da população exposta ao vírus HIV, sendo estes sujeitos homens, mulheres e crianças, independente da orientação sexual, raça ou classe social.

Desta forma, dentre as causas sociais que apontam atenção nas lutas políticas destaca-se o combate à discriminação e à intolerância e, entre outros, fatores que geram o preconceito e a rejeição de identidades e grupos encontra-se a aids. Para tal, é importante salientar que as formas de contágio já foram abordadas e, vale ressaltar que não se transmite o vírus através da saliva, suor ou lágrima.

É válido ressaltar, a partir desse cenário que as

> Mulheres com HIV/aids são consideradas pela sociedade como infratoras, promíscuas, impuras, marcadas com a condição de risco e segregadas a espaços restritos. A elevada prevalência de violências neste grupo, o fato de

> sofrerem preconceitos, estigma, culpabilização e serem tratadas com iniquidade nos serviços resulta da moral sexual baseada em normas sobre o que é o comportamento sexual adequado e, como se trata de condições associadas aos "desviantes", as mulheres com HIV/aids aceitam o rechaço social e acreditam que a doença é uma punição merecida (CECCON; MENEGHEL, 2017, s/p).

Portanto, para além de todo o preconceito enraizado, não se pode desconsiderar as especificidades que vulnerabilizam as mulheres, uma vez que as mesmas no sistema social patriarcal é exposta a múltiplas violências.

3 CONCLUSÃO

Abordar brevemente a construção de uma política para atender as questões relacionadas à problemática do HIV e suas implicações com a aids, a partir da pressão dos movimentos sociais composto pela sociedade civil e demais categorias do setor saúde, foi de suma importância para compreender como esse movimento foi essencial para a construção da Política de Aids.

É importante salientar o quanto esta política avançou nos aspectos relacionados ao controle, prevenção e assistência da aids, bem como o aporte que o governo viabilizou ao atender as exigências dos movimentos sociais. Porém, é possível visualizar que as relações de gênero implicam na forma como o HIV é visto, ganhando uma conotação social dependendo se você é homem ou mulher.

Vimos que a mulher é responsável pelo lar, dominada pelo seu companheiro, ou seja, no sistema social patriarcal há o controle dos corpos das mulheres. Dentro dessas relações há proibições, punições, restrições e, até mesmo, violências que ultrapassam as físicas e psicológicas.

Outro aspecto a ser elencado é que a partir dessa discussão acima, além da mulher ser vulnerável à infecção do HIV por sua condição biológica, sua condição social também é impactante, bem como outras implicações. Desta forma, é válido ressaltar também que os homossexuais, da mesma forma, sofrem preconceitos e discriminações a partir das relações de gênero.

Portanto, é necessário conhecer os contextos sociais e trajetórias de vida das mulheres com HIV/aids para a formulação de políticas públicas de proteção

específicas a este grupo, incluindo especificidades que as vulnerabilizam, sem desconsiderar que a mulher no sistema social patriarcal é vulnerável a múltiplas violências.

REFERÊNCIAS

BARROS, N. B.; GUIMARÃES, C. M.; BORGES, O. de S. Políticas de Saúde e Prevenção ao HIV/Aids no Brasil 1982 – 2012. **Estudos**, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 537-546, out./dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Condições crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br>. Acesso em: 15 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico**. 2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br>. Acesso em: 15 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS Princípios, Diretrizes e Estratégias**. 1ª edição, Brasília-DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **História da aids**. 2010. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Acesso em: 10 maio 2021.

CARLOTO, C. M.; NOGUEIRA, B. W. F. Família, gênero e proteção social. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, 2º semestre de 2018 – n 42, v. 16, p. 49 – 64.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N. **Iniquidades de gênero**: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2017.v27n4/1087-1103/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Políticas públicas de HIV/aids e o controle Social/ Centro de Educação e Assessoramento Popular** (CEAP); pesquisa e elaboração de texto de Valdemir Both... [et al.]; revisão de Deborah Matte; ilustrações de Leonardo Bierhals. - Passo Fundo: Ifibe, 2016.

DELPHY, C. **Patriarcado (teorias do)**. Dicionário crítico do Feminismo. HIRATA Helena, et al (orgs.). São Paulo: Editora Unesp, 2009.

GALVÃO, J. **A agenda de construção de uma epidemia**. São Paulo; ABIA, 1º ed. 2000.

GRANGEIRO, A. **Da estabilização à reemergência**: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro – RJ, p. 24-32, 2016. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA7_ID2168_15052017223843.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

HARDING, S. **Ciência y feminismo**. Madrid: Ediciones Morata, 1996.

HOLANDA, H. B. de. Introdução. **Feminismo em tempos pós-modernos**. In: Tendências e impasses. O feminismo como crítica da cultura, Rio de Janeiro, Rocco, 1994.

MOREIRA, M. de M. **Adolescentes e jovens do sexo masculino**: riscos de contrair HIV/AIDS ou DST ou engravidar uma parceira. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2002. Ouro Preto, Minas Gerais: Anais, 2002.

OLIVEIRA, S. de O. **RECONSTITUINDO HISTÓRIAS SOBRE O FEMINISMO BRASILEIRO NA ESFERA DO GOVERNO**: Um olhar sobre as décadas de 1970 e 1980/ Adelaide Suely de Oliveira. - Recife: O autor, 2015. 109 f.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; BRESSA, M. S. **Saúde, desenvolvimento e políticas**: respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 1999.

SAFIOTTI, H. I. B. **As origens do conceito de Gênero, Patriarcado, Violência**. Editora Fund. Perseu Abramo, São Paulo, 2004, p. 95 – 139.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil. Brasília**: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

UNAIDS. **Estado da Epidemia**. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

XAVIER, I. M. de. **A Mulher e a Convivência com a Aids**: Uma Questão de Gênero; Rio de Janeiro 1997, Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública.