


# Vidas nuas: mulheres com HIV/aids em situação de violência de gênero


## Naked lives: women with HIV/AIDS in the situation of gender violence

### Roger Flores Ceccon<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0846-1376>


E-mail: roger.ceccon@hotmail.com

### Stela Nazareth Meneghel<sup>b</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7219-7178>

E-mail: stelameneghel@gmail.com

### Lupicínio Iñiguez-Rueda<sup>c</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1936-9428>

E-mail: lupicinio.iniguez@uab.cat

<sup>a</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Escola de Saúde Coletiva. Departamento de Ciências da Saúde. Araranguá, SC, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Departamento de Saúde Coletiva. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>c</sup>Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia Social. Barcelona, Espanha.

## Resumo

Em sociedades patriarcais de países periféricos, as mulheres sofrem os efeitos da exclusão social e de gênero, que as expõe à aquisição do HIV e que permanecem após o adoecimento. O objetivo deste estudo foi explorar as experiências de violência de gênero na trajetória de mulheres que vivem com HIV. É um estudo qualitativo em que foram entrevistadas 61 mulheres vítimas de violência de gênero cadastradas em um Serviço Especializado em HIV/aids de um município do interior do Rio Grande do Sul. Foi realizada análise crítica do discurso das narrativas produzidas por essas mulheres. Todas as entrevistadas relataram ter sofrido violações de direitos ao longo da vida, devido a processos históricos de exclusão, limitações no acesso à escola, ao trabalho, a serviços de saúde e à segurança. Nos serviços de saúde, o cuidado prestado pauta-se no modelo médico biopolítico capaz de postergar a morte, mas não de atendê-las com integralidade. Denominamos as trajetórias dessas mulheres de vidas nuas, conceito do filósofo Giorgio Agamben, tendo em vista que são consideradas desvalorizadas e supérfluas na sociedade, marcadas pelas violências e pelo HIV. **Palavras-chave:** Mulheres; HIV; Aids; Violência; Gênero.

## Correspondência

Roger Flores Ceccon

Universidade Federal de Santa Catarina. Rod. Governador Jorge Lacerda, 3.201, Urussanguinha. Araranguá, SC, Brasil. CEP 88906-072.

## Abstract

In patriarchal societies of peripheral countries, women suffer the effects of social and gender exclusion, which exposes them to the acquisition of HIV, and which remain after becoming ill. The aim of this paper is to explore the experiences of gender violence in the trajectory of women living with HIV. We conducted a qualitative study in which 61 women victims of gender violence registered in a Specialized Care Service for HIV/AIDS in a municipality in the interior of Rio Grande do Sul were interviewed, through a critical analysis of the discourse of the narratives produced by these women. All interviewees reported having suffered violations of rights throughout their lives, due to historical processes of exclusion, limitations in access to school, work, health services, and security. In health services, the care provided is based on a biopolitical medical model capable of postponing death, but not care for them fully. We denominate these women's trajectories as "naked lives," a concept of the philosopher Giorgio Agamben, considering that they are considered devalued and superfluous in society, marked by violence and HIV.

**Keywords:** Women; HIV; Aids; Violence; Gender.

## Introdução

Este estudo, a partir de narrativas produzidas por mulheres com HIV/aids, busca compreender como as *desigualdades sociais e de gênero* e as *práticas de saúde* podem se constituir como fulcros para a produção de vidas à margem, destituídas de direitos e possibilidades. Mulheres que se situam no *outro lado da linha*, situação do capitalismo atual que Boaventura de Souza Santos delimita como limites radicais que dividem a população em dois grupos: *deste* e do *outro lado da linha*, no qual quem pertence ao lado de lá desaparece como realidade, tornando-se inexistente, irrelevante e excluído (Santos, 2002, 2006, 2007).

Para o contingente feminino, essa exclusão foi agudizada com o advento da globalização neoliberal contemporânea, que busca o "não-Estado" ou o "Estado do não-direito", no qual governantes cumprem ordens econômicas internacionais, tendo como finalidade aumentar cada vez mais o lucro. Nesse modelo, acentua-se o processo de dominação/exploração feminino (Saffioti, 2001), no qual as mulheres continuam sendo objeto de exploração econômica e sexual no mercado doméstico e público (Pateman, 1993). Nesta ordem, o Estado é um agente de exclusão, representando os interesses de quem detém o poder econômico, sendo que a inclusão de todos como titulares de direitos não interessa ao capital, porque não é fonte de lucros (Rocha, 1999).

A vida das mulheres é descurada em nome da sua preservação, já que as linhas abissais demarcam fronteiras e espaços de morte resultantes do zelo apenas pelos direitos dos "universais". Isso ocorre quando o Estado se retira da regulação social e os serviços públicos são privatizados ou deixam de existir, aumentando as desigualdades e as violências (Atkinson; Blandy, 2008; Glon, 2005; Santos, 2002, 2006, 2007).

A violência é um dos meios de controle e sujeição usados pelo patriarcado e é acionada quando há falhas na imposição de hierarquias de poder no sistema de dominação e exploração feminina (Okareh et al., 2015; Schraiber; Barros; Castilho, 2010). As múltiplas formas de violências, incluindo abusos físicos, sexuais, coação, ameaças e não garantia de direitos acentuam a vulnerabilidade das mulheres para

## Estratégias metodológicas

o HIV/aids, já que muitas foram/são infectadas por meio de violência sexual (Jewkes et al., 2010). Por outro lado, a aquisição do HIV aumenta a possibilidade de ocorrerem violências, tanto nas relações de conjugalidade, quando revelam o diagnóstico ao companheiro e são culpabilizadas pela aquisição da doença, quanto nas relações societárias, ao sofrerem preconceitos, discriminações e rechaço social (Carvalhoes; Teixeira Filho, 2012; Santos et al., 2009; Villela; Barbosa, 2017). As violências, portanto, coexistem com a situação do HIV/aids, embora não seja possível estabelecer relação de causa/efeito, mesmo que uma em cada sete infecções poderia ser evitada se as mulheres não fossem submetidas às violências ou não estivessem em desigualdade de poder nos relacionamentos (Jewkes et al., 2010). Além do mais, condições individuais, programáticas e sociais contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres (Ayres, 2008).

A utilização da categoria *gênero*, dentro de uma perspectiva da teoria do patriarcado (Pateman, 1993; Saffioti, 2001) para investigar vidas de mulheres com HIV/aids que sofrem violências, implica em reconhecê-las como sujeitos valorativamente subordinados, dominados e explorados, visto que a garantia social de sua integridade está condicionada à tutela masculina. A cartilha do patriarcado impõe às mulheres a passividade, o formalismo e o silêncio como um “anteparo diante do público”, cimentados pelo mito do amor romântico. As mulheres são socializadas para buscar um parceiro, ceder ao desejo sexual masculino, independentemente do que querem, porém as que adquirem HIV/aids são vistas como promíscuas e desregradas sexualmente. Assim, em contextos machistas e conservadores, há uma exacerbação do preconceito, estigma e rejeição social às mulheres que não se comportam de acordo com os cânones do patriarcado. Além do mais, os serviços de saúde, na maioria das vezes, centram suas práticas apenas nos aspectos biológicos da aids e o cuidado clínico, não havendo preocupação com a integralidade da assistência e com problemas de ordem psicossocial que afetam as mulheres (Gottert et al., 2016; Marcondes Filho, 2001).

O objetivo deste estudo foi explorar as experiências de violência de gênero na trajetória de mulheres que vivem com HIV.

Este é um estudo qualitativo em que se ouviram narrativas de mulheres com HIV/aids vítimas de violência de gênero. A narrativa possibilitou ampliar a compreensão do contexto de vida das mulheres e evidenciar elementos invisibilizados no cotidiano dos serviços e da atenção em saúde dirigida a elas. Além do mais, reconhece a importância da escuta e das narrativas como resgate à memória e à voz do narrador (Marre, 1991).

As participantes da pesquisa foram ouvidas no ano de 2013 no Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/aids (SAE) de um município de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, que ocupava, no momento da pesquisa, o 5º lugar no Brasil em casos de HIV/aids. A escolha pelo local considerou a elevada incidência da doença (Brasil, 2014).

O estudo faz parte de uma pesquisa maior em que, na etapa quantitativa, participaram 160 mulheres que viviam com HIV/aids (Ceccon; Meneghel; Hirakata, 2014). Ao evidenciar a elevada prevalência de violências (75%), foi solicitada às mulheres com HIV que referiram terem sofrido violências de gênero que narrassem livremente suas histórias de vida. Foram ouvidas, então, 61 mulheres com idade superior a 18 anos, que viviam com HIV/aids e estavam cadastradas no SAE. Elas falaram espontaneamente sobre suas trajetórias de vida, relatando sentimentos relativos à vivência com HIV/aids e às violências, a partir da questão disparadora: “*Conte sua vida e fale sobre o HIV e as violências que sofreu*”.

As narrativas permitem entender o modo como as pessoas constroem explicações para suas próprias vivências e os contextos em que estão inseridas (Mishler, 1986, 1999, 2002; Ochs; Lisa, 2001; Riessman, 2008). O material obtido nas entrevistas foi transcrito e organizado de acordo com duas categorias temáticas: *gênero*, definida *a priori*, e *vida nua*, que emergiu da análise do material, tratando-se de um conceito elaborado por Giorgio Agamben (2004) para descrever o processo de necropolítica assumido pelos governos na etapa atual do capitalismo, ao deixar determinados grupos de população absolutamente excluídos e desprotegidos.

A compreensão das narrativas baseou-se na *análise crítica do discurso*, buscando mostrar o modo como as práticas discursivas estão relacionadas com as estruturas sociopolíticas de poder e dominação na sociedade. O discurso narrativo foi entendido como prática social constitutiva da realidade e os modos como os atores sociais se constroem para fins de performance e resistência (Mishler, 1986, 1999, 2002; Ochs; Lisa, 2001; Riessman, 2008).

A pesquisa respeitou as recomendações da Declaração de Helsinque (AMM, 1964) e foi conduzida segundo a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). O estudo é recorte de tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 22209.

## Resultados e discussão

### Gênero e violências: a vida de mulheres com HIV/aids

As narrativas produzidas pelas mulheres evidenciaram itinerários femininos marcados por relações desiguais de poder que ocorrem em uma sociedade de classes, racista e patriarcal. As violências foram entendidas como qualquer ato que resulte ou tenha possibilidade de levar a dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaça de praticar tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade em ambiente público ou privado (WHO; UNODC; Un aids, 2012).

Ficou evidente que as mulheres entrevistadas se encontram do outro lado da linha (Santos, 2006), incluídas na sub-humanidade moderna, em que vivem os excluídos, aqueles que não são considerados sequer candidatos à inclusão social, já que a etapa atual do capitalismo separa os grupos por *apartheid*. Assim, essas mulheres pobres, negras, sem escolaridade, prostitutas e com HIV/aids estão inseridas na sub-humanidade destinada ao sacrifício (Santos, 2006), existindo outra humanidade composta por incluídos considerados *universais*, representada por homens heterossexuais brancos e ricos. Não se trata de desviantes em relação a uma

suposta normalidade, mas de serem colocadas no lugar da margem, em decorrência da pobreza, da cor da pele, da baixa escolaridade, de postos de trabalho menos valorizados e pela própria doença que causa abjeção (Veiga-Neto, 2011), conforme o excerto abaixo:

*Sofri minha vida toda. Já morei na rua, nunca fui pra escola, não tenho nem o que comer. Meu ex-marido me violentou a vida toda. Na cidade onde moro, ninguém quer saber de mim, nem minha família, nem posto de saúde e nem polícia. Aí veio o HIV. Quando eu pensava que não podia existir mais sofrimento, peguei aids. É de rir, né? Eu nem sabia o que era isso. Descobri na gravidez e me desesperei, pensei que fosse morrer. Minha vida acabou. Era pra ser um momento bom, minha filha vindo ao mundo, mas foi horrível. Ele já tinha aids antes de eu o conhecer, e nunca me falou. Minha vida havia acabado.* (mulher, 26 anos, pobre, negra)

As mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violações de direitos ao longo da vida, principalmente limitações no acesso à escola, trabalho, a serviços de saúde e à segurança. Elas vivem em uma cidade onde se intensificou a pobreza e a exclusão social nos últimos anos, em um contexto de crescimento e riqueza do agronegócio, empreendido pelas elites regionais. O poder financeiro e social perpetua-se por gerações no bojo de poucas famílias, agudizando as desigualdades sociais (Campos, 2011).

O fato de as mulheres entrevistadas terem relatado acesso restrito ou inexistente à moradia, escolaridade, alimentação, renda e proteção ao longo da vida evidencia a situação de desproteção político-jurídica e social determinada pelo absentismo do Estado e pela atuação predatória de agentes não estatais (Santos, 2006). O absentismo do Estado pode ser considerado em situações em que os serviços são apenas simbólicos, não garantindo a execução de medidas protetivas, por exemplo, ou existem em quantidade tão exígua que não conseguem alcançar uma cobertura mínima, como as casas de passagem para mulheres em situação de violência ou o número insuficiente de profissionais nos SAEs.

A epidemia de aids no Brasil afeta um grande quantitativo de mulheres e de populações pobres,

despossuídas, sem voz e sem poder, *que estão do outro lado da linha*. Além disso, as instituições veiculam discursos cada vez mais autoritários e conservadores, que inclui a heterossexualidade obrigatória e ameaças aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como o não acesso à profilaxia para HIV após violência sexual, aumentando a vulnerabilidade feminina (Carvalho; Piccinini, 2008). A determinação social da saúde/doença é substituída pela atribuição de responsabilidade individual, e as doenças sexualmente transmissíveis são vistas como resultantes de comportamentos moralmente reprováveis. Assim, mulheres com HIV/aids são consideradas promíscuas e infratoras, não havendo empatia para com elas e nem comoção social com suas mortes (Sontag, 1989).

A ideologia patriarcal, capitalista e racista vigente na sociedade divide e separa, exclui e limita o acesso a direitos, incidindo principalmente sobre os mais vulneráveis econômica, generificada e racialmente. Potencializa-se em sociedades politicamente democráticas em seus mecanismos formais, porém autoritárias, conservadoras, violentas e excludentes na prática (Cecon, 2016). Configura-se como um estado de exceção que opera usando a violência como mecanismo de controle, disciplinamento e submissão, e a naturalização e banalização da violência, além da culpabilização das próprias vítimas, fato que obstaculiza o seu enfrentamento (Santos, 2002; Segato, 2007). Esse mecanismo mantém a linha abissal entre as mulheres que serão protegidas e cuidadas e aquelas cujas vidas são elimináveis, invisíveis e descartáveis. Vidas precárias, como das mulheres negras e pobres entrevistadas que adquiriram o HIV/aids e cuja única certeza, após o diagnóstico, é a de que “a vida acabou”.

A subordinação/exploração das mulheres por meio de violências faz parte da atual fase do capitalismo, chamada de “apocalíptica”, cujas vidas são atreladas a uma “política da violência” (Segato, 2003). Essa situação, observada no estudo, foi considerada um marcador de desigualdade de gênero, em que mulheres com HIV/aids narraram ter sofrido, ao longo da vida, agressões de diversos tipos, perpetradas por pessoas que cumpriam a função de cuidado, como familiares, pais, irmãos,

maridos, companheiros, namorados e mesmo patrões e desconhecidos. As trajetórias são constituídas por infrações de direitos que resultaram em violências e aquisição do vírus HIV:

*Desde criança, fui sacrificada pela família e tive que trabalhar cedo. Fui doada para muitas pessoas e sempre retornei. Era uma casa com 10 irmãos, e eu, a mais velha, tinha que limpar, agradecer, lavar, cozinhar, esfregar e cuidar. [...] Não pude estudar. Mal sei ler. Apanhava igual bicho, do pai e dos irmãos. De paulada, lasca de lenha e o que encontravam pela frente. Minha mãe também apanhava. Nunca ninguém cuidou de mim. Meu tio já abusava de mim desde os seis anos de idade. Ele passava o dedo e a língua na minha vagina e no meu ânus. Pegava minha mão e colocava no pau. Mas nunca penetrou. Quando eu chorava, mandava ficar quieta e não contar pra ninguém, se não me matava. Isso durou cinco anos, e sofro disso até hoje.* (mulher, 50 anos, branca, pobre)

As mulheres relataram que as agressões físicas e sexuais foram frequentes na infância, situação que as obrigava ao segredo, constituindo práticas familiares, lugar onde a violência é utilizada para corrigir, disciplinar e submeter (Garbin; Queiroz; Rovida, 2012; Santos, 2002). Além do mais, na família, a hierarquia e a obediência do grupo familiar são dirigidas à figura masculina, características naturalizadas e legitimadas pelo sistema patriarcal (Narvaz; Koller, 2004).

Na vida adulta, elas seguiram sofrendo abusos psicológicos, físicos, sexuais e patrimoniais, exercidos por homens na situação de pais, irmãos, namorados, maridos, companheiros, patrões ou cafetões. As violências, como parte fundamental do mandato social patriarcal, são condições para a reprodução de relações desiguais, com posições marcadas pelo distanciamento hierárquico. Isto significa que a violência desempenha um papel necessário na reprodução da economia simbólica de poder e desigualdade de gênero (Segato, 2003). Os relatos de violências, presentes em todas as histórias de vida, indicam quanto este fato faz parte do processo de subordinação das mulheres com HIV/aids:

*Ele me ameaçava de morte, me chamava de vadia, falava que eu dava pra todo mundo. Era grosseiro e estúpido. [...] Nunca apanhei tanto na vida. Todos os dias, tomava uma surra. Depois que casamos, ele virou um demônio: me jogava na parede, me batia na cabeça, me derrubava. Ficava de olho roxo e com a cabeça dolorida. Quando consegui me livrar dele, virei garota de programa. Foi o meio que achei pra sobreviver, porque nunca tinha estudado ou trabalhado na vida. Era dependente dele pra tudo. Acabei sofrendo mais.* (mulher, 30 anos, negra, pobre)

As violências funcionam como castigo contra a mulher que saiu do seu lugar, da posição subordinada e tutelada em um sistema de *status*. Esse lugar mostra os sinais da sociabilidade e sexualidade feminina, governada pelas necessidades e interesses dos homens, e o simples movimento da mulher em uma posição que não se destina a ela na hierarquia coloca em questionamento a posição masculina nessa estrutura, baseada no *status* como valor no sistema de relações. As violências são utilizadas para disciplinar e controlar, e o ato de castigar e retirar a vitalidade da mulher também é um gesto moralizador. Este mandato social não é voltado para uma mulher específica, mas para uma mulher genérica, já que sua sujeição é necessária para a economia simbólica do violador e para o equilíbrio da ordem de gênero manter-se intacta. A mulher genérica é aquela sujeita ao papel feminino, cujo itinerário fixo na estrutura reforça a necessidade da violência marcada pela desigualdade de gênero (Segato, 2003).

Um grupo de mulheres entrevistadas só encontrou possibilidade de sobrevivência na prostituição, e esta atividade que, em épocas passadas, era gerida pelas próprias mulheres, na atualidade, foi apropriada pelo patriarcado mafioso, fazendo com que elas precisem pagar a “proteção” de cafetões e michês, o que significa um acréscimo de exploração. Atualmente, o mercado do sexo e a exploração sexual de mulheres é um dos setores mais lucrativos em nível mundial. Neste mercado, as prostitutas recebem o *status* de objetos sexuais, que podem ser facilmente descartados quando adoecem, se rebelam ou envelhecem e é mantido continuamente pela entrada de jovens pobres, de etnias minoritárias, migrantes e oriundas de países

em guerra ou conflitos bélicos, onde elas são alvo do tráfico de pessoas, de drogas e da exploração sexual comercial (Carcedo, 2010). Entre os fatores que levam as jovens a se prostituir, estão a pobreza, os abusos familiares, gestações sem recursos em sociedades tradicionais e a falta de redes de apoio social e financeiro (Ribeiro; Oliveira, 2011).

O exercício da prostituição é, na maioria das vezes, realizado em territórios onde vigora a lei do mais forte e da violência, onde imperam gangues, traficantes, cafetões, gigolôs e michês, que submetem as mulheres a violências, abusos e explorações. Na medida em que os usuários pagam pelo sexo, sentem-se no direito de usar o corpo pago conforme seus desejos, fazendo-os objetos de violência e até mesmo de morte, além de ocasionar risco elevado de contrair HIV/aids, visto que muitos homens rejeitam o uso do preservativo ou o retiram durante a prática sexual (Lipszyc, 2003). Ao mesmo tempo, a prostituição opera em territórios de produção de afetos e produtos culturais, acadêmicos e políticos, transitados e construídos por pessoas com subjetividades que não se encaixam em construções coesas de “grupo” e, muito menos, “grupo de risco” (Guimarães; Merchán-Hamann, 2005).

Os direitos das mulheres, muitas vezes inexistentes ou confiscados em decorrência do patriarcado, fazem com que elas, em vez de serem cidadãs, sejam subservientes aos homens em todos os âmbitos da vida, na forma de submissão ou pelo fato de possuírem um corpo apto a ser sancionado com violência sempre que romper com as normas. Elas estão submetidas ao sistema patriarcal e capitalista, excluídas, vítimas da violência como prática corretiva, destituídas de direitos, cidadania e reduzidas a vidas precárias e desprotegidas. Além do mais, frente às outras opções de trabalho, a prostituição pode ser compreendida como maneira eficaz de garantir a essas mulheres uma verba suficiente não só para sobreviver, mas para ensaiar uma ascensão sócioeconômica (Blanchette; Silva, 2009).

## **A produção de vidas nuas**

As desigualdades sociais e as violências de gênero podem ser consideradas um dos *modus operandi* para manter o capitalismo patriarcal, excluir e reduzir as mulheres à *vida nua*, conceito proposto

por Agamben (2004) para se referir aos sujeitos desprotegidos, cujas vidas são elimináveis. Mulheres pobres, negras e com HIV se tornam destituídas de possibilidades, já que os mecanismos de proteção usados para os grupos dominantes na sociedade não se encontram disponíveis para elas. Entretanto, essas vidas não são eliminadas em atos claramente observáveis, mas sua sobrevivência é tornada insustentável, e o Estado, em seus mecanismos de governabilidade, é o ente que as deixa morrer (Agamben, 2004; Reihling, 2010).

Embora deixar morrer as mulheres com HIV/aids não seja um ato deliberado de poder, as ações biopolíticas operam por meio de mecanismos de coerção e controle ligados a práticas sutis que requerem a participação das próprias mulheres (Reihling, 2010). Mesmo que suas vidas se reduzam a *vidas nuas*, não é necessariamente mediante intervenções diretas que acontecem as formas de eliminação, mas por intermédio da inexistência de formas eficientes de proteção, e, no caso da doença, acrescente-se a não disponibilização de mecanismos de prevenção, cuidado e atenção à saúde que considerem a mulher na sua integralidade e tenham expressão significativa na população, mediante políticas públicas, não se reduzindo a ações pontuais (Douglas, 1976).

As instâncias capazes de determinar o limite entre a vida protegida e a vida nua, politizando o fenômeno da vida ao incluí-la ou excluí-la da esfera jurídica, fazem parte do regime biopolítico, que possui o poder de proteger ou descartar a vida dessas mulheres. Dessa forma, o estado de exceção, no qual a vida nua é, simultaneamente, excluída da ordem jurídica e aprisionada nela, constitui a regra contemporânea e o fundamento oculto da organização soberana dos corpos políticos no Ocidente (Foucault, 1976).

As narrativas produzidas pelas mulheres evidenciam que o Estado também não garante os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o acesso a práticas anticonceptivas e medicamentos para prevenção do HIV frente a um estupro ou garantia de aborto previsto em lei, conforme o excerto:

*Fui morar na casa de uma tia porque não tinha emprego. Foi lá também que sofri meu primeiro estupro. Eu tava em casa e fui abusada pelo meu*

*primo, que era uns 10 anos mais velho e muito mais forte. Eu chorava, tentava chutar, esperneava. Ele tirou minha bermuda e minha calcinha. Depois de um tempo, me soltou. Gozou em mim. Fiquei machucada e roxa, com os braços doloridos. Não procurei nem hospital e nem delegacia. Nunca tive um companheiro que quisesse usar preservativo. (mulher, negra, 41 anos)*

As mulheres, na maioria das vezes, são infectadas por não disporem de proteção adequada, por recusa masculina ao uso do preservativo, por sofrerem abusos sexuais, estupros, exploração sexual comercial ou mesmo na vigência de relações de namoro e conjugalidade (Ceccon; Meneghel; Hirakata, 2014). A moral sexual da sociedade reforça “o mito do amor romântico”, no qual a mulher deve satisfazer o homem em detrimento de sua autonomia sexual e reprodutiva (Santos et al., 2014).

O grande quantitativo de mulheres que ainda se contamina pelo HIV no Brasil é indício de que há um contingente feminino sem autonomia para proteger-se, para usar preservativos e para refutar o sexo indesejado, adquirindo o HIV/aids precocemente, embora atualmente a epidemia tenha voltado a crescer entre os homens, especialmente os homossexuais e nos centros urbanos. Porém, em relação às mulheres, ainda são os homens que decidem quando, como e de que maneira o sexo será feito. Portanto, as desigualdades de gênero mantidas pelo patriarcado são condições que, ao sujeitarem e vulnerabilizarem as mulheres, contribuem para a produção de vidas sobrantes, supérfluas e elimináveis (Saffioti, 2001).

A banalização da vida acontece também quando os serviços de saúde centram a atuação apenas no cuidado clínico da aids, ignorando as desigualdades, as violências e o sofrimento que as atingem, rompendo, desta maneira, com o princípio da integralidade na atenção. Assim, o setor saúde propicia, enquanto Estado, um cuidado fragmentado e parcial, que não dá conta de atender às necessidades das usuárias em sua completude:

*Aqui no SAE, quando descobri, me deram apoio. Mas queriam só saber dos remédios, das consultas e dos exames. As outras desgraças da vida eu*

*tinha que me virar sozinha. Apanhava do marido, não tinha grana pra viver, meu filho estava preso. Não tinha dinheiro nem pra pegar um ônibus. Estava desempregada. Quem trabalha aqui não tem tempo de saber se você apanha, se passa fome, se sofre.* (mulher, 36 anos, negra, pobre)

As práticas de cuidado ofertadas às mulheres que possuem o vírus são centradas em intervenções biomédicas por meio do diagnóstico precoce, consultas clínicas, exames periódicos para acompanhar os níveis de CD4 e carga viral e fornecimento de medicação. Nem sempre ocorre uma escuta não julgadora e qualificada, com o tempo necessário e a ambiência devida. Estas ações, ao não incluírem os aspectos biopsicossociais, se constituem em prática biomédica fragmentada e restrita à medicalização da vida. Ainda assim, essas ações, que não respeitam o princípio da integralidade, não são realizadas da mesma maneira para todas as mulheres, havendo as que, pelas dificuldades de acesso ou adesão, ou mesmo pelos obstáculos encontrados em decorrência da raça, etnia, classe, orientação sexual ou inserção laboral receberão tratamento iníquo, podendo haver discriminação e prejuízo na adesão ao tratamento, muitas delas precisando conviver com doenças oportunistas incapacitantes, outras morrendo precocemente (Ceccon; Meneghel; Hirakata, 2014).

Fazer viver com a oferta de medicação, tratamento e exames não é suficiente frente à precariedade da vida das mulheres. O cuidado da vida vai além do prescrito nas ofertas disponibilizadas pelo setor saúde e ingressa, decididamente, no terreno da política. E a aids segue sendo uma das doenças que mais apresentam interface política. A medicalização não consegue resolver uma série de questões daí derivadas, tendo que se exercitar outros modos de responder à doença, entendida em sua face necessariamente social, embora sem abrir mão dos avanços farmacêuticos (Paiva et al., 2015), apesar de, no momento histórico presente, mesmo esse está em risco.

Seguir na estratégia de ofertar tratamento e não enfrentar a face política da aids estabelece duas frentes de ação que não levam ao mesmo objetivo. Representam contrapontos: um faz viver, outro deixa morrer. Um discurso fala em testar e tratar, outro

nega igualdade de direitos. É necessário assegurar a autonomia de sujeitos, independentemente de raça, gênero e classe social para enfrentar a doença, e isto implica desenhar futuros possíveis a estas vidas, pois, viabilidade da vida é também projeto de felicidade. É preciso falar sobre sexo, resgatar o erótico, promover acesso aos direitos humanos, construir um mundo de igualdade de oportunidades entre as pessoas. A aids indica, sobretudo, a precariedade da vida - a *vida nua* - e é, portanto, um problema político que se resolve com políticas equânimes e universais (Seffner; Parker, 2016).

Essa situação pode ficar invisibilizada pelo discurso de neutralidade do modelo clínico e biomédico, que não se preocupa com os desejos e as necessidades sociais, psicológicas e afetivas das mulheres (Reihling, 2010). Em muitas ocasiões, devido à precariedade de suas vidas, elas não consideram a aids como problema e não percebem as limitações das práticas de cuidado ofertadas pelo serviço.

*Aí veio a aids. Mas sabe, sofri tanto na vida que essa doença não me pareceu grande coisa. O SAE serve para eu tomar meus remédios e fazer meus exames. E isso pra mim está bom. Quanto a isso, tá tudo certo. O problema são as outras coisas da minha vida, que ninguém sequer pergunta sobre. E minha vida é isso: a aids e as surras. Por isso já abandonei o SAE e depois precisei voltar dezenas de vezes.* (mulher, 32 anos, negra, pobre)

O abandono do cuidado ofertado pelo serviço foi relatado por várias mulheres e outras tantas que constavam no cadastro do serviço e já o abandonaram. No Brasil, há muita evasão de usuários em SAEs, e os serviços não realizam busca ativa, considerando-os “arquivo morto”, cuja morte já está contida na metáfora. Por sua vez, os serviços enfrentam dificuldades, com equipes incompletas de profissionais, gerando sobrecarga de trabalho e dificultando a oferta de atividades coletivas (Schraiber; D’Oliveira; Couto, 2009).

Em relação às violências de gênero que atingem as mulheres, o setor saúde faz parte da rede de enfrentamento, porém os serviços ainda não se preocupam em identificar estas situações, limitando-se a tratar lesões. Os profissionais,



na maioria dos serviços, incluindo os SAEs, limitam-se a inquirir acerca da materialidade da violência, pouco fazendo para mudá-la, e mulheres com HIV/aids deparam-se com a pouca resolutividade das instituições que fazem parte da rede de enfrentamento e prevenção da violência. Os mecanismos usados para coibir as agressões também são ineficientes, como observado neste estudo, em que muitas das entrevistadas haviam procurado a polícia para denunciar os mesmos agressores que as seguiam vitimizandando (Meneghel; Hirakata 2011; Meneghel; Iñiguez, 2007).

Para superar as situações de violência, é necessário que a sociedade desconstrua os mecanismos ideológicos que mantêm as hierarquias de poder entre os sexos (Meneghel et al., 2013), porém o patriarcado segue utilizando estes mecanismos para manter a situação de submissão/exploração destas mulheres, cujas trajetórias foram marcadas por tantas iniqüidades que só resta considerá-las vidas nuas.

Não é possível pensar o Estado sem relacioná-lo à figura do *homo sacer*, aquele cuja vida é sacrificável - como a das mulheres com HIV/aids deste estudo -, de modo que, enquanto houver poder soberano, existirá vida nua exposta ao abandono e à morte. Soberano é aquele que detém poder e que pode sacrificar qualquer um sem restrições, ao passo que o *homo sacer* é aquele que pode ter sua vida destituída de possibilidades e ser eliminado sem que se constitua um homicídio. Esse é o tratamento do Estado para as classes pobres e excluídas, para as que vivem nas favelas e regiões de *apartheid* das grandes cidades. Esse é o tratamento ofertado àqueles e àquelas que estão *no outro lado da linha*. Uma das formas de operacionalizar este regime é limitar a distribuição de recursos e equipamentos sociais, fazendo com que o acesso universal aos direitos garantido pela Constituição não seja para todos, de tal maneira que uma parcela da população seja deixada morrer (Agamben, 2004; Santos, 2002, 2007).

Se o estado de exceção se tornou a regra no mundo contemporâneo, não deve haver surpresa com a ascensão do totalitarismo, com a existência de campos de extermínio e de refugiados, com o número cada vez maior de favelas, com a presença ostensiva nos territórios de grupos paramilitares, milícias e máfias, responsáveis pela eliminação

sumária dos indesejáveis. Na sociedade atual, o regime biopolítico torna-se cada vez mais rígido, continuamente redefinindo e reduzindo o limiar entre o que está dentro da ordem política ou as vidas que serão protegidas e as que estão fora, consideradas vidas supérfluas (Agamben, 2004).

A reflexão de Agamben ajuda a identificar tipos contemporâneos do *homo sacer* como o estatuto legal da biopolítica moderna. Entre estes tipos, está a cobaia humana de experimentos médicos; o doente em coma profundo mantido vivo por meios tecnológicos; os sobreviventes em campos de refugiados; os suspeitos de vínculo com terrorismo ou imigração ilegal, detidos e mantidos incomunicáveis; os habitantes dos guetos e favelas nas periferias das grandes cidades, sobretudo nos casos em que o confronto entre duas forças soberanas, a polícia e o crime organizado, gera um espaço de indistinção em que vidas nuas são descartadas. Esse processo ocorre quando uma mulher, de cidadã e portadora de direitos, passa a ser considerada uma vida que não merece ser vivida, cuja eliminação por negligência ou mesmo assassinato é simplesmente arquivada ou esquecida sem haver punição (Agamben, 2004).

## Considerações finais

Neste estudo, estendemos a condição de *vida nua*, formulada por Agamben, a mulheres com HIV/aids, pobres e negras, que relataram percursos atravessados por violências, exclusão, exploração e desigualdades de gênero. Evidentemente, nem todas as mulheres com HIV/aids podem ser incluídas nessa condição, e o Brasil continuou sendo, até 2016, referência para o HIV/aids, investindo bilhões de reais em medicamentos e em uma rede de serviços para realizar diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes. Porém, quando o foco da atenção ao HIV/aids centra-se apenas nos aspectos clínicos, quando os princípios da integralidade e equidade são quebrados, quando a situação de vida é tão precária que a aids se torna um problema secundário e quando as pacientes se afastam do serviço, é possível que estas mulheres estejam na condição de mera vida nua. Vida matável, supérflua e descartável.

## Referências

- AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.
- AMM - ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. *Declaração de Helsinque: princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos*. Helsinque: AMM, 1964.
- ATKINSON, R.; BLANDY, S. International perspectives on the new enclavism and the rise of gated communities. *Housing Studies*, Abingdon, v. 20, n. 2, p. 177-186, 2008.
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- BLANCHETTE, T. G.; SILVA, A. P. Amor um real por minuto: a prostituição como atividade econômica no Brasil urbano. In: PARKER, R.; CORREA, S. (Org.). *Sexualidade e política na América Latina: histórias, intersecções e paradoxos*. Rio de Janeiro: SPW, 2009. p. 192-233.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV-AIDS*. Brasília, DF, ano 3, n. 1, 2014.
- CAMPOS, C. S. S. *A face feminina da pobreza em meio à riqueza do agronegócio*. Buenos Aires: Clacso, 2011.
- CARCEDO, A. *No olvidamos ni aceptamos: feminicidio en Centroamérica 2000-2006*. San José: Asociación Centro Feminista de Información y Acción, 2010.
- CARVALHAES, F. F.; TEIXEIRA FILHO, F. S. Histórias de vida de mulheres HIV+ ativistas: mudanças e permanências. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 377-398, 2012.
- CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1889-1898, 2008.
- CECCON, R. F. *Vidas nuas: mulheres com HIV/aids em situação de violências de gênero*. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 758-765, 2014.
- DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1976.
- GARBIN, A. S.; QUEIROZ, C. D. G.; ROVIDA, A. S. R. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 107-118, 2012.
- GLON, J. C. Good fences make good neighbors: national security and terrorism: time to fence in our southern border. *Indiana International and Comparative Law Review*, Indianapolis, v. 15, n. 2, p. 349-388, 2005.
- GOTTERT, A. et al. Measuring men's gender norms and gender role conflict/stress in a high HIV-prevalence South African setting. *Aids and Behavior*, New York, v. 20, n. 8, p. 1785-1795, 2016.
- GUIMARÃES, K.; MERCHÁN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 525-544, 2005.
- JEWKES, R. K. et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, London, v. 376, n. 9734, p. 41-48, 2010.
- LIPSZYC, C. *Prostitución o esclavitud sexual?* 2. ed. Lima: Cladem, 2003.
- MARCONDES FILHO, C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 20-27, 2001.

- MARRE, J. História de vida e método biográfico. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 3, p. 55-88, 1991.
- MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-574, 2011.
- MENEGHEL, S. N.; IÑIGUEZ, L. R. Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1815-1824, 2007.
- MENEGHEL, S. N. et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013.
- MISHLER, E. *Research interviewing: context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press, 1986.
- MISHLER, E. *Storylines: craftartists' narratives of identity*. Cambridge: Harvard University Press, 1999.
- MISHLER, E. Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. In: LOPES, L. P. M.; BASTOS, L. C. *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado de Letras, 2002. p. 97-119.
- NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias, gênero e violências: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: STREY, A. J. *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Editora da PUCRS, 2004. p. 149-176.
- OCHS, E.; LISA, C. *Living narrative: creating lives in everyday storytelling*. Cambridge: Harvard University Press, 2001.
- OKAREH, O. T. et al. Management of conflicts arising from disclosure of HIV status among married women in southwest Nigeria. *Health Care Women International*, Washington, DC, v. 36, n. 2, p. 149-160, 2015.
- PAIVA, V. et al. The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 477-486, 2015.
- PATEMAN, C. *O contrato sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- REIHLING, H. Rejeitar ou priorizar a vida? Ambiguidades da biopolítica da aids no Uruguai. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1159-1168, 2010. Suplemento 1.
- RIBEIRO, M. A.; OLIVEIRA, R. S. *Território, sexo e prazer: olhares sobre o fenômeno da prostituição da geografia brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2011.
- RIESSMAN, C. K. *Narrative methods for the human sciences*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2008.
- ROCHA, C. L. A. O princípio da dignidade da pessoa humana e a exclusão social. *Revista Interesse Público*, São Paulo, n. 4, p. 27-49, 1999.
- SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001.
- SANTOS, A. C. et al. A violência contra a mulher e o mito do amor romântico. *Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais*, Maceió, v. 2, n. 2, p. 105-120, 2014.
- SANTOS, B. S. Os processos da globalização. In: SANTOS, B. S. *Globalização e ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-104.
- SANTOS, B. S. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 79, p. 71-94, 2007.
- SANTOS, N. J. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 321-333, 2009. Suplemento 2.
- SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; CASTILHO, E. A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 237-245, 2010.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência

contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. S205-S216, 2009. Suplemento 2.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016.

SEGATO, R. L. *Las estructuras elementales de la violencia*: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. 2. ed. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes/Prometeo, 2003. p. 131-148.

SEGATO, R. L. Qué es un feminicidio: notas para un debate emergente. In: BELAUSTEGUIGOITIA, M.; MELGAR, L. (Coord.). *Fronteras, violencia, justicia*: nuevos discursos. Ciudad de México: Unifem, 2007. p. 35-48.

SONTAG, S. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

VEIGA-NETO, A. Incluir para excluir. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (Org.). *Habitantes de babel*: políticas e poéticas da diferença. 2. ed. Porto Alegre: Autêntica, 2011. p. 105-118.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil: avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNODC - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; UNAIDS - JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*: 2012 revision. Geneva: WHO, 2012.

---

### Contribuição dos autores

Todos os autores conceberam e delinearão o projeto, analisaram e interpretaram os dados, redigiram o artigo, realizaram sua revisão crítica e aprovaram a versão a ser publicada.

Recebido: 05/03/2018

Reapresentado: 22/06/2020

Aprovado: 31/07/2020