

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - ICH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

ANNA GABRIELA MENDES RIBEIRO

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MULHERES QUE VIVEM COM
HIV/AIDS**

BRASÍLIA

2025

ANNA GABRIELA MENDES RIBEIRO

(19/0102578)

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MULHERES QUE VIVEM COM
HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, SER, da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Michelly Ferreira Monteiro Elias.

BRASÍLIA

2025

ANNA GABRIELA MENDES RIBEIRO

VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, SER, da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Michelly Ferreira Monteiro Elias

Professor Orientadora – SER/UnB

Prof. Dra. Maria Elaene Rodrigues Alves

Examinadora – SER/UnB

Prof. Dr. Tibério Lima Oliveira

Examinador – SER/UnB

AGRADECIMENTOS

A escrita deste trabalho não teria sido possível sem o apoio de tantas pessoas que, de diversas formas, estiveram ao meu lado. Agradeço, primeiramente, à minha família, em especial aos meus pais, Débora Mendes da Silva e Adilson Ribeiro dos Santos, que sempre me incentivaram e apoiaram em cada etapa desse processo, desde o próprio ingresso na Universidade de Brasília (UnB), até o momento de conclusão do curso. À minha irmã, Alice Daphine Mendes Ribeiro, por me ouvir incansavelmente falar sobre este tema e por compartilhar comigo esse percurso.

À minha orientadora, Prof. Michelly Ferreira Monteiro Elias, pela paciência, pelas reflexões compartilhadas e pela orientação cuidadosa, fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. À banca avaliadora, pelo olhar atento e pelas contribuições enriquecedoras.

À Universidade de Brasília, por fornecer o espaço para minha formação e crescimento acadêmico. Aos grupos de pesquisa dos quais fiz parte, pelo aprendizado coletivo e pelas discussões que ampliaram minha visão crítica sobre a realidade social.

Agradeço também aos meus amigos e colegas, que fizeram essa caminhada mais leve com palavras de apoio, conversas e momentos de partilha. Ao meu parceiro de vida, pelo companheirismo, paciência e suporte incondicional ao longo dessa trajetória.

À todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se concretizasse, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho é contextualizar a violência de gênero e abordá-la no cenário das mulheres que vivem com HIV/AIDS, visando aprofundar a compreensão dessa inter-relação, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, utilizou-se o materialismo histórico-dialético como referencial teórico-metodológico, sendo realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre os anos de 2014 a 2024, resultando em 20 artigos selecionados para análise. O trabalho busca compreender as formas de violência de gênero vivenciadas por essas mulheres e de que maneira fatores de raça, classe, orientação sexual e outros contribuem para experiências de vulnerabilidade. Além disso, aborda as ações de resistência e as formas de organização sociopolítica dessas mulheres diante da violência. Os resultados indicam que a violência de gênero, associada à condição de viver com HIV, gera uma dupla estigmatização, e a violência de gênero aparece enquanto fator central na marginalização dessas mulheres, afetando sua saúde física e mental e dificultando o acesso a cuidados de saúde. Observa-se também que a feminização da epidemia de HIV no Brasil tem sido um desafio, evidenciando a importância de políticas públicas mais eficazes e inclusivas, além de estratégias de enfrentamento, resistência e fortalecimento da rede de apoio às mulheres HIV+.

Palavras-chave: Violência de gênero; mulheres HIV/aids; vulnerabilidade social; feminização da epidemia; Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1 UM OLHAR SOBRE OS SIGNIFICADOS CONSTRUÍDOS SOBRE ‘SER MULHER’ E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SOCIABILIDADE.....	11
1.1 Gênero e Patriarcado: apreendendo essas categorias	11
1.2 Violência de gênero no contexto do patriarcado	18
2 VULNERABILIDADES INTRÍNSECAS AO SER MULHER NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	25
2.1 HIV no Brasil e suas intersecção com a violência de gênero: dupla estigmatização.....	25
2.2 Feminização da epidemia de HIV e desafios no contexto do SUS na atualidade	31
3 VIVÊNCIA E RESISTÊNCIA DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS	37
3.1 Panorama da violência de gênero sofrida por mulheres HIV+.....	37
3.2 Barreiras encontradas por mulheres HIV+ no acesso a cuidados de saúde	43
3.3 Ativismo, fortalecimento rede de apoio e emancipação	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

INTRODUÇÃO

A violência de gênero, entendida enquanto uma expressão estrutural de desigualdades sociais que afeta desproporcionalmente as mulheres, se manifesta de diversas formas e intensidades no cotidiano. Essa violência pode ocorrer tanto no meio privado, como nas relações familiares e íntimas, quanto no meio público, em espaços sociais, institucionais e com restrição a direitos. No contexto das mulheres que vivem com HIV/aids, essa violência se intersecciona com o estigma do HIV/aids, ampliando ainda mais as vulnerabilidades que impactam sua saúde, sua autonomia e seu acesso a direitos.

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é um vírus que ataca o sistema imunológico, comprometendo a capacidade do organismo de se defender contra infecções e doenças. Já a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) representa o estágio avançado da infecção pelo HIV, caracterizado pelo enfraquecimento severo do sistema imunológico e pelo surgimento de infecções oportunistas e outras complicações. Embora o avanço dos tratamentos tenha permitido que pessoas vivendo com HIV não necessariamente desenvolvam Aids, o estigma associado à infecção persiste e impacta suas vivências de diversas formas, inclusive na intersecção com a violência de gênero.

A presente pesquisa tem como objeto de estudo as violências de gênero enfrentadas por mulheres que vivem com HIV/aids, analisando como essas experiências se configuram e quais os impactos para essa população. Ao longo das últimas décadas, o HIV/AIDS deixou de ser visto exclusivamente como uma questão biomédica e passou a ser compreendido também como uma expressão da “questão social”, influenciada por marcadores como gênero, raça, classe e sexualidade. Nesse sentido, compreender a violência de gênero no contexto do HIV/aids exige um olhar atento às relações de poder que atravessam essas mulheres, evidenciando os desafios que enfrentam tanto no âmbito interpessoal quanto institucional.

O interesse pela temática surgiu a partir da experiência prática vivenciada durante o estágio supervisionado em Serviço Social na área da saúde, em um projeto voltado ao atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids. Nesse contexto, foi possível acompanhar de perto mulheres HIV+ e observar uma série de demandas específicas, entre elas a violência de gênero, que muitas vezes se mostrava oculta ou negligenciada. A partir desse acompanhamento, tornou-se evidente a necessidade de uma compreensão mais profunda das

particularidades dessa população, especialmente em relação às vulnerabilidades que afetam sua saúde de forma ampliada, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A interseção entre a violência de gênero e a epidemia do HIV/AIDS representa um desafio significativo para a promoção da saúde, visto que as mulheres que vivem com HIV/aids enfrentam uma dupla carga: os desafios relacionados ao tratamento e à gestão da doença, exacerbados pelo estigma e preconceito social, e os agravantes oriundos das violências de gênero a que estão expostos. Compreende-se com isso que essas experiências de violência podem comprometer o acesso a cuidados adequados, agravar condições de saúde preexistentes e intensificar o estigma social, resultando em um ciclo de vulnerabilidade que afeta profundamente a qualidade de vida dessas mulheres. Foram observadas a partir do convívio com essas mulheres a dificuldade de acesso a serviços de saúde adequados, a falta de uma rede de apoio estruturada e o estigma vivido no cotidiano social.

Essas constatações geraram uma série de questões: como a violência de gênero se relaciona com a epidemia de HIV/aids e quais são os impactos disso na vida das mulheres? De que maneira as especificidades de gênero, somadas ao HIV, agravam a marginalização e dificultam o acesso aos cuidados? Como essas mulheres lidam com essa sobrecarga de violências em suas relações pessoais e sociais, e que estratégias elas desenvolvem para resistir a essa realidade? Essas questões foram o ponto de partida para a realização da pesquisa, e nesse sentido, o interesse por este tema se justifica pela necessidade de entender como esses fatores se entrelaçam e como impactam a qualidade de vida e o bem-estar dessas mulheres.

Diante das questões levantadas, o objetivo geral desta pesquisa é contextualizar as violências de gênero no âmbito das mulheres que vivem com HIV/aids, com ênfase nas especificidades dessa população e nos impactos da interseção entre o HIV/aids e a violência de gênero. Para atingir esse objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1) Identificar e analisar as diferentes formas de violência do gênero enfrentadas por mulheres que vivem com HIV/aids, considerando seus impactos na saúde e no acesso aos direitos; 2) Investigar como fatores de raça, classe, orientação sexual e outras formas de discriminação interagem com a violência de gênero, contribuindo para experiências específicas de mulheres HIV+; 3) Compreender as formas de organização e ações sociopolíticas de enfrentamento à violência de gênero por mulheres que vivem com HIV/aids, destacando suas estratégias de resistência; 4) Apontar subsídios para uma maior compreensão no Serviço Social sobre esse usuário, evidenciando suas especificidades e demandas no acesso a direitos e políticas públicas.

Esses objetivos visam aprofundar o entendimento das múltiplas dimensões que envolvem as experiências dessas mulheres, buscando não apenas compreender as violências sofridas, mas também identificar as possibilidades de resistência e fortalecimento de redes de apoio, fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e a promoção de direitos.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que envolveu seleção e análise de artigos que abordam o tema da violência de gênero no contexto do HIV/aids, com ênfase na realidade brasileira. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores e filtros para garantir a relevância dos materiais, com o objetivo de construir uma base teórica sólida e atualizada sobre o tema.

A pesquisa foi conduzida com um caráter qualitativo, passando pela análise das múltiplas dimensões da violência de gênero sofrida por mulheres que vivem com HIV/aids, compreendendo suas particularidades e contextos. A escolha de uma abordagem qualitativa se justifica pela intenção de aprofundar o entendimento das experiências subjetivas e das dinâmicas sociais envolvidas, permitindo a análise dos aspectos subjetivos, simbólicos e históricos das relações de gênero e saúde.

No que diz respeito à perspectiva teórica adotada, tem-se o materialismo histórico-dialético como ferramenta analítica. Como apontam Behring e Boschetti (2017),

A perspectiva do método dialético materialista não é captar e exaurir todos os aspectos, caracteres, propriedades, relações e processos da realidade. É, sim, uma teoria da realidade e do conhecimento que se tem dela como totalidade concreta. A dialética compreende a realidade como um todo que possui sua própria estrutura (não é caótica), que se desenvolve (não é imutável, nem dada de uma vez por todas); que se vai criando (não é um todo perfeito e acabado, é histórico e social). (Behring e Boschetti, 2017, p. 41).

Dessa forma, o método dialético permite apreender o real em suas múltiplas determinações, conforme a lógica de “elevar-se do abstrato ao concreto”, isto é, reconstruir o concreto no pensamento, buscando compreender suas contradições e dinâmicas.

A adoção dessa abordagem possibilita uma leitura crítica das interações entre as condições sociais, políticas e econômicas que estruturam as experiências das mulheres que vivem com HIV/aids. Nessa ótica, a violência de gênero não é compreendida como um fenômeno isolado, mas como parte de um processo histórico e social mais amplo, condicionado pelas relações de poder, pelo patriarcado e pelas desigualdades estruturais presentes na sociedade. O materialismo histórico-dialético, portanto, oferece um teórico instrumental capaz de evidenciar tanto os determinantes objetivos da marginalização e da subordinação dessas mulheres quanto suas expressões subjetivas. Dessa forma, amplia-se o olhar sobre as formas de resistência e as possibilidades de transformação social,

acompanhando que a reprodução da opressão não se dá de maneira mecânica, mas sim dentro de um campo de disputas e contradições.

O referencial bibliográfico que fundamenta esta pesquisa abarca uma série de categorias e conceitos essenciais para a análise da violência de gênero contra mulheres que vivem com HIV/aids, sendo as principais: gênero, patriarcado, violência de gênero, estigma, vulnerabilidade social e resistência associado ao empoderamento/emancipação. Assim, o gênero, tratado como uma construção social que organiza relações de poder, é analisado através de Joan Scott (1989), que o vê como uma categoria histórica, e Judith Butler (2003), que propõe uma performatividade de gênero, considerando-o uma identidade dinâmica construída através de atos e discursos. A concepção de patriarcado, desenvolvida por Heleieth Saffioti (2011), é abordado como um sistema de dominação que subordina mulheres a homens, sendo perpetuado por práticas sociais e culturais.

A pesquisa também explora o conceito de estigma, com base nos estudos de Parker (2013), para entender como viver com HIV e a condição de gênero geram múltiplas formas de marginalização. O conceito de vulnerabilidade social, da OMS, é central para a pesquisa, considerando fatores como classe social, raça e orientação sexual, que agravam a condição de risco e dificultam o acesso aos cuidados de saúde. A feminização da epidemia de HIV/aids é outro conceito-chave, usado para descrever os desafios enfrentados pelas mulheres HIV+ no Brasil, especialmente como em situação de vulnerabilidade social, sem acesso a tratamentos e direitos.

Tendo como base essas categorias, o presente trabalho se encontra estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo dedica-se à análise das construções sociais de gênero e do patriarcado, explicando como essas categorias estruturam as relações de poder e dominam a vida das mulheres. A partir dessa base, o capítulo discute as diversas formas de violência de gênero que as mulheres enfrentam e como o patriarcado perpetua essas desigualdades. Já no segundo, a pesquisa explora a intersecção entre a epidemia de HIV/aids e a violência de gênero. A feminização da epidemia é abordada para ilustrar como o HIV afeta desproporcionalmente as mulheres, agravado pelas vulnerabilidades associadas ao estigma e à discriminação. Além disso, o capítulo examina os desafios enfrentados pelas mulheres HIV+ dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as barreiras no acesso a cuidados e tratamentos adequados. Por último, o terceiro capítulo analisa as vivências das mulheres HIV+, focando nas diferentes formas de violência de gênero que sofrem no contexto do viver com HIV/aids. As dificuldades de acesso à saúde, as limitações das redes de apoio e as

estratégias de resistência que elas desenvolvem são discutidas, com ênfase no empoderamento e no ativismo das mulheres HIV+ para superar as barreiras sociais e políticas.

Essa estrutura visa uma construção de pensamento progressiva, que começa com a análise das relações de poder e violência, passando para a compreensão dos impactos da epidemia de HIV sobre as mulheres, e culminando na análise das formas de resistência e ação coletiva. Contribuindo assim, para uma compreensão mais profunda das dificuldades que as mulheres HIV+ enfrentam.

1 UM OLHAR SOBRE OS SIGNIFICADOS CONSTRUIDOS SOBRE ‘SER MULHER’ E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SOCIABILIDADE.

Propõe-se para este capítulo uma reflexão sobre os significados socialmente construídos acerca do “ser mulher” e como essas construções influenciam a sociabilidade e as dinâmicas de poder nas sociedades contemporâneas. O capítulo se encontra dividido em dois tópicos, em que no primeiro são exploradas as categorias de gênero e patriarcado, com enfoque em sua historicidade e papel na organização social. O objetivo é demonstrar como essas estruturas moldam as relações sociais, de modo a consolidar desigualdades e naturalizar padrões de submissão e controle sobre os corpos e vidas das mulheres. Já no segundo tópico, a violência de gênero será discutida como uma manifestação direta do patriarcado, analisando suas raízes culturais e estruturais. Essa abordagem busca evidenciar como a violência ultrapassa o âmbito individual e se constitui como um mecanismo de manutenção de poder, atravessando diferentes esferas da vida das mulheres, desde o âmbito privado até as estruturas institucionais. A partir dessa análise, são estabelecidas as bases conceituais e teóricas para a compreensão das violências sofridas pelas mulheres e intersecção com outras vulnerabilidades, como o HIV/aids, que serão aprofundadas nas discussões dos capítulos seguinte.

1.1 Gênero e patriarcado: apreendendo essas categorias

O conceito de gênero surgiu a partir de estudos feministas e passou a ser utilizado amplamente nas ciências sociais nas décadas de 1950 e 1960, mesma época que questionamentos acerca das distinções entre sexo biológico e os papéis de gênero socialmente construídos estavam sendo levantados por teóricas feministas. No entanto, foi apenas a partir dos anos 1970 que o conceito ganhou maior visibilidade, tornando-se uma ferramenta importante de estudo, legitimado principalmente pelo movimento feminista. Além disso, após os anos 1970, houve um aumento significativo nas pesquisas que examinaram as interseções entre gênero, raça, classe e outras formas de desigualdade social, ampliando ainda mais o entendimento e a aplicação do conceito de gênero nas ciências sociais.

Pesquisadoras sugeriram esse termo com o objetivo de promover uma mudança radical, baseando-se em estudos sobre as mulheres. Estas argumentam que a escrita de uma nova narrativa histórica centrada nas mulheres poderia revolucionar paradigmas disciplinares. Isso seria um progresso através de um estudo relacional, destacando que não se pode entender

um sexo sem considerar o outro, em conjunto. Joan Scott (1989) esclarece que, ao utilizar o termo "gênero", as feministas norte-americanas queriam destacar o aspecto social das diferenças baseadas no sexo, rejeitando o 'determinismo biológico' associado a "sexo" ou "diferença sexual" (p.72). Vale ressaltar ainda, que a categoria gênero, por um lado, permitiu determinado avanço nos estudos tendo em vista a existente oposição ao estudo da relação de mulheres e homens, já que estudos sobre 'mulheres' eram constantemente malvistas por seu caráter explicitamente combativo, havendo a impressão de que a categoria gênero provocaria menos enfrentamento ao *status quo*. Já por outro lado, não se defende a troca do estudo de mulheres por estudo de gênero, compreendendo a importância de afirmá-las enquanto sujeitos históricos.

Existem várias definições de "gênero", refletindo a ampla diversidade de abordagens teóricas e disciplinares que moldam seu desenvolvimento como categoria de análise e nesse âmbito, Joan Scott (1989), nos apresenta uma síntese das diferentes abordagens adotadas pela maioria dos(as) historiadores(as) na análise de gênero. Embora cada abordagem enfatize um aspecto distinto, existe um consenso básico de que gênero se refere à construção social e cultural das identidades masculinas e femininas. Tendo isto posto, este trabalho se apoiará principalmente na teoria e definição da autora supracitada, que traz sua definição em

[...]duas partes e diversos subconjuntos, que estão interrelacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados. O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações do poder, mas a mudança não é unidirecional. (Scott, 1989, p.86)

Isso significa que, "gênero" é um aspecto fundamental da maneira como a sociedade molda e é moldada pelas relações sociais. Para além das diferenças físicas ou biológicas entre os sexos, há de se pensar como estas são percebidas e interpretadas socialmente, criando uma expectativa acerca do que significa 'ser mulher' ou 'ser homem', com base em como a sociedade vê o gênero. Heleieth Saffioti (2011) reafirma essa tese ao dizer que desde o nascimento, os corpos são gendrados por meio de um processo de socialização que impõe normas de gênero predominantes em determinada estrutura. Tais normas não só atuam de modo a diferenciar os corpos, mas também constroem uma hierarquia de valor sobre estes, em que o masculino é privilegiado em relação ao feminino:

A naturalização do feminino como pertencente a uma suposta fragilidade do corpo da mulher e a naturalização da masculinidade como estando inscrita no corpo forte do homem fazem parte das tecnologias de gênero, que normatizam condutas de mulheres e de homens. A rigor, todavia, os corpos são gendrados, recebem um *imprint* do gênero (Saffioti, 2011, p.77).

Esse processo de separação é nomeado como binarismo de gênero, e é afirmado enquanto uma estrutura restritiva por categorizar a identidade de gênero em masculino e feminino, afirmando as duas na qualidade de categorias distintas e opostas que pressupõem papéis igualmente distintos e opostos. É assertivo dizer que as mulheres são “amputadas”, sobretudo no desenvolvimento e uso da razão e no exercício do poder, pois os homens são encorajados a assumirem posturas agressivas e perigosas, que os conferem força e coragem, ao mesmo tempo que as mulheres são ensinadas a desenvolverem posturas apaziguadoras, dóceis e empáticas (Saffioti, 2011). Essa forma de socialização busca construir a fala comum de que o “homem é a cabeça da casa e a mulher é o coração”, e como consequência, a mulher deve assumir um papel de submissão e obediência já que quem deve tomar as decisões, é o homem.

O binarismo de gênero acaba por negar a diversidade das experiências humanas ao passo que reforça as hierarquias de poder e nesse sentido, a tese da *performatividade* de Judith Butler (2003) se faz útil, trazendo a ideia de que ao reproduzir as ações que definem o gênero, acabamos por criar e reforçar o conceito de gênero em si. Desta maneira, ao mudar os atos e performances, cria-se a capacidade de mudança das normas associadas ao gênero. Entretanto, as críticas em torno dessa tese, como Kimberle Crenshaw, Helena Hirata, Patricia Hill Collins e outras teóricas da interseccionalidade, também acrescentam à discussão três categorias principais (gênero, raça e classe social) que devem ser consideradas ao se situar o sujeito singular enquanto ser múltiplo que está para além do gênero. Nesse sentido, afirmam que Butler (2003) simplifica a questão ao olhar hierarquicamente para o gênero como uma categoria principal para a análise.

De modo geral, essas percepções delineiam a forma como os indivíduos interagem e se relacionam entre si. Fato é que os homens historicamente tiveram mais poder e influência do que as mulheres e isso não é apenas uma questão de diferença biológica, mas de como se é atribuído e legitimado o poder com base no gênero: as leis, as normas sociais e até mesmo as práticas institucionais frequentemente reforçam essa desigualdade de poder entre os sexos. Entretanto, é crucial destacar que a concepção de gênero não envolve necessariamente uma desigualdade intrínseca entre homens e mulheres, sendo essa hierarquia muitas vezes presumida, e portanto, a eletividade das questões de gênero não deve existir, por se apresentar enquanto uma pauta que afeta a todas as pessoas, mesmo que de maneiras diferentes.

Scott também aponta, em sua definição, que as mudanças nas relações sociais são acompanhadas por mudanças nas representações de poder, mas essas mudanças não seguem um caminho linear ou único de progresso. Em vez disso, elas refletem a natureza dinâmica e

interativa das construções de gênero e poder na sociedade. A depender do contexto, podem ocorrer avanços significativos nas relações de gênero e nas representações de poder, como por exemplo, a conquista de direitos legais pelas mulheres, aumento de figuras femininas no âmbito político, legalização do aborto, etc; pensando na mulher como indivíduo com capacidade de agir e transformar a realidade e não apenas como vítima do sistema. Porém, partindo da ideia de que o mundo ainda é dominado pelo masculino, nenhuma conquista feminina pode ser considerada intocável e permanente.

Do ponto de vista histórico e social, é importante retornar na análise de Engels (2014), ao afirmar que a ascensão da propriedade privada foi um elemento chave no que se refere à subordinação das mulheres aos homens, uma mudança radical tendo em vista o status de igualdade demonstrada por sociedades anteriores. Engels explica que o surgimento da propriedade privada e por consequência da necessidade de ter herdeiros para permanência da propriedade, os homens donos de propriedades iniciam um processo de criação de regras de comportamentos direcionadas às mulheres. Inicia-se então, o ‘encarceramento’ da mulher e controle de sua capacidade reprodutiva por meio de uma estrita fidelidade com a reclusão das mulheres dentro de casa, proibindo-as de saírem desacompanhadas. Como consequência desse processo, ocorre uma drástica mudança do papel das mulheres na sociedade, tendo em vista o elemento primordial da divisão do trabalho, o que não torna possível a viabilidade econômica das mulheres e acaba por agravar cada vez mais suas opções externas, nesse caso, fora do casamento. À vista disso, aumenta-se o poder de negociação dos homens sobre as mulheres, e de acordo com Engels, dentro da família.

Esse processo ao longo das gerações se traduziu em normas e comportamentos que moldaram as crenças culturais sobre os papéis de gênero nas sociedades, refletindo assim, não apenas nas experiências dos indivíduos, mas também nas relações e estruturas políticas e sociais. Para esclarecer melhor esse processo, resgata-se o conceito do patriarcado por compreender tanto o gênero como o patriarcado como sustentadores dessas relações de poder. O patriarcado consiste em um sistema que administra a desigualdade entre os sexos, simultaneamente que produz a noção de gênero, visando esta desigualdade. Para isso, se utiliza do machismo e da misoginia para o controle dos corpos, que devem corresponder aos papéis construídos, no qual a noção de “natureza” se faz essencial.

Nesse sentido, Saffioti (2011) define o patriarcado, ao citar Hartmann (1979), como um pacto masculino para perpetrar a opressão das mulheres, seguindo uma lógica de que as relações hierárquicas e a solidariedade existente entre os homens, possibilitam o

estabelecimento e manutenção do controle sobre o feminino. Com base nisso, a autora complementa que:

A base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e políticos co-deliberativos, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva (Saffioti. 2011, p.106).

Assim, o patriarcado apresenta influência direta na construção das identidades femininas, ao estabelecer parâmetros rígidos sobre como as mulheres devem se portar, sentir e pensar. Nessa mesma linha, outros sujeitos tidos como transgressores do modelo patriarcal do “macho” também vão passar por esse processo de opressão, de modo a subalternizar e inviabilizar também aqueles que são associados e identificados como feminino, a exemplo das travestis e das mulheres transexuais (Cisne; Santos, 2018).

Neste sistema, as mulheres são vistas como objetos, uma característica intrinsecamente ligada ao processo de colonização, onde a masculinidade e a cisheteronormatividade¹ construíram um padrão universal de humanidade que é masculino e branco. Tudo o que se distancia desse padrão é progressivamente desumanizado e transformado em objeto e ao desumanizar as mulheres e objetificar seus corpos, utiliza-os como força de trabalho, incluindo como exemplo a prestação de serviços sexuais para satisfazer os desejos dos dominadores e a reprodução de herdeiros. Achille Mbembe (2020) afirma que o patriarcado e a colonialidade não apenas coexistem, mas se retroalimentam, reforçando essas dinâmicas de opressão. Nesse contexto, é certo afirmar que o patriarcado não opera isoladamente, mas em conjunto com outras formas de dominação, como o racismo e o classismo, conforme salienta Bell Hooks (2018). Essa interseção cria um sistema de dominação que impacta de maneira desproporcional as mulheres negras, indígenas e das classes trabalhadoras mais empobrecidas.

Em muitas partes do mundo, essa dinâmica se manifesta através de práticas como o casamento infantil e forçado, em que meninas são casadas e pressionadas a ter filhos ainda muito jovens. Estima-se que atualmente 650 milhões de mulheres e meninas, vivas hoje, já tenham se casado antes de completarem 18 anos, com aproximadamente metade desses casos ocorrendo em países como Bangladesh, Brasil, Etiópia, Índia e Nigéria (UNICEF, 2021). Essas práticas não só negam a infância e a educação dessas meninas, mas também perpetuam

¹ Tendo como referência Butler (2003), a cisheteronormatividade refere-se à suposição de que todas as pessoas são cisgênero (ou seja, se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascer) e heterossexuais. Esse conceito estabelece essa identidade e orientação sexual como normas sociais, marginalizando e invisibilizando outras experiências de gênero e sexualidade.

o ciclo de pobreza e dependência. Outro exemplo significativo é o tráfico humano, que atinge mulheres e meninas de forma desproporcional. De acordo com dados publicados em 2017, no relatório intitulado "Global Estimates of Modern Slavery: Forced Labour and Forced Marriage" pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), cerca de 99% das vítimas de exploração sexual forçada no mundo são mulheres e meninas. Essas mulheres são traficadas, muitas vezes sob falsas promessas de emprego ou uma vida melhor, e acabam sendo exploradas sexualmente, gerando lucros exorbitantes para os traficantes, enquanto suas vidas e corpos são devastados.

Ainda sobre a influência do patriarcado na construção das identidades femininas e masculinas, há uma dicotomia entre o público e o privado. Enquanto os homens são incentivados a explorar o espaço público, a ter ambição e a buscar realização profissional, as mulheres são historicamente relegadas ao espaço doméstico. Essa divisão traz uma limitação em relação às escolhas e reforça a ideia de que seu valor está vinculado ao desempenho dos papéis tradicionalmente atribuídos, associados aos papéis de gênero, que lhes dão a opção de esposa, mãe e cuidadora ou concubina. Helena Hirata (2018) apresenta um panorama acerca das desigualdades enfrentadas por mulheres no mercado de trabalho, com desigualdade salarial e segregação ocupacional. Um dos indícios dessa desigualdade é explicada justamente pela *segregação horizontal e vertical*, com distinção entre o trabalho masculino e feminino, o que confere uma limitação ao acesso às profissões e poucas perspectivas de promoção. Em presença dessa segregação, profissões tradicionalmente femininas, como o ensino fundamental e a enfermagem, são subvalorizadas e oferecem menos oportunidades de ascensão profissional. As mulheres também são frequentemente preteridas em cargos de liderança, mesmo tendo qualificações iguais ou superiores às de seus colegas homens (Hirata, 2018).

Dentro desse escopo de profissões tidas como tradicionalmente femininas, pode-se também trazer o serviço social, que emerge com raízes na doutrina da igreja e com o objetivo de auxiliar os mais vulneráveis, promovendo uma "moralidade" que orientava as mulheres ao papel de cuidadoras e intermediárias sociais. Esse campo, assim como outras profissões predominantemente femininas, foi moldado para reforçar o papel feminino de acolhimento e assistência, consolidando uma visão estereotipada da mulher como naturalmente predisposta a trabalhos assistenciais (Lisboa, 2010). Essa associação entre o serviço social e a figura feminina contribui para a subvalorização da profissão, tanto em termos de reconhecimento quanto de remuneração, e reflete uma segregação ocupacional que ainda limita as mulheres a setores percebidos como "extensões" de suas funções domésticas e afetivas.

Embora o serviço social tenha se constituído enquanto profissão no contexto da ordem monopólica dos países de economia central, sendo regulamentada enquanto tal - assim como as demais profissões citadas; o estigma de “vocação” feminina persiste, dificultando o reconhecimento e o avanço das profissionais:

A “qualidades” tidas como femininas, ao serem consideradas naturais ou próprias de uma suposta essência feminina, desconsideram o treinamento informal das mulheres. Isso implica não valorizar as atividades realizadas pelas mulheres como trabalho especializado. Essas atividades, ao serem muito mais consideradas uma obrigação ou um papel feminino, servem de justificativa para os baixos salários recebidos pelas mulheres. (Cisne; Santos, 2018, p. 65).

Em consonância com esse processo, Hirata (2018) traz que, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, embora significativa, não eliminou a divisão sexual do trabalho, pois elas ainda enfrentam barreiras de desenvolvimento e ascensão profissional, especialmente em áreas não tradicionalmente femininas. Esse cenário perpetua a visão patriarcal de que o valor da mulher reside em servir, o que se reflete na disparidade salarial e na desvalorização do seu trabalho.

No Brasil, um exemplo claro é a sub-representação das mulheres nos cargos de liderança, tanto no setor público quanto no privado. Essa disparidade entre homens e mulheres reflete o desafio das mulheres em acessarem cargos de poder, ressaltando o fato de as mulheres serem a maioria da população brasileira, representando aproximadamente 51,5% do total (IBGE, 2022). Mesmo com a implementação de cotas de gênero na política, com a obrigatoriedade de no mínimo 30% de candidaturas femininas, estabelecida pela Lei nº 9.504, de 30 de setembro de 1997, objetivando garantir um mínimo de representação feminina, as mulheres ainda enfrentam obstáculos significativos para se elegerem e exercerem suas funções. Nesse caso, mesmo com a existência das cotas, na realidade concreta os partidos muitas vezes registram candidatas “laranjas” para cumprir a legislação, mas sem oferecer os recursos necessários para campanhas competitivas. Além disso, elas muitas vezes são subjugadas a campanhas de difamação e violência política de gênero que visam minar sua credibilidade e capacidade de liderança.

Essa dinâmica reforça a estrutura patriarcal que mantém as mulheres em posições subordinadas, tanto econômica quanto socialmente. Apesar de existirem características diferentes entre cada país do mundo, há similitudes da situação atual do trabalho das mulheres no quadro de um “capitalismo patriarcal”, com a persistência das desigualdades, tanto entre os sexos, quanto entre as raças e entre classes (Hirata, 2018). Ocorre também, uma invisibilidade daquelas que não se encaixam nos padrões normativos de feminilidade. Essas mulheres enfrentam camadas adicionais de opressão, o que impacta ainda mais suas identidades, já que

o patriarcado não apenas define como as mulheres devem ser, mas também exclui e marginaliza aquelas que não se enquadram nos moldes tradicionais - o processo inverso também acontece para com os homens. Soma-se a isso, uma competitividade muitas vezes focada na aparência física e na aceitação masculina, alimentando rivalidades e dificultando a formação de alianças femininas e da sororidade de uma forma geral.

Diante do exposto, chega-se à conclusão de que, os corpos das mulheres são instrumentalizados para perpetuar e fortalecer as estruturas de poder patriarcal e colonial, mantendo um ciclo de exploração e opressão que atravessa gerações. E, para além disso, fica nítido que o patriarcado não existe sem a violência, com ênfase para a violência de gênero, pois apenas a partir dela essas relações e estruturas conseguem se manter. A violência, portanto, se caracteriza nesse sistema como um mecanismo de controle que silencia, subjuga e perpetua o medo entre as mulheres, garantindo a continuidade do poder masculino. Sem essa violência, o sistema patriarcal não seria capaz de sustentar a desigualdade e a opressão, já que as mulheres ao se rebelarem e resistirem ameaçariam dismantelar as fundações desse sistema, trazendo igualdade para ambas as categorias de sexo.

1.2 Violência de Gênero no contexto do patriarcado

A violência de gênero ocorre em um contexto de desigualdade estrutural, sustentado pelo patriarcado, compreendido como um sistema de dominação que privilegia os homens e o poder masculino em detrimento das mulheres. Esse sistema perpetua relações desiguais de poder entre os gêneros, favorecendo a incidência de violência de gênero. De acordo com a Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (2023), a violência de gênero pode ser entendida como qualquer forma de agressão dirigida a uma pessoa em função de sua identidade de gênero ou orientação sexual, podendo ocorrer tanto entre pessoas do mesmo sexo quanto entre sexos diferentes.

Ainda assim, a forma mais comum e amplamente difundida desse tipo de violência é aquela praticada por homens contra mulheres, alimentada por uma cultura falocrática que reforça a dominação masculina. No entanto, como alerta Cisne e Santos (2018, p.69), reduzir o termo “violência de gênero” a um sinônimo de “violência contra a mulher” pode resultar na ocultação do sujeito feminino, o que representa uma perda política no potencial de denúncia e na organização feminista. Por esse motivo, será empregado o conceito de “violências de gênero” em associação, e não em substituição, com “violência contra as mulheres” para

referir-se às agressões sofridas por mulheres e perpetradas por homens, sem, contudo, excluir casos que não se enquadram na norma cisheteronormativa.

A violência de gênero é gerada e reproduzida nas dinâmicas de poder, representando uma forma específica de violência global mediada pela ordem patriarcal, que atua como um fator central em sua perpetuação (Araújo, 2018). A violência doméstica, familiar e intrafamiliar estão compreendidas dentro da violência de gênero (Saffioti, 2011), e se apresentam como formas de mostrar o poder do homem sobre a mulher, seguindo a lógica do patriarcado. Esse tipo de violência emerge das relações cotidianas de dominação que se manifestam no ambiente familiar, onde o controle e a imposição do poder masculino sobre mulheres e crianças são produzidos e legitimados. Tem-se portanto, segundo Cisne e Santos (2018), o lugar supostamente seguro, idealizado como um espaço por excelência de amor, proteção e acolhimento, muitas vezes, como lócus privilegiado da violência contra a mulher.

Nesse sentido, ao compreender a violência como uma mera ruptura, há um risco de descontextualização de sua origem, por não capturar a complexidade e a dimensão estrutural da violência nas sociedades patriarcais e por esse motivo há a necessidade de entendimento da violência para além de um fenômeno isolado ou episódio, em que está enraizada nas relações sociais de dominação e nessa perspectiva, o patriarcado e outras formas de poder estruturam a violência. É nesse sentido que não se deve adotar o conceito de violência enquanto uma ruptura de integridades, pois quando compreendida nesses termos, a violência não encontra um lugar ontológico (Saffioti, 2011), pois estando a violência integrada à ordem social, não pode ser vista como algo externo a ela. As diversas formas de manifestação da violência de gênero refletem a hierarquização presente nas relações sociais, em que há a imposição do desejo sob o outro, nesse caso normalmente o do homem que ocupa a posição de dominador.

Essa dinâmica de poder é perpetuada nos diferentes espaços - sociais, econômicos, políticos e culturais; resultando nas múltiplas formas da violência. A violência física e sexual, por exemplo, são práticas mais diretas na tentativa de controle do corpo feminino a partir do uso da força física, visto como propriedade privada masculina. Nesse mesmo viés, ocorre a violência econômica ou patrimonial, em uma lógica de controle e privação de recursos financeiros, o que traz limitações à autonomia e independência da mulher dentro da relação. Diferente das formas de violência explicitadas, há ainda aquelas consideradas violências “invisíveis” como é o caso da violência simbólica e da verbal ou psicológica. Esta primeira, está presente nas práticas e normas sociais, de modo a reforçar os papéis de gênero abordados anteriormente, criando estereótipos sobre a mulher que levam a um amplo processo de

desqualificação. Já a segunda, está ligada a práticas de manipulação por meio de controle emocional, comportamental e humilhação.

Apesar de cada uma carregar consigo uma característica e definição própria, geralmente estão associadas e andam juntas e o fato de algumas violências serem “invisíveis”, dificulta o entendimento daquele ato cotidiano na vida das mulheres como uma violência pois o mesmo fato pode ser considerado agressivo por uma e normal por outra. Essa invisibilidade é comum por haver dentro de sociedades falocêntricas, uma naturalização da violência em diversos contextos, mascarada por comportamentos tidos como aceitáveis ou esperados. Em casos de violência doméstica, por exemplo, alguns comportamentos típicos, como ciúmes possessivo, restrição da liberdade e controle financeiro acabam sendo interpretados como demonstrações de afeto e cuidado. A dificuldade de identificar essas atitudes, que se configuram enquanto formas de imposição de domínio, contribui para perpetuar a violência, fazendo com que não haja reconhecimento da gravidade em que se encontra a situação.

Essa normalização das agressões está diretamente ligada ao ciclo da violência e suas três fases - aumento da tensão, ato de violência, arrependimento e comportamento carinhoso (Farias; Veiga, 2022). Essa dinâmica cíclica impede, muitas vezes, o rompimento com o relacionamento abusivo, por gerar, uma falsa esperança de mudança e melhoria. Somado a isso, abusos menos visíveis são frequentemente subestimados, e desta maneira

As mulheres que sofrem violência não falam sobre o problema por um misto de sentimentos: vergonha, medo, constrangimento. Os agressores, por sua vez, não raro, constroem uma autoimagem de parceiros perfeitos e bons pais, dificultando a revelação da violência pela mulher. Por isso, é inaceitável a ideia de que a mulher permanece na relação violenta por gostar de apanhar. (Instituto Maria da Penha, 2024)

Percebe-se a partir disso, que as moralidades existentes no debate sobre ‘casamento’ e ‘família tradicional’ trazem mais um obstáculo para o diálogo acerca das violências. A ideologia conservadora de defesa da família muitas vezes prega a manutenção do casamento a qualquer custo, incentivando o silêncio das mulheres diante de abusos, sob o argumento de preservar a estrutura familiar. Esse discurso reforça a ideia de que os problemas conjugais devem ser resolvidos no âmbito privado, sem intervenção externa, o que impede a busca por ajuda e contribui para a ocultação da violência. Além disso, o papel social atribuído à mulher como responsável por manter a harmonia no lar cria uma pressão adicional para que ela suporte o abuso em silêncio, temendo ser culpabilizada pela destruição da família em caso de denúncia, desestimulando-a a procurar ajuda.

Quando se fala em violência, há ainda quem afirme a existência de atos violentos perpetrados por mulheres, mas Saffioti (2001) explica que, mulheres também podem praticar violência física contra seus companheiros, mas diferente da categoria social masculina, a mulher não possui um projeto de dominação-exploração orquestrado para se usar da violência como mecanismo e é nesse meio que se diferencia a forma de violência. Nessa mesma lógica, verifica-se que, com relação a crianças e adolescentes, a mulher desempenha por delegação a função patriarcal no processo de “edipianização”² das gerações mais novas. Aqui percebe-se o homem ainda enquanto dominante, mesmo em sua ausência física e pensando nas crianças e adolescentes como vítimas da violência de gênero e como elementos inferiores na hierarquia doméstica. Nesse sentido, questiona-se:

A violência praticada por pai e mãe contra a prole pode ser considerada violência de gênero, intrafamiliar e doméstica? Indubitavelmente sua natureza é familiar. Para quem define a violência doméstica em termos do estabelecimento de um domínio sobre os seres humanos situados no território do patriarca considerado, não resta dúvida de que a hierarquia começa no chefe e termina no mais frágil dos seus filhos, provavelmente filhas. Cabe debater o papel da mulher que, tendo seus direitos humanos violados por seu companheiro, maltrata seus filhos. (Saffioti, 2011, p.73).

Desta maneira, pode-se dizer que aqui tem-se a mulher não como cúmplice, mas como um agente social subalterno, de modo a assegurar a continuidade desse sistema ao passo que diante da violência simbólica, reproduz a violência de gênero por estar sujeita a *síndrome do pequeno poder*.

A autora ainda traz as noções de *potência* e *impotência*, de forma a explicitar essa relação, em que a potência aparece ligada ao masculino e é vista como o poder de controlar, submeter e dominar, enquanto por outro lado, a impotência, associada às mulheres, é uma construção que busca justificar a subordinação feminina, conferindo-lhes o papel de passivas, frágeis e dependentes. Isso quer dizer que, o poder está sempre associado à masculinidade e a feminilidade é vista como carente de força ou valor, o que resulta em um desequilíbrio profundo nas relações de gênero. Essas categorias de potência e impotência não apenas sustentam a desigualdade de gênero, mas também servem para justificar a violência contra as mulheres, o que é visto como uma forma de reafirmação do poder masculino:

² A “edipianização” refere-se à internalização das normas patriarcais pelas gerações mais jovens, particularmente no contexto familiar, em que as figuras parentais desempenham papéis centrais na reprodução das hierarquias de gênero. Derivado da teoria psicanalítica freudiana sobre o Complexo de Édipo, o termo é utilizado aqui, tendo como base Saffioti (2001), de forma crítica para evidenciar como a mulher, subordinada ao patriarcado, pode assumir a função de transmissora das normas e valores que sustentam esse sistema, mesmo em situações em que o patriarca esteja fisicamente ausente. Nesse sentido, a “edipianização” não apenas perpetua a violência simbólica, mas também reforça a desigualdade de poder nas relações intrafamiliares e na formação subjetiva de crianças e adolescentes.

O poder, como já foi escrito (Saffioti e Almeida, 1995), tem duas faces: a da potência e a da impotência. As mulheres estão familiarizadas com esta última, mas este não é o caso dos homens, acreditando-se que, quando eles perpetram violência, estão sob o efeito da impotência (Saffioti, 2011, p.51).

Nessa lógica, tem-se a impotência manifestada através da violência e as mulheres, por serem treinadas desde o nascimento para coexistir com a impotência, tendo menos necessidade do que o homem de a exprimir desta forma.

Exemplo prático da violência de gênero no contexto do patriarcado no Brasil é a persistência de altas taxas de violência doméstica e feminicídio. De acordo com o Mapa Nacional da Violência contra a Mulher (Senado Federal, 2023), 48% das mulheres brasileiras já sofreram violência doméstica, mas a maioria não denunciou os abusos, fazendo com que o número de denúncias (39%) não represente o total estimado de vítimas no país. Para enfrentar esta questão, a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) foi criada como forma de enfrentar a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo medidas de proteção, punições mais rigorosas para agressores e mecanismos de assistência e proteção às vítimas. Além disso, a Lei do Feminicídio (Lei 13.104/2015) foi promulgada, qualificando o homicídio de mulheres como crime hediondo quando resultado de violência doméstica, familiar ou em razão de menosprezo ou discriminação à condição da mulher. Em 2022, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública registrou 1.437 vítimas de feminicídio no Brasil, e até março de 2024, 584 novos casos já haviam sido notificados nas delegacias.

Essa violência é um reflexo das normas patriarcais que colocam as mulheres em posições de vulnerabilidade e perpetuam a ideia de que os homens têm controle sobre suas vidas e corpos. As legislações mencionadas e programas como o movimento "Nem Uma a Menos" são respostas a essa realidade, buscando proteger as mulheres e conscientizar a sociedade sobre a gravidade da violência de gênero. Porém, os altos índices apontam para a necessidade de não apenas fortalecer as leis existentes, mas também garantir que haja uma implementação eficaz e implementação das mesmas, além de promover uma mudança cultural que deslegitima a violência contra a mulher e oferece suporte real às vítimas.

A violência de gênero não se limita ao espaço doméstico, mas se estende às esferas públicas e políticas, no qual as mulheres são vistas como objetos de controle. Uma imagem dessa violência contra as mulheres, interligando opressões de gênero e o contexto de repressão política, pode ser facilmente exemplificada pela Ditadura empresarial - militar no Brasil (1964-1985). Durante esse período, muitas mulheres foram submetidas a diversas formas de violência, incluindo torturas físicas e psicológicas que tinham como objetivo não apenas silenciar a resistência, mas também reafirmar a estrutura de dominação patriarcal

existente na sociedade brasileira. Vale pontuar que apesar do patriarcado operar como uma estrutura autônoma em relação ao capitalismo, atua em conjunto com ele para perpetuar a desigualdade de gênero.

Alves (2022), em seu capítulo intitulado “Que bom te ver viva: As violências e resistências das mulheres na ditadura empresarial militar”, após retratar a presença das mulheres no percurso da história da Ditadura de 1964-1985 no Brasil, descreve acerca das violências contra as mulheres, especificamente mulheres do Serviço Social. Com relatos que exemplificam a forma de controle e submissão das mulheres a partir de práticas brutais, como o uso de torturas que buscavam não apenas acabar com a resistência política, mas também inferiorizar e subordinar a mulher de uma forma geral. Assim, a tortura das mulheres nesse contexto não é apenas um ato de violência física mas um instrumento de poder que expressa a impotência dos agressores diante da resistência feminina. Como trazido anteriormente, a impotência se manifesta na necessidade de controle, submissão e dominação, sendo a violência institucionalizada sofrida por essas mulheres, uma continuação da opressão de gênero.

Sobre essa forma de violência, Alves afirma que para que seja possível realizá-la, o indivíduo precisa desconstruir qualquer identidade ou laço entre si e sua vítima, colocando-a como um animal, uma “coisa” e não mais como um ser humano. Esse é um processo já identificado anteriormente relacionado a mulher, de desumanização e objetificação de seus corpos e da sua existência. Ainda sobre o contexto ditatorial a autora complementa:

Talvez por isso se explique o fato de que é contra as mulheres que essa prática adquire seu formato mais cruel e, como precisa ser, sua forma mais desumana. Para fazer de uma mulher uma vítima de tortura, é preciso não apenas que seu algoz retire dela toda a sua dignidade como ser humano, mas que estraçalhe a sua “humanidade feminina”, que retire do seu corpo a ser supliciado qualquer traço de relação com os outros corpos femininos que o remetem ao aconchego e ao afeto maternal. (Alves, 2022, p.81-82)

Nesse contexto, observa-se uma forma especialmente cruel de violência contra as mulheres, marcada por agressões sexuais e ataques aos seus corpos em relação à sexualidade e à própria experiência da maternidade. A principal característica dos torturadores foi a desmoralização da mulher, levando à destruição de sua sexualidade, desejos, autoestima e integridade física, como relatado por uma das entrevistadas. É importante ressaltar a distinção entre homens e mulheres que se opuseram ao regime militar, pois, além do crime já cometido pelos homens, as mulheres, ao lutarem ao lado deles, também cometeram, na perspectiva dos militares, o erro de invadir o espaço público e político, reservado aos homens. Elas deveriam

se restringir ao papel de cuidadoras do lar e dos filhos, tornando inaceitável sua presença na militância e na política.

A repressão atingiu mulheres em sua diversidade, mas suas formas e impactos se assemelham, em diversos aspectos, à violência cotidiana enfrentada por mulheres negras e indígenas, historicamente desumanizadas e marginalizadas. Essas mulheres foram posicionadas fora da definição de “humano”, o que legitima até hoje práticas de exploração e abuso como normais. Sob a ditadura, o Estado utilizou mecanismos de tortura e violência sexual, práticas que ecoavam o racismo e a misoginia já presentes na vida cotidiana dessas mulheres. Enquanto as mulheres brancas e das classes médias enfrentavam formas de repressão que rompiam as expectativas de proteção, as negras e indígenas experimentaram uma continuidade de violências rotineiras, aprofundando sua condição de exclusão. A violência de Estado reforça assim, a opressão histórica e a percepção de corpos femininos negros e indígenas como subalternos e ampliados. Portanto, a análise dessas práticas na ditadura revela como as violências intersetoriais perpetuam essas formas de desigualdades e desumanização.

A partir do exposto, tem-se que a violência, em suas múltiplas formas — física, sexual, psicológica, econômica e simbólica —, atua como um mecanismo, impondo não apenas o controle sobre os corpos e vidas das mulheres, mas também serve para intimidá-las, silenciá-las e mantê-las em posições de inferioridade. Assim, a violência patriarcal e de gênero se manifesta em todos os níveis da sociedade, desde o ambiente doméstico até as esferas públicas, sendo legitimada por normas culturais, leis insuficientes e a falta de respostas eficazes das instituições. O próprio processo de redemocratização pós ditadura empresarial- militar garantiu a permanência de diversas arbitrariedades, abusos, violências, sequestros, etc; ocorrendo uma manutenção da estrutura do regime em questão, em que os crimes foram especialmente brutais contra as mulheres (Alves, 2022). A perpetuação dessa violência é, portanto, um instrumento fundamental para a manutenção do patriarcado, que utiliza o medo e a coerção para assegurar sua supremacia e resistir a qualquer tentativa de emancipação feminina. A persistência da violência de gênero, articuladas às determinações de classe e raça, refletem nas desigualdades enfrentadas pelas mulheres em seu cotidiano, principalmente por aquelas em situações de maior vulnerabilidade social, conforme será tratado no capítulo seguinte ao abordarmos a condição das mulheres que vivem com HIV/aids no Brasil na atualidade.

2 VULNERABILIDADES INTRÍNSECAS AO SER MULHER NO ÂMBITO DA SAÚDE.

No capítulo anterior, foi discutido como as construções sociais de gênero, enraizadas no patriarcado, estruturam formas de violência e opressão que atravessam a vida das mulheres. Esse panorama teórico fundamenta a análise proposta neste capítulo, que se concentra nas vulnerabilidades relacionadas à saúde, com destaque para a epidemia de HIV/aids no Brasil. Em primeiro lugar, será abordada a trajetória histórica de quatro décadas da epidemia no país, destacando os primeiros casos, as respostas do Estado e o impacto da "epidemia de significados", que alimenta estigmas e discriminações.

Além disso, serão abordadas as vulnerabilidades associadas ao HIV/aids e sua relação de via de mão dupla com a violência de gênero, culminando na análise da dupla estigmatização enfrentada por mulheres que convivem com o vírus. Em seguida, tem-se como foco a feminização da epidemia e os desafios enfrentados no contexto do SUS, com ênfase nas barreiras estruturais, institucionais e culturais que dificultam o acesso aos cuidados integrais e efetivos. Assim, o capítulo articula gênero e saúde, aprofundando a compreensão das desigualdades que impactam a vida das mulheres e apontando os desafios para a construção de respostas mais inclusivas e equitativas.

2.1 HIV e desafios no contexto do SUS na atualidade

Mesmo após quatro décadas do primeiro caso, ainda se vive uma epidemia de HIV/aids em nível internacional e mais, ainda há perda de qualidade de vida e óbito relacionados ao desenvolvimento de doenças oportunistas decorrentes das aids. Até 2023, de acordo com dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), cerca de 39,9 milhões de pessoas vivem com HIV/aids (PVHA) no mundo e no Brasil, houve 46.495 novos registros de infecções pelo HIV, um aumento de 4,5% em relação a 2022 (Ministério da Saúde, 2024). Salienta-se que anterior aos primeiros casos em Los Angeles, a epidemia já estava em decorrência na África.

Enquanto era identificada nos Estados Unidos, na África a doença era invisibilizada, mesmo que tenha tido origem nesse continente, passando despercebida ao longo da década de 1970 por não atingir países centrais e ricos do norte. O mundo ocidental havia esquecido o Continente Africano, que atualmente apresenta as maiores taxas, com 25% da população contaminada (BASTOS, 2006; OMS, 2013). (Cecon, 2022, p.42).

Os primeiros casos relatados no Brasil se deram na década de 1980, especialmente em São Paulo, e se concentraram inicialmente em grupos específicos como homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Essa concentração foi agravada pela ausência de testes de triagem em bancos de sangue e pelo desconhecimento das formas de transmissão. A doença rapidamente foi estigmatizada, recebendo rótulos como “peste gay” ou “câncer gay”, o que resultou em discriminação estrutural e barreiras ao diagnóstico e tratamento. Esse contexto inicial de marginalização reforçou preconceitos e dificultou a mobilização social para o enfrentamento da epidemia. Além disso, perpetuou desigualdades, especialmente entre as mulheres, tornando-as mais vulneráveis à infecção e ao impacto social da doença — uma questão que se agrava quando analisada sob a perspectiva da violência de gênero.

A resposta do Estado brasileiro à epidemia de HIV/aids é, por alguns autores (as), considerada tardia, uma vez que só foi revelada após a consolidação da epidemia no país, refletindo a desinformação e o estigma que marcaram a epidemia como um todo. Esse atraso é atribuído tanto à ineficiência histórica na gestão de problemas de saúde pública quanto à falta de percepção, por parte do Ministério da Saúde e de outras instituições, incluindo escolas de saúde pública, sobre a gravidade do problema nos prognósticos iniciais da disseminação da aids no Brasil (Marques, 2002). Por outro lado, há também aqueles que destacam a rapidez e eficácia das ações governamentais em comparação com outros países. A criação do Programa Nacional de DST/aids em 1986 já sinalizava esforços para organizar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, ainda que enfrentasse resistências sociais e institucionais.

Esse avanço ocorreu em um contexto de redemocratização, em que o Brasil vivenciava intensos debates sobre a universalização de direitos e a ampliação do acesso à saúde. A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco nesse processo, ao estabelecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, como resultado de diversas lutas sociais, o que abriu caminho para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, Almeida, Ribeiro e Bastos (2022, p.843) afirmam que “o pano de fundo para o desenvolvimento da política de Aids foi a própria criação do SUS, sem o qual teríamos dificuldade inerentes à ausência de sistemas de caráter público e nacional, o que se demonstrou um importante obstáculo em muitos países”. Associado a isso, os autores ainda citam como exemplo a contraditória e falha resposta dos EUA à pandemia de COVID-19 por essa ausência de um sistema público de saúde em nível nacional.

Nos anos 1990, o Brasil implementou a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais pelo SUS, um marco significativo na garantia de tratamento e na redução da mortalidade, consolidando o país como referência internacional no enfrentamento da epidemia. Essa iniciativa simbolizou o compromisso com os princípios de universalidade e equidade no atendimento à saúde. No entanto, apesar dos avanços, persistiram barreiras significativas relacionadas ao estigma e à discriminação. O medo em torno do HIV/aids foi amplificado pela mídia desde os primeiros casos registrados, contribuindo para a formação de um imaginário social marcado pelo pânico e pela estigmatização. Nos anos 1980 e 1990, a epidemia foi frequentemente retratada como uma "sentença de morte", associada à promiscuidade e a grupos considerados desviantes, como homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo.

Essa representação foi reforçada por coberturas sensacionalistas e por narrativas dramáticas em torno de figuras públicas que viveram com o vírus, como o cantor Cazuza, cuja deterioração física foi exposta de forma intensa pela mídia. O caso de Cazuza simbolizou, para muitos, o retrato do sofrimento e da vulnerabilidade extrema, contribuindo para o medo generalizado entre a população e reforçando preconceitos contra as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Para uma geração inteira, essas imagens criaram um legado de temor e discriminação, alimentando estereótipos que associavam a doença a comportamentos moralmente condenáveis e fortalecendo barreiras sociais que persistem até os dias atuais. Essa construção midiática do HIV/aids como um “castigo” ou uma doença ligada à morte dificultou a promoção de informações científicas e campanhas educativas, atrasando a desconstrução do estigma e a valorização de práticas preventivas e de apoio às PVHA. Esse medo construído em torno do vírus era inclusive reforçado por práticas discriminatórias de profissionais de saúde, que muitas vezes se recusavam a atender pessoas com HIV/aids (PVHA), e por instituições de saúde que negaram a elas a hospitalização e os cuidados necessários (Greco, 2016).

Segundo Gonçalves e Varandas (2005), a mídia no Brasil, especificamente, trabalhou mais no sentido de amedrontar do que educar, enquanto o caráter analítico das campanhas foi direcionado aos chamados “grupos de risco”:

O trabalho no sentido de focalizar e delimitar a doença nos grupos de risco encobria um novo quadro traçado pela epidemia: alcançava os heterossexuais e por conseguinte, as mulheres. Dessa forma, os veículos de comunicação disseminavam a ideia de que a Aids era uma doença moral, melhor dizendo, da imoralidade. A conotação direcionada à pessoas consideradas vulneráveis à epidemia transmitia a concepção de que elas estavam submetidas a grupos de risco, seja por uma doença, no caso dos hemofílicos, seja por comportamento sexual, ou ainda, por serem dependentes de drogas (Ayres et al., 1999). (Gonçalves e Varandas, 2005, p.233)

Além disso, a percepção equivocada de que a epidemia estava sob controle foi amplamente disseminada pela mídia, o que dificultou a necessária e contínua discussão sobre prevenção e diagnóstico, especialmente entre os grupos populacionais vulneráveis e os mais jovens, que não presenciaram o início da epidemia (Greco, 2016, p. 1559).

Vale ressaltar que, historicamente, o termo "grupos de risco" foi utilizado para categorizar pessoas que, hoje, fazem parte das chamadas "populações-chave" e "população prioritária". No entanto, essa terminologia é amplamente questionada no campo da saúde, pois entende-se que os indivíduos não adotam comportamentos de risco de forma isolada, mas sim em contextos sociais que os tornam mais vulneráveis. Nesse sentido, a noção de comportamento de risco, à medida que uma pessoa se infecta com o HIV, tende a atribuir-lhe a responsabilidade pela infecção, sugerindo que ela falhou em aderir a comportamentos seguros, promovendo a culpabilização individual pela não adesão a práticas preventivas (AVASUS, 2021).

Paralelamente, enquanto o Estado brasileiro adotou uma postura de não julgamento em suas políticas públicas, promovendo a distribuição de insumos como preservativos, géis lubrificantes e seringas descartáveis, iniciativas baseadas no princípio da redução de danos, essa abordagem contrastou fortemente com estratégias moralizantes de outros países, como os Estados Unidos, por exemplo, que enfatizavam a abstinência sexual (Greco, 2016). Contudo, no contexto brasileiro, a implementação dessas políticas enfrenta desafios internos devido à influência de grupos conservadores e religiosos que frequentemente questionam tais medidas. Apesar da continuidade dos programas de prevenção, os preconceitos e discriminações ainda atravessam o cotidiano das PVHA, dificultando o acesso pleno aos direitos e à saúde. Além disso, contribuem para a ocultação do status sorológico por medo do julgamento social, enquanto práticas de exclusão baseadas na desinformação e no medo agravam a situação.

Parker (2013) ao abordar a interseção entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial, destaca que o estigma desempenha um papel central na construção e manutenção das relações de poder e controle. Segundo ele, o estigma leva à desvalorização de determinados grupos enquanto outros são valorizados de maneira inerentemente discriminatória. Além disso, o autor propõe uma reconceitualização da distinção entre pensamento e ação, teoria e prática, sugerindo que essas dimensões devem ser entendidas como uma *práxis*, que articula as dinâmicas do estigma com suas manifestações concretas na sociedade. A partir disso, aponta:

[...] o estigma deve ser compreendido mais claramente como ligado ao funcionamento das 'desigualdades sociais'; isso significa dizer que as questões de estigmatização e discriminação, quer em relação ao HIV e à Aids ou a qualquer

outra questão, exigem que reflitamos mais amplamente sobre a forma como alguns indivíduos e grupos passam a ser socialmente excluídos, e sobre as forças que criam e reforçam a exclusão em diferentes contextos (Parker, 2014, p. 29).

O autor, ao dialogar com os estudos de Phelan, Link e Dovidio (2008), identifica três funções principais desempenhadas pelo estigma e pelo preconceito nas dinâmicas sociais: 1) exploração e dominação, que reforçam relações de poder; 2) cumprimento de normas sociais e controle social, que garantem a conformidade aos padrões estabelecidos; e 3) evitação ou afastamento da doença, que promove a segregação. Essas funções, descritas como "manter as pessoas para baixo", "manter as pessoas dentro" e "manter as pessoas fora", refletem mecanismos de exclusão e controle que sustentam desigualdades estruturais (Parker, 2013). No contexto do HIV/aids, essa análise é especialmente relevante, pois evidencia como tais dinâmicas intensificam vulnerabilidades sociais, marginalizando grupos específicos, como mulheres, pessoas LGBTQIA+, profissionais do sexo e outros, restringindo o acesso a direitos e serviços de saúde.

Tem-se então, que esses significados atribuídos ao HIV/aids não apenas moldam a percepção coletiva sobre a doença, mas também afetam profundamente as políticas públicas, os serviços de saúde e a vivência individual das pessoas acometidas, como trazido anteriormente. A carga simbólica da epidemia ao associar o vírus a narrativas de moralidade, comportamentos considerados desviantes e culpabilização dos indivíduos, particularmente daqueles que já ocupam posições de vulnerabilidade social, reforça essa dinâmica explicada por Parker - uma vez que as pessoas vivendo com HIV/aids são frequentemente mantidas "para baixo" por meio da estigmatização, "dentro" pela imposição de normas que perpetuam o silêncio e o isolamento, e "fora" pela exclusão social e institucional.

Damião et al. (2022), ao escreverem sobre o cuidado de PVHA dentro da Atenção Primária de Saúde (APS), trazem o conceito de 'epidemia de significados', com o objetivo de evidenciar como o HIV/aids transcende sua dimensão biológica e se insere em um campo simbólico marcado por estigmas, preconceitos e construções sociais. Como conclusão dos estudos realizados pelos autores, têm-se que:

Considerando que a epidemia de HIV/Aids é, antes de tudo, uma epidemia de significados, ela se manifesta e se retroalimenta a partir dos entrecruzamentos de diferentes vulnerabilidades, atravessando as práticas de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde e sedimentando limites e possibilidades de cuidado individual e coletivo. Nas unidades de APS e em entrevistas com gestores e ativistas do movimento social ligado à Aids, os achados evidenciaram diferentes questões capazes de comprometer ou melhorar as práticas de cuidado. As desigualdades de acesso ao diagnóstico e tratamento das PVHA tiveram presença marcante da violência urbana e das relações de gênero, em um contexto de entrecruzamento de vulnerabilidades, fortemente marcado pelo estigma. (Damião et al., 2022, p. 166)

A desigualdade regional e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde em áreas periféricas evidenciam as limitações estruturais, configurando-se como barreiras significativas ao diagnóstico e ao tratamento, o que aponta para a necessidade urgente de estratégias específicas para grupos considerados “vulneráveis”. Damiano et al. (2022) ampliam essa argumentação ao destacar a interdependência entre as diversas vulnerabilidades e o HIV/aids, sugerindo que os marcadores de exclusão social desempenham um papel fundamental na construção da vulnerabilidade à doença. Além disso, os autores ressaltam que, por outro lado, os múltiplos aspectos envolvidos no viver com HIV/aids contribuem para o fortalecimento de novas vulnerabilidades, em grande parte originadas pelo estigma que a doença carrega.

Essas condições socioculturais que criam vulnerabilidades para a infecção e para morbimortalidade pelo HIV/aids evidenciam a complexidade da epidemia de HIV/aids e destacam a necessidade de políticas públicas intersetoriais que enfrentem não apenas a transmissão do vírus, mas também os impactos sociais e estruturais associados a ela. A interseção entre vulnerabilidades sociais e a epidemia de HIV/aids pode ser observada na distribuição dos casos por raça/cor, evidenciando desigualdades estruturais que afetam o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento. Segundo dados presentes no Boletim Epidemiológico de HIV/aids (Ministério da Saúde, 2024), até 2015, a maior parte dos casos era registrada entre pessoas brancas, porém, a partir de 2016, houve um aumento expressivo entre pessoas negras, especialmente pardas, que passaram a representar mais da metade das notificações. Em 2023, 63,2% dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) foram de pessoas negras (49,7% pardas e 13,5% pretas), enquanto pessoas brancas corresponderam a 30,7% das ocorrências.

Esse cenário se reflete também nos óbitos: no mesmo ano, 63,0% das mortes por aids ocorreram entre pessoas negras, sendo 48,0% pardas e 15,0% pretas. Ademais, chama atenção a maior proporção de óbitos entre mulheres pretas (16,9%) em comparação aos homens pretos (14,0%), evidenciando a intersecção entre gênero e raça na vulnerabilidade à doença. Esses dados reforçam que o impacto da epidemia não se dá de maneira homogênea, sendo atravessado por desigualdades raciais e de gênero que exigem respostas específicas.

A feminização da epidemia também é um fator preocupante: em 2023, 77,7% das novas infecções em mulheres ocorreram entre aquelas em idade reprodutiva (15 a 49 anos), reforçando a importância do acesso ao planejamento reprodutivo, testagem precoce e início da terapia antirretroviral (TARV) para evitar a transmissão vertical do vírus. Além disso, observou-se um crescimento significativo da infecção entre mulheres com 50 anos ou mais, cuja proporção aumentou de 12,8% em 2013 para 21,1% em 2023, apontando para a

necessidade de ampliar ações preventivas voltadas a essa faixa etária. O agravamento dessas desigualdades se manifesta também em fatores como escolaridade, uma vez que os homens vivendo com aids apresentam, em média, maior nível de instrução do que as mulheres. Dessa forma, o enfrentamento da epidemia exige políticas públicas intersetoriais que contemplem não apenas a resposta biomédica, mas também a redução das iniquidades sociais e estruturais associadas ao HIV/aids.

Assim, no caso das mulheres vivendo com HIV/aids, essas dinâmicas se tornam ainda mais severas pela interseção com a violência de gênero, perpetuando desigualdades e reforçando a dupla estigmatização que marca suas vivências que não apenas está ligada à condição de saúde, mas também às construções sociais de gênero, o que agrava o acesso aos cuidados e a adesão ao tratamento. Essas mulheres não apenas lidam com o estigma da aids, mas também com o peso de serem vistas como vulneráveis em uma sociedade que constantemente reafirma as desigualdades em suas múltiplas dimensões e que envolvem principalmente as condições de gênero, raça e classe.

2.2 Feminização da epidemia de HIV no Brasil

O perfil da epidemia de HIV/aids no Brasil passou por transformações significativas ao longo das décadas. Inicialmente concentrada em grupos específicos, a epidemia gradualmente atingiu mulheres em proporções crescentes, em um fenômeno denominado feminização da epidemia. Esse processo está intrinsecamente relacionado às dinâmicas estruturais de gênero, que historicamente se organizaram sob bases hierárquicas, posicionando as mulheres em situações de maior vulnerabilidade. No contexto da epidemia, essas vulnerabilidades manifestam-se de diversas formas, como o acesso desigual à informação sobre prevenção, a dificuldade em negociar o uso de preservativos e a maior exposição à violência física e sexual. Dessa forma, a feminização da epidemia reflete não apenas uma mudança no perfil epidemiológico, mas também a interação complexa entre desigualdades sociais, relações de gênero e condições de vulnerabilidade que impactam a vida das mulheres.

Ao discutir a feminização da epidemia, Bastos (2001) destaca que, na África Subsaariana, desde os primeiros registros, a epidemia afetou desproporcionalmente as mulheres em comparação aos homens. Quando o HIV chegou ao Brasil, esperava-se que a dinâmica seguisse os padrões considerados "ocidentais", observados nos primeiros casos. No entanto, a evolução do cenário brasileiro desafiou essas previsões, evidenciando como as

desigualdades estruturais influenciavam a disseminação do HIV. Esse contexto levou a uma transformação progressiva da epidemia no país, com um aumento significativo da proporção de mulheres entre os novos casos. Esse quadro reforça a necessidade de compreender a feminização do HIV/aids como uma expressão das vulnerabilidades interseccionais que atravessam a vida das mulheres, configurando-se como um reflexo das desigualdades históricas e sociais que moldam suas realidades.

A feminização, embora se refira à identificação epidemiológica do aumento gradual de casos de aids registrados entre mulheres, não representa um fenômeno uniforme ou estático. Paralelamente ao crescimento de casos entre mulheres, verificou-se também um aumento entre heterossexuais, nas populações de baixa renda, em residentes de áreas interioranas e entre os jovens, caracterizando processos de heterossexualização, pauperização, interiorização e juvenilização da epidemia. Diante disso, defende-se a tese da interseccionalidade como ferramenta de reflexão acerca das vulnerabilidades às quais as mulheres são acometidas (Pires e Dagmar, 2019). Esses processos, evidenciam como a epidemia é moldada pelos determinantes sociais e como as desigualdades refletem na forma como grupos específicos vivenciam os impactos do HIV/aids.

Apesar de no campo feminino estar incluso mulheres diversas (cis, trans heterossexuais, lésbicas e bissexuais), Campany, Amaral, Santos (2021), vão apontar que:

[...] a feminização do HIV tem sido tradicionalmente tratada como questão exclusiva de mulheres cisgêneros e heterossexuais. Mulheres trans - por muito tempo equivocadamente incorporadas ao segmento de homens que fazem sexo com homens ou homens gays - sempre foram reconhecidas como população vulnerável. Já as mulheres lésbicas costumam ser compreendidas como um grupo excluído do risco de adquirir esta infecção. No entanto, mulheres cis heterossexuais (e bissexuais, quando mantêm relações afetivo-sexuais heteronormativas) so se tornaram objeto de preocupação no enfrentamento da epidemia de HIV e aids após o aumento dos índices de infecção deste segmento” (Campany, Amaral, Santos, 2021, p.375)

Desde o início da epidemia, a categoria de mulheres cisgêneras heteronormativas foi amplamente excluída das discussões acerca da vulnerabilidade ao HIV. Embora não foquem propriamente nesse grupo, Gonçalves e Varandas (2005), contribuem para essa análise ao apontar a ausência de um debate midiático sobre a disseminação do vírus entre as mulheres. A mídia, que desempenhou um papel crucial na construção da imagem social do HIV, como demonstrado anteriormente, negligenciou e até distorceu informações relevantes sobre as formas de transmissão que afetavam diretamente mulheres, obscurecendo seu risco de contaminação. Como afirmam as autoras:

Em alguns momentos, chegou a distorcer ou mesmo deixou de esclarecer a forma com que a transmissão da epidemia de fato acontecia, levando os pesquisadores a concluir que, em torno da doença existia um silêncio tocante à possível

contaminação da mulher. Tal atitude acabou possibilitando que as mensagens transmitidas causassem o impacto nesse grupo. Assim ficou obscurecida e camuflada a possibilidade de contaminação entre as mulheres. (Varandas e Gonçalves, 2005, p.231).

Nesse viés, após retratarem a lassidão com que a mídia tem abordado a condição de vulnerabilidade das mulheres brasileiras, as autoras vão se basear em Campbell (1999) para afirmar que a representação das mulheres pela mídia no início das campanhas de prevenção ao HIV/aids reforçou estereótipos que as colocavam em posições de responsabilidade pelo controle da epidemia. Isso porque as mulheres eram retratadas como responsáveis tanto pela transmissão do vírus quanto pela contenção da doença, com ênfase em seu papel de promotoras de práticas sexuais mais seguras. O conceito de “empoderamento psicológico”, originalmente apresentado por Carvalho e Gastaldo (2008), é retomado por Pires e Meyer (2019) como parte de uma estratégia de individualização e responsabilização. Segundo essa perspectiva,

[...] a crença de que exercer maior controle sobre sua própria vida, ter autoconfiança e gostar de si mesmo tornam os indivíduos mais capazes de se comportarem de determinadas formas (especialmente as concebidas como mais saudáveis), independente dos contextos sociais, culturais e políticos nos quais eles vivem. (Pires e Meyer, 2019, p. 103).

Essa abordagem transfere para as mulheres o ônus da prevenção e obscurece as desigualdades de gênero que permeiam a epidemia. Além disso, segundo diversas literaturas, a forma como as mulheres foram representadas pela mídia no início das campanhas educativas de prevenção ao HIV/Aids se concentrou em dois principais enfoques. O primeiro se refere à associação das mulheres ao "grupo de risco", particularmente no caso das profissionais do sexo, que foram estigmatizadas como responsáveis pela disseminação do vírus. A mídia e as políticas de saúde perpetuaram o estereótipo de que essas mulheres, classificadas como "desviantes" devido à multiplicidade de parceiros, eram as grandes vilãs da epidemia, enquanto os homens – como clientes ou parceiros – foram amplamente isentados de responsabilidade. Essa narrativa reforçou um imaginário moralista que negligenciava as dinâmicas sociais da transmissão, invisibilizando o risco enfrentado por mulheres casadas ou em relações monogâmicas, frequentemente expostas ao HIV por seus próprios parceiros (Gonçalves e Varandas, 2005).

O segundo enfoque concentra-se na transmissão vertical, na qual as mulheres foram predominantemente retratadas como vetores do vírus para seus filhos, e não como indivíduos necessitados de cuidados integrais. Pires e Meyer (2019) exemplificam essa perspectiva ao analisarem políticas como a Linha de Cuidados às PVHA no Rio Grande do Sul, que

priorizavam o controle da transmissão para os bebês, relegando as demandas de saúde das mães a um plano secundário. Acerca disso, Gonçalves e Varandas (2019) explicam que:

Sempre foi apresentado para a mãe que era um dever dela evitar o contágio, esquecendo-se que essa responsabilidade seria muito onerosa para aquela que gera, que sempre deseja um filho saudável. A idéia de desvincular o pai do processo de responsabilidade corroborou significativamente com os mecanismos legitimadores desta situação, em que só a mãe seria responsável pela saúde do bebê. (Gonçalves e Varandas, 2019, p.232).

Essas abordagens revelam uma lógica reducionista e funcionalista, que tratou as mulheres como instrumentos de controle epidemiológico, obscurecendo suas necessidades e direitos à assistência integral e humanizada.

Tendo como base os dois enfoques dados às mulheres em relação ao HIV/Aids e essa suposta responsabilização e culpabilização pelo sexo seguro, observa-se novamente a mulher posta ao papel socialmente definido a ela, de cuidadora, mãe e prostituta. Esse fenômeno reforça a construção da mulher como um ser cuja sexualidade deve ser vigiada, controlada e normatizada de acordo com estereótipos e expectativas sociais (Saffioti, 2011). A partir disso, podemos identificar como a mulher continua sendo constantemente colocada em uma posição em que suas escolhas e práticas sexuais são vistas como riscos a serem mitigados, ou como uma ameaça à ordem moral e à saúde pública. Esse controle sobre os corpos femininos, sob o pretexto da proteção à saúde, acaba por reduzir a mulher a um papel passivo, definido pelas necessidades de outros – seja o filho, o parceiro ou a sociedade em geral.

Ao mesmo tempo, essa responsabilização de gênero no campo da saúde reflete um processo de exclusão e marginalização, já que as questões relacionadas ao prazer, à autonomia e ao direito de escolha sobre o próprio corpo são sistematicamente desconsideradas. A visão reducionista da mulher como cuidadora ou transmissora do HIV impede que a discussão sobre o HIV/aids se amplie para uma compreensão mais complexa de suas realidades, relações e direitos (Company, Amaral e Santos, 2021). Essa abordagem também reforça a visão da mulher como um ser submisso e voltado para o cuidado do outro, enquanto a construção de uma abordagem integral de saúde, que respeite a autonomia e as escolhas das mulheres, permanece ausente.

É importante destacar que, embora a feminização do HIV tenha sido predominantemente associada às mulheres cisgêneras e heterossexuais, como observam Company, Amaral e Santos (2021), essa abordagem reflete uma perspectiva limitada, que não considera a diversidade das experiências femininas. Esse ponto é crucial para problematizar a maneira tradicional com que a feminização tem sido abordada nas políticas de enfrentamento ao HIV/aids. Embora as políticas de saúde pública tenham começado a reconhecer a

vulnerabilidade das mulheres cisgêneras ao HIV, à medida que os índices de infecção aumentaram. Considerando esses elementos, uma crítica essencial que deve ser apontada é que essas políticas ainda tendem a excluir ou minimizar as experiências de outros grupos de mulheres.

Embora as mulheres trans não se enquadrem diretamente no conceito de feminização – segundo um sistema cisheteronormativo; elas são, sem dúvida, vulneráveis ao HIV, enfrentando também diversas formas de violência de gênero. Seu reconhecimento como população vulnerável, frequentemente inserido em políticas direcionadas a homens que fazem sexo com homens (HSH), ainda reflete a invisibilidade das especificidades da transgeneridade. Damião et al (2022) ressaltam essa problemática ao afirmar que, embora,

[...] mulheres transexuais ainda continuam sendo alguns dos grupos mais acometidos pelo HIV/Aids, as histórias envolvendo vulnerabilidades relacionadas à identidade de gênero nestes grupos não tiveram destaque nos achados. Na observação participante, foram personagens menos presentes nos espaços e tampouco foram relatados nas entrevistas com profissionais e ACS. Esses ‘não dados’ nos fazem questionar se este grupo está sendo acolhido pela APS e se suas vulnerabilidades são percebidas. (Damião et al., 2022, p.171)

Conclui-se a partir disso que o Plano Integral de Enfrentamento da Aids, por exemplo, ao incorporar as especificidades de grupos como as mulheres trans, reflete um avanço importante, ao passo que reconhece a pluralidade das experiências e as diversas formas de exposição ao HIV. Contudo, é necessário discutir a notificação de mulheres trans como “homens” nos sistemas de informação, o que distorce as estatísticas e compromete uma leitura fiel das realidades epidemiológicas. Destaca-se que o próprio modo como esses corpos são identificados, muitas vezes com base em uma categorização rígida entre “homem” e “mulher”, não apenas reforça divisões estigmatizantes, mas também sublinha a necessidade de repensar as categorias de vulnerabilidade no contexto das políticas de saúde.

Tem-se assim que, a articulação entre o reconhecimento das especificidades das mulheres trans e as demandas de outras mulheres em situação de vulnerabilidade, como mulheres negras e indígenas, evidencia a necessidade de um olhar mais integrado e inclusivo no enfrentamento do HIV/aids. Essas populações, embora frequentemente invisibilizadas, representam uma parcela significativa da feminização da epidemia, sendo desproporcionalmente afetadas pelas desigualdades sociais, raciais e de acesso aos serviços de saúde. Embora o Plano Integral de Enfrentamento da Aids e o Sistema Único de Saúde (SUS) tenham promovido avanços importantes, ainda persistem desafios relacionados à superação de categorias estigmatizantes e à formulação de políticas públicas que abordem as múltiplas camadas de vulnerabilidade vivenciadas por essas mulheres. É fundamental que os

serviços de saúde ampliem não apenas o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, mas também assegurem um atendimento que reconheça as intersecções de gênero, raça e território, promovendo ações que integrem saúde sexual, reprodutiva e assistência integral às pessoas vivendo com HIV/aids.

3 VIVÊNCIA E RESISTÊNCIA DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS

A experiência de viver com HIV/aids carrega desafios que ultrapassam a esfera biomédica, perpassando dimensões sociais, políticas e subjetivas. Para as mulheres, essa vivência é atravessada por dinâmicas de gênero que intensificam vulnerabilidades, especialmente no que tange à violência de gênero e às dificuldades de acesso a direitos. A partir da revisão bibliográfica, fundamentada na literatura especializada, pretende-se sistematizar neste capítulo como essas mulheres enfrentam a dupla estigmatização imposta pelo viver com HIV/aids e pela desigualdade de gênero, bem como as formas de organização coletiva e luta por direitos que emergem desse contexto.

Para isso, apresenta-se o panorama da violência de gênero sofrida por MVHA, evidenciando o perfil dessas mulheres, as formas de violência relacionadas ao HIV/aids e seus impactos. Em seguida, discute-se as barreiras encontradas no acesso à saúde, incluindo o estigma por parte dos profissionais, a fragmentação do cuidado e a limitação de políticas públicas voltadas para essa população. Por fim, o capítulo abordará o ativismo e o fortalecimento das redes de apoio, destacando o papel fundamental da organização coletiva e das estratégias de resistência na luta por direitos e na resignificação da vivência com HIV/aids. Dessa forma, pretende-se demonstrar que, apesar dos desafios impostos pelo contexto social e institucional, as MVHA constroem caminhos de enfrentamento, reivindicação de direitos e fortalecimento mútuo, reafirmando sua autonomia.

3.1 Panorama da violência de gênero sofrida por mulheres vivendo com HIV/aids

O presente estudo baseia-se em um levantamento bibliográfico, uma abordagem metodológica que possibilita a identificação, seleção e análise de produções científicas relevantes sobre a interseção entre violência de gênero e mulheres vivendo com HIV/aids. Mais do que a mera organização de textos, a pesquisa bibliográfica possui um caráter analítico e interpretativo, permitindo a articulação de diferentes perspectivas teóricas e contextos empíricos para ampliar a compreensão do fenômeno estudado.

Nesse sentido, reitera-se a concepção de Minayo (2009) acerca do caráter qualitativo da pesquisa, que busca compreender fenômenos sociais por meio da análise aprofundada de significados, contextos e relações. Essa abordagem abrange um nível mais profundo das interações sociais, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à

quantificação de variáveis, sendo, portanto, adequada para abordar as experiências e vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres. Assim, a escolha dessa metodologia possibilita sistematizar o conhecimento acumulado sobre o tema, contribuindo para a compreensão das implicações dessas vivências, uma vez que a análise de aspectos da realidade social exige um olhar que vá além dos números e se concentre na dinâmica das relações sociais.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa prioriza a subjetividade do objeto estudado, buscando interpretar a realidade social a partir de uma perspectiva ampla e contextualizada. Com base nisso, Miotto e Lima (2007) apontam que a revisão bibliográfica não se limita à organização dos textos existentes, mas implica um esforço analítico e interpretativo para relacionar diferentes perspectivas e identificar tendências e desafios no campo estudado. Assim, este estudo adota uma abordagem qualitativa comprometida não apenas com a descrição dos dados, mas também com a interpretação crítica das informações levantadas, possibilitando reflexões aprofundadas sobre a dupla estigmatização enfrentada por mulheres que vivem com HIV/aids, visando contribuir para um debate teórico e empírico fundamentado sobre as interseções entre saúde, gênero e violência.

Tendo as contribuições de Guedes (2016) acerca da construção de projetos de pesquisa, a pesquisa bibliográfica exige a definição criteriosa dos descritores e a seleção rigorosa das fontes para garantir a qualidade da análise. Para o presente estudo, o levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: “Violência de gênero e HIV”, “Violência mulheres HIV”, “Feminização epidemia HIV” e “Gênero e HIV”. Essas palavras-chave foram selecionadas por sua capacidade de abarcar os principais aspectos que norteiam a relação entre violência de gênero e a epidemia de HIV, incluindo as dimensões sociais, culturais e de saúde pública.

A escolha da BVS como base de dados principal justifica-se pelo fato de que essa plataforma reúne uma ampla gama de publicações científicas na área da saúde, incluindo artigos, teses, dissertações, documentos técnicos e normativas governamentais. Além disso, conta com a colaboração de instituições de pesquisa e órgãos de saúde pública, garantindo um repositório qualificado e relevante para investigações acadêmicas. Sua interface também permite a aplicação de filtros específicos, como localização geográfica e período de publicação, tornando-se uma ferramenta estratégica para a seleção de materiais diretamente relacionados ao contexto brasileiro.

Como critérios de filtragem, foram considerados apenas estudos realizados no Brasil e publicados no período de 2014 a 2024. A delimitação temporal justifica-se pelo fato de que, a

partir de 2014, a notificação compulsória da infecção pelo HIV foi implementada no Brasil, ampliando a vigilância epidemiológica para além dos casos de aids, cuja notificação já era obrigatória desde 1986. Enquanto a notificação compulsória de 1986 se restringia aos diagnósticos de aids, ou seja, aos estágios avançados da infecção, a partir de 2014 passou-se a registrar todos os casos de HIV, independentemente da progressão da doença. Essa mudança possibilitou um monitoramento mais preciso da epidemia, permitindo intervenções mais precoces, ampliação do acesso ao tratamento e aprimoramento das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/aids. Além disso, a escolha desse recorte temporal possibilita a análise de avanços e desafios recentes na resposta à epidemia, com foco nas políticas voltadas às mulheres que vivem com HIV/aids.

O processo de seleção dos materiais, ocorreu em três etapas. Inicialmente, foram identificados **60 textos** a partir da leitura dos títulos. Em seguida, aqueles que se repetiam entre os diferentes descritores foram excluídos - totalizando **42 artigos**. Após essa triagem, procedeu-se à leitura dos resumos de cada um dos textos restantes, permitindo uma análise mais aprofundada do conteúdo. A partir dessa etapa, foram selecionados **21 artigos** que atendiam aos critérios estabelecidos e dialogavam diretamente com o objeto da pesquisa. Foram priorizados materiais que discutem diretamente a relação entre violência de gênero e HIV/aids. Desta forma, estudos que não abordavam essa interseção específica ou que se restringiam a outras populações foram excluídos.

A partir da leitura e análise dos estudos levantados, diversos aspectos comuns emergem na literatura de mulheres vivendo com HIV/aids. Os estudos realizados sobre a temática trazem como categorias centrais a intersecção entre gênero, estigma e vulnerabilidade social, evidenciando como essas dimensões estruturam as experiências dessas mulheres e impactam seu acesso à saúde, à segurança e à qualidade de vida. Os textos analisados apontam que as mulheres que vivem com HIV/aids no Brasil são predominantemente de baixa renda, com baixo nível de escolaridade e inseridas em contextos de vulnerabilidade social (Villela e Barbosa, 2017). A feminização da epidemia é destacada como um fenômeno crescente, relacionado a desigualdades de gênero que limitam a autonomia feminina sobre sua própria sexualidade, e acesso a formas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Ademais, “ainda que todas as mulheres sejam suscetíveis à violência e aquisição do HIV/aids, há maior vulnerabilidade em alguns grupos” (Ceccon e Meneghel, 2017, p.1089), principalmente jovens, negras e periféricas aparecem como grupo desproporcionalmente afetado, refletindo desigualdades estruturais históricas.

A análise dos estudos levantados revela que a aquisição do HIV pelas mulheres está frequentemente inserida em contextos de vulnerabilidade afetiva e desigualdade de gênero, nos quais o amor, a confiança nos parceiros e a dificuldade em negociar o uso do preservativo emergem como fatores determinantes, em que o tempo de duração do relacionamento aparece como fator preponderante para a decisão de abolir o uso da camisinha (Lourenço, Amazonas e Lima, 2018; Villela e Barbosa, 2017).

Conforme é possível identificar nas bibliografias analisadas, muitas mulheres relataram ter adquirido o HIV dentro de relações derivadas e monogâmicas, confiando na fidelidade de seus parceiros e, por isso, não utilizando métodos de proteção, retomando ao “mito do amor romântico”, abordado nos diferentes artigos. A construção social da confiança nos relacionamentos amorosos e do ideal de fidelidade conjugal muitas vezes leva à negligência do uso do preservativo, ampliando a vulnerabilidade feminina à infecção pelo vírus. Além disso, a resistência de parceiros ao uso do preservativo é um aspecto amplamente debatido na literatura. Estudos apontam que muitas mulheres enfrentam pressão para manter relações sexuais sem proteção, seja pela crença de que o uso do preservativo sugere desconfiança na relação, seja por concepções masculinizadas que associam a proteção à perda do prazer sexual:

[...] em uma sociedade machista e patriarcal como a nossa, o que remonta às suas raízes históricas, a exigência do uso de preservativo por uma mulher, com outra finalidade que não seja a contracepção, implica riscos que perpassam tanto as questões ligadas à afetividade, como a desconfiança do companheiro, quanto às questões culturais vinculadas ao estigma atribuído às mulheres que demonstrem conhecimento ou iniciativa no campo da sexualidade (Lourenço, Amazonas e Lima, 2018, p.271).

A dificuldade em negociar o uso do preservativo reflete as desigualdades de gênero presentes nas relações heterossexuais, limitando a autonomia das mulheres sobre sua própria sexualidade e comprometendo sua capacidade de prevenção. A desinformação sobre o HIV/aids e as formas de prevenção também se apresenta como um fator estruturante da vulnerabilidade feminina à infecção. Muitas ainda carregam concepções equivocadas sobre o HIV, como a crença de que a infecção atinge apenas determinados grupos populacionais ou de que apenas mulheres com múltiplos parceiros estariam em risco, o que contribui para a negligência da proteção.

Nesse sentido, um ponto central nos estudos é o impacto do estigma na vida das mulheres vivendo com HIV/aids. O vírus continua associado a uma falsa ideia de desvio de comportamento, gerando uma polarização entre aquelas que internalizam a infecção como uma punição por atitudes consideradas transgressoras e aquelas que não reconhecem sua

posição de vulnerabilidade por fazerem um ‘uso correto da feminilidade’. (Lourenço, Amazonas e Lima, 2018). Ainda sobre o estigma construído, o estudo realizado por Ceccon e Meneghel (2017) traz que:

[...] a maioria das mulheres enfrenta dificuldades na revelação do HIV/aids e prefere ocultar a doença para não sofrer preconceitos e discriminações, sendo culpabilizadas inclusive pelos homens que as contaminaram. Mesmo quando o vírus foi transmitido pelo parceiro, recai sob a mulher a culpa e a responsabilidade, pois a relação conjugal é instituída pela desigualdade de gênero. (Ceccon e Meneghel, 2017, p. 1097)

O medo da discriminação leva muitas a ocultarem seu diagnóstico, o que pode resultar no isolamento social e na dificuldade de adesão ao tratamento, agravando ainda mais sua vulnerabilidade psicológica e econômica. Esse contexto de estigmatização não apenas afeta a vida individual das mulheres, mas também tem reflexos em diferentes esferas de sua vivência.

Esses elementos evidenciam que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV não é apenas biológica, mas profundamente social e relacional, estando enraizada em construções de gênero que limitam sua autonomia, dificultam seu acesso à informação e expõem-nas a contextos de risco nos quais a prevenção muitas vezes não é uma escolha possível. Desta maneira, a violência de gênero se apresenta como um aspecto central na vulnerabilidade ao HIV/aids, sendo amplamente trazida por mulheres vivendo com o vírus, incluindo episódios ocorridos antes mesmo do diagnóstico. Muitas dessas mulheres já enfrentavam contextos de violações de direitos que as tornavam mais suscetíveis à infecção (Silva, et al., 2016). Em concordância com isso, Ceccon e Meneghel (2017) apontam que:

As trajetórias de vida das mulheres foram marcadas por desigualdades de gênero, vulnerabilidades, iniquidades e violação de direitos humanos, impulsionadas pelas normas regulatórias de gênero e pelos processos de estigmatização ao HIV/ aids. Dentre as dimensões individuais, sociais e programáticas da vulnerabilidade vivenciada por essas mulheres, pode-se concluir que na infância elas não tiveram cuidado e proteção adequados e foram vítimas de negligência e violências; na adolescência, não conseguiram evitar relacionamentos abusivos e negar relações sexuais indesejadas. Na vida adulta, sofreram com a falta de educação formal e qualificação para o trabalho, e buscaram segurança na prostituição ou em casamentos, nos quais precisaram conviver com as infidelidades e violências. (Ceccon e Meneghel, 2017, p.1099).

Esse histórico apresentado reflete em diversas formas de opressão e coação que perpassam suas vidas, exacerbando sua exposição ao HIV e dificultando o enfrentamento da doença. Ressalta-se a partir disso que a vulnerabilidade se agrava quando a iniciação sexual ocorre de maneira precoce e em contextos de coerção. Mulheres que sofreram violência sexual ao longo da vida apresentam maior risco de infecção pelo HIV, tanto pela exposição forçada a relações desprotegidas quanto pelas consequências emocionais e psicológicas da

violência, que podem impactar a autoestima e a capacidade de tomar decisões sobre sua própria saúde sexual (Ceccon e Meneghel, 2017)

Após o diagnóstico, essa realidade soma-se ao estigma e à discriminação associados ao HIV. Essa violência se manifesta de diferentes formas, atravessando suas experiências em âmbitos como relações afetivas, familiares, institucionais e no próprio acesso à saúde. Nesse contexto, a violência física e psicológica é uma experiência comum, especialmente após a revelação do diagnóstico, levando muitas mulheres a serem agredidas por parceiros e familiares. Já a violência institucional se manifesta na dificuldade de acesso a serviços de saúde, na discriminação por parte de profissionais e na violação de direitos fundamentais, como a negativa de atendimento em hospitais e o despreparo de órgãos de proteção, como delegacias da mulher.

Os textos analisados também apontam que a violência simbólica também se faz presente, reforçando discursos de culpa e moralidade sexual sobre as mulheres que vivem com HIV/aids (Lourenço, Amazonas e Lima, 2018; Damião, et al, 2022). O estigma associado à infecção recai de maneira desproporcional sobre elas, reforçando a ideia de que são responsáveis pela própria condição e alimentando a exclusão social. Por fim, a violência sexual também se configura como uma importante dimensão dessa problemática, uma vez que muitas mulheres enfrentam a impossibilidade de negociar o uso do preservativo e são expostas ao risco de infecção pelo vírus em relações abusivas (Ceccon, Meneghel e Íñiguez, 2020). Assim, os textos analisados demonstram que as diversas formas de violência enfrentadas não são apenas consequências do diagnóstico, mas que também é reflexo de um conjunto das desigualdades de gênero que permeiam suas vidas.

Em resumo, a revisão bibliográfica evidenciou os principais elementos recorrentes na experiência de mulheres vivendo com HIV/aids, como aspectos do perfil socioeconômico, dinâmicas de vulnerabilidade e formas de violência relatadas nos estudos. Essas questões atravessam não apenas suas trajetórias individuais, mas também o acesso e a permanência nos serviços de saúde.

Dando continuidade à discussão, o próximo tópico abordará os desafios enfrentados no contexto do SUS, trazendo outras características presentes na revisão bibliográfica, considerando as barreiras que impactam a efetivação do cuidado e a garantia de direitos.

3.2 Barreiras encontradas por mulheres HIV+ no acesso a cuidados de saúde

O acesso universal e equitativo à saúde é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, mulheres que vivem com HIV/aids enfrentam inúmeras barreiras para exercer esse direito, as quais vão além das dificuldades estruturais do sistema de saúde e se entrelaçam com desigualdades de gênero, estigma e discriminação. Essas barreiras comprometem não apenas a adesão ao tratamento, mas também a qualidade de vida dessas mulheres, intensificando a vulnerabilidade social.

Dentre os desafios encontrados, estudos apontam relatos de experiências de constrangimento, preconceito, intolerância e exclusão social por parte de profissionais de saúde (Silva et al; 2016), evidenciando um despreparo técnico e ético no acolhimento desses pacientes. Esse cenário resulta no medo de procurar atendimento, impactando níveis de continuidade do cuidado e aumentando o risco de complicações relacionadas à infecção pelo HIV devido ao afastamento das mulheres que vivem com HIV/aids do acompanhamento médico regular. Além da discriminação, as dificuldades de ordem socioeconômica e geográfica também se configuram como obstáculos significativos no acesso à saúde. Tendo em vista o perfil dessas mulheres, trazido no tópico anterior, estas frequentemente enfrentam problemas como baixa renda, desemprego e dificuldades de deslocamento até os centros especializados de atendimento.

A distância dos serviços especializados dificulta ainda mais a adesão ao tratamento e o acesso a exames essenciais para o monitoramento da infecção. Damião et al. (2022) destacam que a fragmentação entre a Atenção Primária e os serviços especializados compromete a continuidade do cuidado, especialmente para mulheres que vivem em áreas periféricas, onde a estrutura de saúde é limitada e o deslocamento até centros de referência representa um obstáculo significativo. Da mesma forma, Carvalho e Monteiro (2021) apontam que muitas mulheres que vivem com HIV enfrentam barreiras geográficas para acesso aos serviços, o que impacta diretamente a regularidade do tratamento e do acompanhamento médico.

Embora essa dificuldade esteja associada a condições estruturais de determinadas comunidades, como aponta a pesquisa de Damião et al, (2022), trata-se de uma realidade recorrente no contexto do HIV/aids, em grande parte devido ao estigma social que cerca a infecção. Muitas pessoas não são protegidas em seu próprio território, temendo que vizinhos e conhecidos descubram seu diagnóstico. Vilela e Monteiro (2015) evidenciam que o preconceito relacionado ao HIV faz com que os indivíduos evitem serviços de saúde próximos de suas residências para preservar sua privacidade, o que pode levá-los a buscar atendimento

em locais distantes ou até mesmo ao abandono do acompanhamento médico. Essa é uma questão reforçada por Damião et al. (2022), ao destacarem que “o sucesso no manejo do sigilo passa a ser um fator decisivo para a garantia do acesso e da continuidade do tratamento, uma vez que a unidade está inserida no território e, portanto, sua quebra pode ter impacto na vida familiar e social.” (p.169).

Outro desafio importante diz respeito à fragmentação do atendimento em saúde, especialmente no que se refere à integração entre os serviços de cuidado com HIV/aids e a saúde reprodutiva. Carvalho e Monteiro (2021) destacam que muitas mulheres que vivem com HIV/aids relatam dificuldades no acesso aos serviços ginecológicos e ao acompanhamento pré-natal, devido ao preconceito em relação à sua capacidade de exercer a maternidade. Essa discriminação está associada a uma visão moralizante, que questiona a legitimidade de seus desejos reprodutivos e reforça estereótipos de gênero que desconsideram a autonomia das mulheres sobre seus corpos e decisões.

A maternidade entre mulheres que vivem com HIV/aids é um tema recorrente na revisão bibliográfica, sendo atravessada por concepções morais, desafios estruturais e pelo estigma da infecção. Henrich e Kern (2015) indicam que a construção social da maternidade impõe expectativas rígidas sobre as mulheres, muitas vezes desconsiderando suas condições individuais e contextos específicos. No caso das mulheres que vivem com HIV/aids, o processo de gestação é ainda mais desafiador, pois a gravidez é muitas vezes vista como uma atitude irresponsável, levando a um questionamento da legitimidade de suas escolhas como mães.

A identificação do HIV em mulheres ocorre, em grande parte, durante o pré-natal, o que muitas vezes resulta em uma desatenção para aquelas que não estão grávidas, limitando o acesso ao rastreamento oportuno e ao tratamento adequado. Em conformidade com isso, Villela e Barbosa (2017) apontam que:

A não prioridade das mulheres no cenário da epidemia brasileira faz com que as ações voltadas para este grupo populacional se mantenham restritas à identificação de gestantes com HIV visando à prevenção da transmissão para a criança, o que limita o acesso das não grávidas ao diagnóstico e ao início oportuno do tratamento. Diagnóstico e tratamento precoces têm sido cruciais para a redução da mortalidade por aids. Entretanto, para que o diagnóstico seja realizado, que o tratamento seja iniciado de forma oportuna e que haja adesão, são necessários, além destes recursos biomédicos, suportes psicossociais que contribuam para a aceitação do diagnóstico e elaboração de formas de convívio com a infecção que permitam o desfrute da vida e a continuidade dos projetos que lhe dão sentido. A garantia de uma vida com qualidade, apesar do HIV, exige o manejo contínuo dos conflitos decorrentes do diagnóstico e das suas repercussões no cotidiano e nas decisões a serem tomadas, de modo a atender as demandas necessárias à construção do viver com HIV/aids que surgem no processo de “normalização” da vida pós-diagnóstico. (Villela e Babosa, 2017, p.89)

Essa abordagem biomédica, embora essencial para a redução da transmissão vertical, muitas vezes falha ao ignorar as necessidades emocionais, sociais e reprodutivas das gestantes HIV+. A centralidade no bebê faz com que mulheres não grávidas sejam marginalizadas nas estratégias de rastreamento e tratamento, o que contribui para diagnósticos tardios e o agravamento dos quadros de saúde. Medeiros e Jorge (2018) destacam que a experiência da gravidez em mulheres que vivem com HIV/aids é marcada por ambivalências: por um lado, o desejo de exercer a maternidade, mas, por outro, o medo da transmissão do vírus e as incertezas sobre o futuro. A gestação pode, assim, fortalecer a adesão ao tratamento, mas também intensificar o sofrimento psíquico devido às barreiras enfrentadas, como o atendimento discriminatório e o medo do julgamento social. Esse julgamento moral se reflete tanto no convívio social quanto na relação com os serviços de saúde, onde mulheres grávidas podem ser vistas como "portadoras de risco", afetando o acesso e o acolhimento no cuidado.

A fragmentação dos serviços de saúde e as barreiras no atendimento reduzidas para a manutenção das desigualdades de gênero no campo da saúde, comprometem a autonomia reprodutiva e o bem-estar das mulheres que vivem com HIV/aids. Damião et al. (2022) destacam que, embora a Atenção Primária à Saúde (APS) seja a principal porta de entrada do SUS, muitas mulheres que vivem com HIV/aids enfrentam dificuldades na articulação entre os diferentes níveis de atenção, o que resulta na descontinuidade do cuidado e na limitação do acesso a exames e medicamentos essenciais. Essas dificuldades são ainda mais expressivas para mulheres negras, indígenas e transgêneros vivendo com HIV/aids, devido ao racismo estrutural e à transfobia presentes na sociedade e, muitas vezes, dentro do próprio sistema de saúde.

No caso das mulheres transgêneros, há barreiras adicionais para acesso a atendimento adequado, seja por falta de preparação das equipes de saúde ou pela transfobia institucional. Estas lidam com a falta de protocolos específicos para suas necessidades e com a transfobia presente no atendimento Abreu et al. (2019) ressaltam que a precarização do cuidado para essa população compromete o acompanhamento contínuo, tornando-as mais vulneráveis às complicações de saúde, o que reforça as desigualdades já existentes. Essa é uma perspectiva central apontada por Magno et al. (2019):

[...] muitos estudos relatam as dificuldades das mulheres transgênero no acesso a serviços de testagem e aconselhamento de HIV, falta de acesso às informações de prevenção, falta de confidencialidade dos resultados dos testes de HIV em serviços públicos de saúde e pouco acesso ao preservativo. A autopercepção de discriminação foi associada no Brasil com a resistência à testagem para HIV. E mesmo aquelas já testadas para HIV enfrentaram mais estigma ao acessar os serviços de testagem e manejo do HIV, quando comparadas àquelas que nunca

foram testadas. A estigmatização também pode dificultar a retenção das mulheres transgênero nos serviços de cuidado ao HIV. (Magno et al.,2019, p.12)

Além dos desafios estruturais, a vivência da sexualidade e a construção da autoimagem também são aspectos centrais para mulheres HIV+, que muitas vezes lidam com o medo do julgamento e da exclusão social após o diagnóstico. Suto et al. (2021) apontam que essa insegurança afeta mulheres de diferentes gerações, influenciando suas relações afetivas e sexuais, reforçando assim a marginalização das mulheres vivendo com HIV/aids. Desta maneira, além das barreiras institucionais que dificultam o acesso ao cuidado, a estigmatização também impõe desafios subjetivos, tornando essencial uma abordagem que contemple não apenas o tratamento biomédico, mas também o acolhimento e o suporte psicossocial.

Para além do estigma e das dificuldades estruturais, a insegurança alimentar e as desigualdades socioeconômicas agravaram ainda mais a situação das MVHA. Um estudo realizado por Lima et al. (2021) destaca a maior insegurança alimentar das mulheres vivendo com HIV/aids em comparação com os homens e aponta que:

Pessoas que vivem sem acesso adequado aos alimentos, vivenciam constrangimentos que em PVHA podem vir a ser piores devido à discriminação e à demanda de outras necessidades terapêuticas³⁰. Atingir e manter uma nutrição ideal é considerada um complemento importante no atendimento clínico de pacientes infectados pelo HIV, pois uma boa nutrição pode melhorar a função imunológica de um indivíduo, limitar as complicações específicas da doença e melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência. (Lima et al., 2021, p.3922)

Ou seja, a qualidade de vida dessas mulheres é significativamente impactada pela falta de acesso à alimentação adequada, o que pode comprometer a adesão ao tratamento antirretroviral e agravar as consequências da infecção.

Diante desse cenário, é fundamental que políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres que vivem com HIV/aids sejam aprimoradas, garantindo a superação das barreiras estruturais e simbólicas que dificultam seu acesso ao cuidado. A qualificação dos profissionais de saúde para um atendimento humanizado e livre de discriminação, bem como a ampliação de estratégias de atenção integral, são medidas essenciais para garantir a equidade no direito à saúde. Para isso, é crucial que a produção do cuidado amplie sua visão para além dos aspectos biomédicos, considerando também as demandas subjetivas, emocionais e sociais dessas mulheres. A promoção de um acompanhamento integral, que respeite a autonomia reprodutiva e a dignidade das mulheres HIV+, deve ser um objetivo central das políticas públicas de saúde diante da necessidade de uma abordagem decolonial no cuidado à saúde, considerando as interseções de gênero, classe e raça (Gonçalves et al., 2024).

Além disso, a feminização da epidemia de HIV abre espaço para discussões mais profundas sobre as interconexões entre vida privada, saúde sexual, relações de gênero e saúde pública. Von Mühlen et al (2014) observam que essas questões não podem ser tratadas isoladamente, pois as barreiras socioculturais que dificultam o controle da epidemia estão intimamente ligadas às normas de gênero, à distribuição desigual de poder nas relações sexuais e às percepções estigmatizadas em torno da mulher que vive com HIV /aids. Essas barreiras socioculturais não apenas dificultam a efetivação do cuidado, mas também perpetuam a marginalização de um grande número de pessoas que vivem com HIV/aids, contribuindo para a manutenção das desigualdades no acesso ao cuidado.

3.3 Ativismo, fortalecimento rede de apoio e emancipação

Diante das múltiplas barreiras que as mulheres que vivem com HIV/aids enfrentam no acesso aos cuidados de saúde e na garantia de seus direitos, a organização coletiva e o fortalecimento de redes de apoio emergem como estratégias fundamentais para a superação dessas dificuldades. Como discutido no tópico anterior, a estigmatização e a violência de gênero não apenas impactam diretamente a saúde e o bem-estar dessas mulheres, mas também limitam suas possibilidades de autonomia e inclusão social. Nesse contexto, o ativismo de mulheres que vivem com HIV tem desempenhado um papel central na luta contra o preconceito e pela ampliação do acesso às políticas públicas, promovendo espaços de acolhimento e resistência. Assim, este tópico trata da importância das redes de apoio e do ativismo para a construção de novas possibilidades de enfrentamento do estigma vivenciado por essas mulheres e evidencia iniciativas que podem contribuir para o empoderamento das mulheres que vivem com HIV/aids.

Villela e Barbosa (2017), a partir da pesquisa realizada acerca das trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil, ressalta “o menor engajamento das mulheres no enfrentamento da epidemia e do estigma relacionado ao HIV/aids, o que confere maior solidão no processo de elaboração da sua convivência com a infecção.” (p.88). Esse fato gera impactos significativos na formulação de uma agenda política externa para a desconstrução do estigma relacionado ao HIV sob uma perspectiva feminina. A falta de representatividade dificulta a exigência de políticas públicas que atendam às especificidades das mulheres, dificultando o avanço de ações específicas para a prevenção, como o diagnóstico precoce e o manejo da infecção em todas as fases de suas vidas.

Diante desse menor engajamento e mobilização apontados, é necessário considerar como as próprias construções sociais do feminino apresentam para a fragmentação das mulheres enquanto grupo político. Como discutido no primeiro capítulo, o patriarcado opera por meio da imposição de papéis de gênero que não apenas subalternizam as mulheres, mas também as dividem entre aquelas que se enquadram nos padrões normativos e aquelas que são marginalizadas. Heleieth Saffioti (2004) argumenta que a dominação patriarcal não se dá de forma fluida, mas se articula com outras formas de opressão, como classe e raça, criando raças dentro do próprio grupo de mulheres. Assim, as mulheres que vivem com HIV/aids frequentemente enfrentam não apenas o estigma do HIV/aids mas também a desqualificação social que as afasta de uma identidade feminina idealizada, muitas vezes associada à maternidade e à sexualidade regulada pelo matrimônio.

Esse processo reforça a dificuldade de construção de uma identidade coletiva entre as essas mulheres, que, em muitos casos, não se reconhecem como parte de uma luta comum. Joan Scott (1989) destaca que o gênero é uma identidade situada em um campo de disputa no qual o feminino é construído e reconstruído a partir das relações de poder. No caso das mulheres com HIV/aids, a internalização do estigma e a fragmentação decorrente dos papéis sociais e dos impostos dificultam que se vejam como sujeitos que possuem a potencialidade de atuarem coletivamente e politicamente. Muitas permanecem isoladas em suas experiências individuais, limitadas pelas representações que as associam à culpa, à irresponsabilidade ou à promiscuidade, reforçando a ideia de que sua condição é um desvio da norma social e não um problema de saúde pública e direitos humanos.

Dessa forma, a dificuldade de mobilização dessas mulheres não pode ser atribuída apenas à falta de iniciativa individual, mas deve ser compreendida dentro das dinâmicas estruturais que promovem sua segregação e silenciamento. A superação dessa fragmentação exige a criação de espaços que permitam a sobrevivência de suas identidades a partir do reconhecimento de suas experiências comuns, fortalecendo laços de solidariedade e reivindicando políticas que considerem suas necessidades específicas. A luta contra o HIV/aids, portanto, não pode ser dissociada da luta contra as opressões de gênero, classe e raça que estruturam a vulnerabilidade dessas mulheres, tornando o fortalecimento das redes de apoio e do ativismo um elemento central para a transformação de sua realidade.

Ao mesmo tempo, Villela e Barbosa (2017) ainda afirmam a importância de considerar a capacidade das agências dessas mulheres, para que não sejam reduzidas a vítimas passivas de um contexto de opressão. Apesar das condições impostas, a mobilização das mulheres que vivem com HIV/aids, por meio do ativismo e da construção de redes de apoio, tem sido uma

resposta fundamental ao estigma e à violência de gênero que as atravessam e evidenciam a importância de considerar sua capacidade de agência, rompendo com discursos que são direcionados exclusivamente à condição das vítimas.

A presença da violência na vida das entrevistadas coincide com o que tem sido considerado outro importante desafio para a redução da vulnerabilidade das mulheres à infecção. Chama a atenção as formas distintas com que as mulheres lidaram com esta circunstância ao longo das suas vidas. Algumas reproduziram, nas suas relações amorosas e conjugais, as relações abusivas que haviam vivenciado nas suas casas, mas outras romperam com o ciclo de violência e estabeleceram novos padrões de relacionamento afetivo e familiar, independente da sua situação de pobreza, da baixa escolaridade e da infecção pelo HIV. Ou seja, há uma capacidade de agência, por parte das mulheres, que deve ser valorizada para que não sejam reduzidas a vítimas, seja de um parceiro infiel ou violento ou de uma família desestruturada (Villela e Barbosa, 2017, p.94)

Tendo como base Saffioti (2004), afirma-se diante do exposto, que embora as mulheres estejam historicamente situadas em uma posição subalternizada, a dominação não se dá de forma absoluta. Há brechas que permitem resistências e formas de enfrentamento ao poder patriarcal. Esse processo de resistência e transformação dialoga diretamente com o debate teórico sobre a constituição das mulheres como sujeitas de sua própria história, o que exige um olhar crítico sobre as estruturas patriarcais que moldam suas experiências, sem, no entanto, desconsiderar sua capacidade de ação.

A experiência do ativismo feminino no contexto da feminização da epidemia a partir dos anos 1990, revela como essas mulheres, historicamente marginalizadas, reivindicam seu protagonismo na luta por direitos, saúde e dignidade. Conforme destaca Cajado e Monteiro (2018), a participação em coletivos e movimentos sociais possibilita a ressignificação da vivência com HIV/aids, promovendo o empoderamento, no sentido freiriano, o fortalecimento de vínculos solidários entre mulheres que compartilham experiências semelhantes. Esses espaços, além de oferecerem suporte emocional, são fundamentais para a construção de estratégias de enfrentamento ao preconceito e para a incidência política na formulação de políticas públicas mais inclusivas.

O ativismo das mulheres HIV+ não se restringe apenas à luta pelo acesso a tratamentos e direitos básicos; ele também se estende ao debate sobre a sexualidade e a autonomia feminina. O fortalecimento das redes de apoio, tanto institucionais quanto comunitárias, contribui diretamente para essa ressignificação, ao oferecer acolhimento e informações que possibilitem que essas mulheres vivam sua sexualidade com mais liberdade e segurança, tendo em vista que:

A maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV transcorre por questões complexas, que vão desde o comportamento sexual “esperado” para cada gênero, os papéis sociais a serem cumpridos por homens e mulheres, até mesmo a dinâmica de

poder entre os gêneros. Nesse sentido, as mulheres continuam com a autonomia sexual comprometida, mantendo-se na desigualdade entre os gêneros e assimetria das relações, o que potencializa e sobrepõem as vulnerabilidades. (Suto et al., 2021, p.2)

A existência dessa desigualdade, está ancorada nas relações patriarcais que estruturam a sociedade, nas quais as mulheres são historicamente subordinadas e socialmente condicionadas a exercerem papéis relacionados ao cuidado e à passividade (Saffioti, 2011; Hirata, 2018). Esse processo, longe de ser apenas um reflexo da cultura, se materializa em relações concretas de exploração, nas quais as mulheres, especialmente as mais vulneráveis, encontram maiores dificuldades para exercer autonomia sobre seus corpos e sua sexualidade. Lisboa (2010) destaca que essa dominação se expressa tanto no âmbito privado, por meio das relações conjugais e familiares, quanto no espaço público, na forma de barreiras institucionais e de um discurso biomédico que, muitas vezes, desconsidera a subjetividade das mulheres.

Suto et al. (2021) apontam que a vivência da sexualidade por mulheres com HIV/aids ainda é marcada por tabus e pelo medo da exclusão, o que reforça a necessidade de espaços de diálogo e apoio que permitam a construção de narrativas que rompam com a culpabilização e o silenciamento. Essa culpabilização, conforme argumentam Cisne e Santos (2018), está associada a um modelo estrutural de opressão de gênero que reforça a responsabilização individual das mulheres por sua condição, ao invés de considerar os determinantes sociais que ampliam sua vulnerabilidade.

O processo de feminização do HIV no Brasil, entretanto, demonstra que a vulnerabilidade das mulheres à infecção está diretamente relacionada a fatores sociais, econômicos e culturais, evidenciando a importância de políticas públicas que levam em conta essas especificidades (Campany, Amaral e Santos, 2021). Por isso, a articulação entre gênero, feminismo e saúde pública tem sido fundamental para ampliar a compreensão sobre as vulnerabilidades que afetam as mulheres que vivem com HIV/aids. Von Muhlen, Saldanha e Strey (2014) ressaltam que a interseccionalidade entre esses campos permite evidenciar como as desigualdades estruturais impactam a saúde dessas mulheres e, ao mesmo tempo, como o feminismo tem sido uma ferramenta essencial na luta pelas melhores condições de vida e contra uma discriminação. Nesse sentido, os coletivos feministas e as organizações da sociedade civil desempenham um papel central na ampliação do debate sobre HIV/aids, incorporando perspectivas de gênero e promovendo ações que vão além da assistência biomédica, alcançando também as dimensões sociais e subjetivas da epidemia.

Um exemplo dessa atuação é destacado por Greco (2016), ao evidenciar o papel fundamental da sociedade civil desde o início da epidemia de HIV/aids no Brasil. A

participação ativa de cidadãos e de grupos comprometidos com a defesa dos direitos humanos foi, e continua sendo, essencial para a formulação e a manutenção das políticas públicas de enfrentamento à epidemia. Esses movimentos não apenas pressionaram o Estado por respostas mais eficazes, como também desenvolveram a construção de uma abordagem que vai além do tratamento biomédico, incorporando dimensões sociais, políticas e de garantia de direitos para as pessoas que vivem com HIV/aids.

Um exemplo emblemático dessa mobilização no Brasil é o Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP), que se destaca como uma das principais redes de ativismo lideradas por mulheres vivendo com HIV/aids. Conforme explicado por Cajado e Monteiro (2018), o MNCP tem desempenhado um papel central na luta contra o estigma e na promoção de políticas públicas que consideram as especificidades das mulheres vivendo com HIV/aids, incorporando não apenas a questão da saúde, mas também direitos sociais e econômicos. Desta maneira, o movimento se estrutura a partir da perspectiva da “ética do cuidado”, destacando a importância da solidariedade, do suporte mútuo e do fortalecimento da autonomia dessas mulheres frente às múltiplas vulnerabilidades que enfrentam.

Essa perspectiva evidencia como as desigualdades de gênero influenciam não apenas a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV, mas também as dinâmicas de cuidado que atravessam suas vidas. Com isso, o cuidado historicamente associado ao feminino e naturalizado como um dever das mulheres assume uma dimensão política quando reivindicado como direito e responsabilidade compartilhada. Como ilustrado pelas experiências das mulheres do MNCP:

[...] os atributos e os papéis sociais conferidos nas relações da vida cotidiana e nas práticas de (auto) cuidado ainda legitimam poderes de decisão diferenciados entre os gêneros e atravessam a vida de todas elas. A construção de um olhar de visibilidade, valorização e democratização da prática do cuidado enquanto trabalho, no dia a dia das pessoas, poderia contribuir para a mudança nessas relações. Para tanto, é preciso reconhecer a necessidade de uma politização do cuidado, identificando as diferenças e sendo capaz de atuar intersetorialmente na desconstrução das desigualdades sociais. (Cajado e Monteiro, 2018, p.196)

Diante desses elementos, é possível ver que a luta das mulheres no MNCP ultrapassa o acesso a tratamentos e políticas públicas, ao desafiar as relações de poder estruturais e exigir transformações profundas que combatem a desigualdade em suas diversas dimensões. A politização do cuidado, conforme apontam Cajado e Monteiro (2018), é uma estratégia essencial para fortalecer a autonomia dessas mulheres, mas também para questionar as bases que sustentam sua vulnerabilidade social e de gênero. A crítica marxista, ao analisar a estrutura e a dinâmica das classes, assim como a divisão desigual do trabalho, nos ajuda a entender como a subordinação das mulheres está imbricada com as relações econômicas e

sociais que perpetuam sua opressão. Nesse sentido, a emancipação das mulheres não pode ser alcançada apenas por meio de reformas superficiais, mas requer a desconstrução das bases materiais que sustentam as desigualdades de classe e gênero.

No entanto, Cajado e Monteiro (2018) destacam uma ausência crítica dentro do próprio movimento: a falta de uma reflexão mais aprofundada sobre a ética do cuidado sob uma perspectiva feminista. Essa lacuna é ainda mais significativa em um contexto de precarização da saúde pública e enfraquecimento dos movimentos sociais no campo da aids. As dificuldades de articulação, a redução de financiamentos e a perda de protagonismo da sociedade civil na formulação de políticas para o HIV/aids demonstram como o movimento está sendo impactado por um sistema político e econômico que não prioriza a luta pelos direitos das mulheres.

Neste cenário, o ativismo e o fortalecimento das redes de apoio surgem como mecanismos fundamentais de resistência, não apenas contra o estigma, mas também contra as condições que tornam a vida das mulheres que vivem com HIV/aids mais difícil em diversos âmbitos. Por isso, a criação de espaços de acolhimento, solidariedade e fortalecimento de vínculos permite que essas mulheres ressignifiquem suas experiências individuais e as transformem em luta coletiva. A partir disso podemos entender como essas redes são essenciais para o processo de emancipação política, uma vez que ajudam a construir uma consciência coletiva de que a luta pela autonomia das mulheres está diretamente ligada à transformação das condições materiais que moldam suas vidas (Von Muhlen, Saldanha e Strey, 2014).

Diante desses elementos, ressalta-se que a mobilização dessas mulheres ao longo dos anos tem sido crucial para ampliar o acesso aos direitos e para garantir que suas perspectivas sejam incorporadas nas políticas públicas.

Com base em uma perspectiva marxista e feminista, podemos concluir que a luta das mulheres que vivem com HIV/aids tem capacidade não apenas na busca de melhoria das condições de vida, mas também desafia as estruturas econômicas e sociais que sustentam a opressão de gênero e classe, abrindo caminhos que contribuam com o processo de emancipação humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral contextualizar a violência de gênero e abordá-la no cenário das mulheres que vivem com HIV/aids, visando aprofundar a compreensão, principalmente no âmbito do SUS. Para isso, no primeiro capítulo, abordou-se as categorias de gênero e patriarcado, fundamentais para compreender as dinâmicas de opressão enfrentadas pelas mulheres. O patriarcado, enquanto sistema de organização social, determina normas e expectativas que limitam a autonomia feminina e perpetuam desigualdades de poder. A análise dessa estrutura foi essencial para entender como a violência de gênero é naturalizada e como ela impacta a vivência das mulheres que vivem com HIV/aids. A relação entre gênero e poder foi central para perceber como as mulheres são vulneráveis e como suas experiências são moldadas por essa organização social.

Em seguida, tratou-se da intersecção entre HIV/aids e violência de gênero, destacando a dupla estigmatização que essas mulheres enfrentam. Uma análise da feminização da epidemia de HIV no Brasil revelou como as mulheres são mais vulneráveis, não apenas ao HIV, mas também à violência associada a ele. Discutimos as barreiras que essas mulheres enfrentam no acesso aos serviços de saúde, desde a negligência até a violência institucional, o que reafirma a necessidade de políticas públicas que reconheçam as especificidades das mulheres que vivem com HIV/aids. A construção de uma abordagem interseccional e inclusiva para o atendimento de saúde foi uma das questões-chave do capítulo, alinhando-se com o objetivo de compreender os desafios no contexto do SUS.

Para finalizar, no terceiro capítulo exploramos as formas de resistência de mulheres que vivem com HIV/aids, destacando sua organização e ativismo em face das violências sofridas. Estratégias de enfrentamento da violência de gênero e do estigma associado ao HIV, criam uma rede de e espaços de solidariedade para essas mulheres. Essa resistência é um elemento central na luta por seus direitos e na construção de uma resposta social e política mais equitativa. O capítulo também discutiu as barreiras no acesso aos cuidados de saúde, destacando a necessidade de um atendimento integral e acolhedor. A análise das estratégias de enfrentamento dessas mulheres evidenciou sua agência e o potencial transformador de suas ações.

A partir dos objetivos específicos estabelecidos para a pesquisa, constatou-se que a relação entre a violência de gênero e a vivência de mulheres que vivem com HIV/aids revela um cenário marcado por múltiplas vulnerabilidades. O estudo demonstrou que a violência

perpassa a experiência dessas mulheres de maneira estrutural, sendo potencializada por fatores como classe, raça e orientação sexual (Ceccon e Meneghel, 2017). Desde a violência simbólica, expressa no estigma e na discriminação social, até a violência institucional, que limita o acesso a direitos e políticas públicas, esses momentos dificultam o enfrentamento das adversidades impostas pela epidemia. A naturalização da violência, tanto nas esferas públicas quanto nas privadas, reflete o que Saffioti (2011) descreve como uma estrutura patriarcal que controla e marginaliza as mulheres, impondo-lhes padrões de comportamento e relegando-as a uma posição de subordinação.

Ao longo do trabalho, reforça-se que o HIV/aids, historicamente associado a marcadores morais e excludentes, ainda carrega significados que reforçam desigualdades. No Brasil, a feminização da epidemia evidencia como as relações de gênero influenciam tanto a vulnerabilidade à infecção quanto o impacto da HIV/aids na vida das mulheres. A dupla estigmatização — por serem mulheres e por viverem com HIV — acentua as barreiras no acesso à saúde, na permanência até mesmo em serviços especializados e na garantia de direitos. Tem-se assim, que o impacto do HIV/aids nas mulheres não se restringe ao diagnóstico, mas também as dimensões psicológicas e sociais que são fortemente determinadas pelas normas de gênero. Diversos estudos chamam atenção para a maneira como a sociedade tende a associar o HIV à marginalidade, e como isso é ampliado pelo fato de que muitas mulheres são vistas como responsáveis por sua condição, devido à construção patriarcal de que elas seriam "guardiãs" da moralidade sexual.

No entanto, aborda-se nos estudos o papel fundamental da mobilização dessas mulheres na luta pelo reconhecimento e acesso às políticas públicas, ainda maior em um cenário no qual questões como dificuldades de articulação, redução de financiamentos e a perda de protagonismo da sociedade civil são observados (Cajado e Monteiro, 2018). A atuação política e social dessas mulheres cria espaços de visibilidade para reivindicar a efetivação de seus direitos. Essas práticas de resistência não apenas desafiam a ordem patriarcal, mas também reivindicam uma atenção integral que reconheça a interseccionalidade de suas experiências – ou seja, a interconexão entre as violências de gênero, as condições sociais e a condição sorológica.

O estigma relacionado ao HIV/aids continua sendo um dos principais fatores que afastam as mulheres dos serviços de saúde. Muitas relutam em procurar atendimento por medo de serem expostas ou discriminadas, seja por profissionais da saúde ou por outros usuários dos serviços. Esse receio não é infundado: há relatos frequentes de mulheres que

sofrem olhares de reprovação, comentários moralizantes ou até mesmo recusas de atendimento ao revelarem seu diagnóstico.

A discriminação também se reflete na falta de sigilo e respeito à privacidade das pacientes. Em alguns casos, profissionais de saúde reproduzem estereótipos sobre mulheres vivendo com HIV/aids, associando-as à promiscuidade ou à irresponsabilidade, o que pode resultar em um atendimento desumanizado e pouco acolhedor. Como consequência, muitas mulheres evitam realizar consultas de rotina, prejudicando o acompanhamento adequado de sua saúde e aumentando os riscos de complicações associadas à infecção.

Assim, para o enfrentamento eficaz da violência de gênero contra mulheres vivendo com HIV/aids, é necessária uma abordagem mais ampla e intersetorial, que leve em consideração os múltiplos fatores que exacerbam sua vulnerabilidade. Damião et al. (2022) enfatizam que a atenção primária à saúde, ao considerar a violência de gênero e a condição de viver com HIV/aids, precisa estar integrada com outras políticas públicas que promovam a equidade de acesso e atendimento. A falta de um olhar interseccional nas práticas de saúde e assistência social é um desafio central para garantir que essas mulheres não sejam revitimizadas nos serviços destinados a atendê-las. Como ressaltado por Silva e Lima (2014), é essencial que o Serviço Social e as áreas da saúde se articulem, de modo a oferecer um cuidado que não se limite a uma visão biomédica, mas que considere a interseccionalidade das opressões e que promova uma escuta atenta e não revitimizadora tendo em vista a existência de duas epidemias relacionadas com as vulnerabilidades das mulheres: a aids e a doença mental decorrente da violência crescente a que veem expostas (Von Muhlen et al, 2014).

A luta contra a violência de gênero e o estigma associado ao HIV/aids, portanto, exige uma resposta coletiva e integrada, que envolva a sociedade como um todo e que, sobretudo, seja informada pela experiência das próprias mulheres, reconhecendo sua agência e resistência. Só assim será possível promover um atendimento verdadeiramente transformador, que rompa com as estruturas de opressão patriarcal e garanta os direitos dessas mulheres à saúde, dignidade e autonomia. Em resumo, o estudo reafirma a necessidade de políticas públicas mais eficazes e sensíveis às especificidades das mulheres que vivem com HIV/aids, além de destacar a relevância de práticas de resistência que, apesar das adversidades, buscam transformar as realidades de opressão e estigma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, P. D.; ARAÚJO, E. C. de; VASCONCELOS, E. M. R. de; MOURA, J. W. da S.; HERÁCLIO, I. de L.; SANTOS, Z. C. dos; SANTOS, C. B. dos. Qualidade de vida de mulheres transexuais com HIV/aids. *Cogitare Enfermagem (Online)*, v. 24,, 2019.

ALMEIDA, A. I. S., RIBEIRO, J. M., & BASTOS, F. I. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(3), 837–848, 2022.

ALVES, Maria Elaene Rodrigues. História de um tempo sem memória: resistência das mulheres do Serviço Social na ditadura de 1964-1985. Uberlândia: Navegando Publicações, 2022.

AVASUS. *Curso de Atenção à Saúde da Pessoa com HIV/AIDS*. Unidade 1. 2021. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=241>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BARBOSA, R. M., & VILLELA, W. V. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 131–142, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050010>

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rosseti. **Política Social: fundamentos e História**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL . Lei Maria da Penha: Lei N.o 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Brasília, 2012.

BUTLER, Judith p. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Judith Butler; Tradução, Renato Aguiar. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAJADO, L. C. de S.; MONTEIRO, S. HIV/AIDS e a ética do cuidado a partir da experiência de mulheres ativistas no Rio de Janeiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 30, p. 183–200, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.09.a>.

CAMPANY, L. N. da S., AMARAL, D. M., & SANTOS, R. N. de O. L. dos ... HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. *Revista Bioética*, 29(2), 2021, 374–383.

CARVALHO, J. M. R.; MONTEIRO, S. S. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169720>.

CAZEIRO, F.; LEITE, J. F.; COSTA, A. J. da. Por uma decolonização do HIV e interseccionalização das respostas à aids. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333024>.

CECCON, RF; MENEGHEL, SN. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 27(4), 1087–1103, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400012>

CECCON, RF; MENEGHEL, SN; ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. Vidas nuas: mulheres com HIV/aids em situação de violência de gênero . *Saúde e Sociedade*, v. 4, 2020. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020170575> .

CECCON, RF; MENEGHEL, SN HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil . *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 4/5, pág. 287-292, 2015.

CICLO da violência. INSTITUTO MARIA DA PENHA. Disponível em <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em 15 de out de 2024.

CISNE, Mirla.; SANTOS, Silvana Mara. *Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2018. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 8).

DAMIÃO, J. de J.; AGOSTINI, R.; MAKSUD, I.; FILGUEIRAS, S.; ROCHA, F.; MAIA, A. C.; et al. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades. *Saúde Debate*, v. 46, n. 132, p. 163–174, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213211>.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Cartilha de violência de gênero**. Porto Alegre: DPE/RS, 2023. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/upload/arquivos/202303/08151200-cartilha-de-violencia-de-genero.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

FARIAS, Kessia; VEIGA, Bruna Cristina. O patriarcado como causador da violência de gênero. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-patriarcado-como-causador-da-violencia-de-genero/1527790835#:~:text=Como%20pode%20se%20verificar%2C%20o,como%20uma%20de%20suas%20express%C3%B5es>. Acesso em 8 de out de 2024.

GONÇALVES, T. R.; TAVARES, G.; GUIMARÃES, N. L.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. Transmissão vertical do HIV na rede de saúde: reflexões bioéticas sobre gênero e cuidado a partir de um caso emblemático. *Saúde e Sociedade*, v. 33, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230102pt>.

GRECO, EH; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2005, Jan;10(1):229–35.

GRECO, D. B.. (2016). Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1553–1564. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>

HENRICH, G.; KERN, F. A. A questão de gênero na relação com a AIDS: a maternidade em foco. *Textos e Contextos* (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 450-462, 2015.

HIRATA, Helena. GÊNERO, PATRIARCADO, TRABALHO E CLASSE. *Revista Trabalho Necessário*, 16(29), p.14-27. 2018.

HOOKS, Bell. *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. 1. ed. - Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018

- LIMA, RLFC de; SILVA, M. de F.; GOMES, NIG; SILVA, JNC da; VIANA, MACBM; VIANNA, RP de T. Diferenças na qualidade de vida e insegurança alimentar entre homens e mulheres vivendo com HIV/Aids no estado da Paraíba, Brasil . *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3917–3925 , 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.33992019>
- LOURENÇO, G. O.; AMAZONAS, M. C. L. de A.; LIMA, R. D. M. de. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 30, p. 262-281, 2018.
- MAGNO, L.; SILVA, L. A. V. da; VERAS, M. A.; PEREIRA-SANTOS, M.; DOURADO, I. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112718>.
- Mapa Nacional da Violência Contra a Mulher. Fórum Brasileiro de Segurança. Painel de Violência contra a mulher. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/institucional/datasenado/mapadaviolencia/>. Acesso em 18 de out de 2024.
- MARQUES, M. C. da C.. (2002). Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 9, 41–65.
- MEDEIROS, D. da S.; JORGE, M. S. B. A invenção da vida na gestação: viver com HIV/aids e a produção do cuidado. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, v. (30), p. 242-261, set.-dez. 2018.
- MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view. Acesso em: 6 de mar de 2025.
- PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. *Estigma e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. 25-46. ISBN: 978-85-7541-534-4.
- PARKER, Richard. Estigmas do HIV/Aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. Entrevistadores: Vinicius Ferreira e Roberto Abib. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 618-633, jul./set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1922>.
- SAFFIOTI, Heleieth I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu* (16) 2001: p.115-136.
- SAFFIOTI, Heleieth I. B. Gênero, patriarcado e violência. Jan. 2011
- SANTOS, R. C. S., & SCHOR, N. (2015). As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. *Psicologia Revista*, 24(1), 45–59. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/24228>

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, vol. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1989.

SCOTT, Joan W. O Enigma da igualdade, *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(1):11-30, janeiro- abril/2005.

SILVA, E. B.; DA COSTA, M. C.; JANH, A. C.; STRECK, M. T. H. Situações de violência no cotidiano de mulheres com HIV/AIDS: implicações para o cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 10, n. 7, p. 2463–2470, 2016. DOI: [10.5205/1981-8963-v10i7a11303p2463-2470-2016](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i7a11303p2463-2470-2016).

SILVA, Marta Maria da; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. Serviço social e interdisciplinaridade na atenção básica à saúde. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 113–132, 2015.

SUTO, C. C. S.; COELHO, E. de A. C.; PAIVA, M. S.; PORCINO, C.; BARROS, A. R.; CAJUHI, A. de S.; et al. Sexualidade vivida por mulheres de diferentes gerações e soropositivas para o HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02734>.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. *Avanços e permanências da resposta à epidemia. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 87–96, jan. 2017.

VILLELA, WV, MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 24, n. 3, p. 531–540, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10/S1679-49742015000300019>.

VON MUHLEN, BRUNA KRIMBERG; SALDANHA, MARÍLIA; NEVES STREY, MARLENE. Mulheres e o hiv/aids: Intersecções Entre Gênero, Feminismo, Psicologia e Saúde Pública. *Rev. colomb. psicol.*, Bogotá, v. 23, n. 2, p. 285-296, July 2014.