
MULHER

Violência & AIDS

EXPLORANDO INTERFACES

Alessandra Nilo (org.)

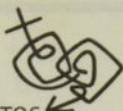





MULHER
Violência & AIDS


EXPLORANDO INTERFACES

1ª Edição
Recife, 2008



GESTOS

Sensibilidade, Comunicação e Gênero

desenvolvimento político-pedagógico	Alessandra Nilo
desenvolvimento organizacional	Ivete Albuquerque Xavier
direitos humanos	Tânia Tenório
assessoria jurídica	Kariana Guérios Wagner Damasceno
psicologia	Glaudston Lima Patrícia Leitão
pedagogia	Nielson da Silva Bezerra Paula Fernanda Dias
assistência social	Fabricia Moura Camila Neves
comunicação	Adlene Andrade Anamaria Lima Isabel Queiroz
relações internacionais	Jair Brandão Manuella Donato Clarissa Carvalho Sérgio Costa
administrativo-financeiro	Luciana Carvalho Marta Guerra
assistentes	Elaine Cristina Pedrosa Elma Maria Clemente
recepção	Francisco da Silva

N614m Nilo, Alessandra (org.)
Mulher, Violência e AIDS: explorando interfaces
Recife: Gestos, 2008.

ISBN 978-85-6178-01-2

1. MULHER-VIOLÊNCIA : 2. MULHER-AIDS I. Título II. Nilo, Alessandra. CDD 305.4


Índice para catálogo sistemático

1. MULHER-VIOLÊNCIA	305.4
2. MULHER-AIDS	305.4
3. VIOLÊNCIA	303.62 362.88
4. AIDS	616.9



MULHER

Violência & AIDS



EXPLORANDO INTERFACES

Alessandra Nilo

ORGANIZADORA

1ª Edição
Recife, 2008

GESTOS 2008 **MULHER VIOLÊNCIA & AIDS: explorando interfaces**

AUTORIA Adriana Franco, Alessandra Nilo (ORG),
Fernanda Lopes, Glaudston Lima,
Josineide Menezes, Maria Durce,
Patrícia Sena, Wilza Villela

EDIÇÃO Alessandra Nilo, Wilza Villela e Fernanda Lopes

ENTREVISTAS Patrícia Leitão, Maria Durce Vieira

SISTEMATIZAÇÃO Adriana Franco, Fabrícia Moura e Manuela Donato

COLETA DE DADOS Jair Brandão

COLABORAÇÃO Ana Cristina de Oliveira (RO); Claudiane Freitas
(AP); Cristiano Ferreira Silva (PI); Antonio
Ernandes Costa (PA); Maria Goretti Gomes (RN);
Grazielly Giovelli (RS); José Igo do Nascimento
(AL); Janete Alves da Silva (AC); José Reginaldo da
Silva (TO); Jucimara Moreira (RJ); José Julio Pereira
(AM); Julio César Orviedo (SC); Liorcino Pereira
Filho (GO); Márcia Andrade (PE); Maria Abadia
Lúcia (PR); Francisco Orlaneudo de Lima (CE);
Ricardo Silva (PB); Sabino Manda (DF); José Carlos
Veloso (SP)

BIBLIOGRAFIA Adriana Franco e Celso Calheiros

DESIGN Cláudio Guedes Fernandes

REVISÃO DE TEXTOS Normanda Beserra, Etienne França e
Jennifer Gonçalves


PATROCÍNIO ACTION AID INTERNATIONAL

APOIO UNFPA, UNIFEM e Plan International

IMPRESSÃO Gráfica Dom Bosco

TIRAGEM 1.500 exemplares

Esta é uma publicação da Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero – para acesso livre, distribuído com base no Creative Commons Attribution License, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução dos textos em qualquer veículo, desde que sejam dados os créditos de autorias e fontes pesquisadas. Recife, PE, Brasil, 2008.

 Gestos 2008. Pode ser reproduzido com o crédito apropriado da instituição, autores e autoras.

SUMÁRIO

- 7 Gestos: superar a violência e a AIDS
- 13 Apresentação da Campanha *Mulheres Não Esperam Mais*
- 15 Apresentação – *Alanna Armitage*
- 17 Quando as Interfaces nos Provocam – *Alessandra Nilo*
- 33 Construção de Conhecimento:
uma experiência de pesquisa-ação – *Alessandra Nilo*
- 43 Testemunho 1
- 49 Vulnerabilidade, AIDS e Violência contra a Mulher
Josineide de Meneses Silva
- 57 Testemunho 2
- 63 Soropositividade e Violência de Gênero –
o acompanhamento psicológico na Gestos
Glaudston Lima, Patrícia Leitão e Maria Durce Vieira

- 83 Testemunho 3
- 89 A AIDS nos abrigos para a mulher vítima de violência: uma interface a construir
Josineide Meneses, Alessandra Nilo e Adriana Franco
- 101 Testemunho 4
- 107 Mulher, Violência e AIDS: explorando interfaces
Wilza Vieira Villela
- 127 Testemunho 5
- 133 As Respostas Possíveis: superando os desafios da interface
Wilza Villela, Fernanda Lopes e Alessandra Nilo
- 141 ANEXOS
- 143 I. Universo das Mulheres Pesquisadas—Perfil Social
- 157 II. Convenção de Belém do Pará
- 171 NOTAS
- 175 AUTORAS E AUTOR
- 177 BIBLIOGRAFIA

Gestos: superar a violência e a AIDS

A violência contra a mulher é qualquer ato ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994.¹

A Gestos — Soropositividade, Comunicação e Gênero — é uma ONG/AIDS, fundada em 1993. Tem sede em Recife, cidade com 1,5 milhão de habitantes, apontada pela Organização das Nações Unidas — ONU —, como uma das mais violentas no mundo, com alarmantes taxas de homicídios contra as mulheres. Em 2007 no estado de Pernambuco foram notificados pela imprensa 195 assassinatos de mulheres adultas e jovens e, em 2008, até o fechamento desta publicação,² 73 — primeira prova do livro —, 104 — prova final — mulheres foram mortas.

Ao longo dos últimos doze anos, a Gestos tem lidado com a presença marcante da violência na vida de mulheres e meninas soropositivas, em suas diferentes formas de expressão³. Para enfrentar o problema, oferecemos a elas atendimento psicoterapêutico, individual e em grupo, além de acompanhamento social e jurídico.

A entrada da violência como tema prioritário em nossa agenda institucional foi um caminho sem volta. Em 2000, ao organizarmos um workshop sobre o tema, verifi-

camos que quase 95% de todas as mulheres que atendíamos haviam sido vítimas de violência; em 2005, pesquisando um grupo aleatório de 12 mulheres que viviam com AIDS, constatamos que 100% delas eram vítimas de violência física, psicológica ou moral - no caso da última, inclusive, nos serviços de saúde locais. Finalmente em 2007, como parte da campanha *Mulheres Não Esperam Mais: Acabemos com a AIDS e a Violência. Já!*⁴ — realizamos uma análise de maior profundidade com 26 mulheres soropositivas que, sabíamos, sofreram graves situações de violência. Nosso interesse, entretanto, não era dimensionar o quanto a violência física as havia induzido ao contato com o HIV, e sim, verificar, de forma qualitativa, se havia, para além da violência contra o corpo, um contexto de negação de direitos e sofrimento psicossocial que as colocava em condição de vulnerabilidade frente ao vírus ou agravava condições já pré-existentes.

Além das entrevistas em profundidade⁵, fizemos ainda um levantamento sobre referências a casos de AIDS em casas-abrigo para mulheres vítimas de violência em dezenove estados do Brasil e buscamos, na bibliografia nacional existente sobre *mulher e AIDS*, textos que pudessem orientar as análises. Parte desse trabalho foi apresentado, em maio de 2007, no primeiro seminário *Mulher, violência e AIDS: explorando interfaces*, realizado em Recife, que originou o título desta publicação.

Há alguns anos, a relação entre AIDS e violência sexual já vem sendo discutida. Entretanto, há de se convir que esse tipo de violência é a face mais explícita, gritante, de um problema muito mais complexo — e silenciado —, composto por um conjunto de situações que nem sempre são interpretadas como violência. Essa não-identificação serve como camuflagem, o que torna ainda mais difícil visualizar a interface entre violência e AIDS e reconhecê-la, mesmo dentro de suas subjetividades, como um fato con-

creto — e grave! —, uma demanda urgente que precisa ser agregada às diferentes estratégias de enfrentamento da epidemia, tanto para prevenção do HIV, quanto para assistência e cuidado voltados às mulheres que vivem com AIDS.

Nos últimos anos, felizmente, tem crescido a percepção de que violência contra as mulheres e AIDS são temas afins, o que tem mobilizado as agendas de diversas organizações não-governamentais, redes e agências intergovernamentais no mundo inteiro. Na Gestos, incidimos sobre o problema de forma direta através do acompanhamento das mulheres HIV+, de meninas filhas das mulheres HIV+ que vivenciam situações de violência doméstica e atuando em espaços de controle social. Também temos gerado oportunidades de reunir organizações de diferentes movimentos — de mulheres, de AIDS, de direitos humanos — propiciando espaços de interlocução — e de muita escuta — que estão se construindo por meio de interesses comuns e apoio mútuo. Temos aprendido muito com esses diálogos.

Investir no fortalecimento de tão importante interlocução tem exigido cada vez mais do nosso tempo e também tem reforçado crenças que se localizam no coração da Gestos: na nossa perspectiva, nenhum debate ou resposta apropriada ao HIV/AIDS pode ser bem sucedido sem uma abordagem coletiva e integral das perspectivas de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, classe, raça(cor) e etnia. Caso contrário, tais resultados servirão apenas a poucos — provavelmente brancos, abastados e heterossexuais — e isso, definitivamente, não nos interessa. Portanto, quanto mais debatemos publicamente e lutamos por *Acesso Universal*, mais entendemos que a condição de garantia plena do que hoje se reconhece como um amplo escopo de direitos humanos, não vai ser alcançado por nenhum movimento ou governo que atue sozinho. Sabemos que estamos falando aqui de um grande sonho — acesso universal a prevenção e tratamento

do HIV/AIDS — e que isso demanda um olhar sobre a epidemia no seu sentido mais complexo, e talvez, por isso mesmo, mais interessante, pois nos exige laços realmente profundos, que unam diferentes setores ao redor de uma agenda comum. Atuar em conjunto vai gerar, sem dúvida, a força necessária — que ainda não temos — para acabar com a violência contra mulheres e meninas e, conseqüentemente, reduzir sua vulnerabilidade frente ao HIV.

Esta publicação representa para a Gestos a sistematização de nossas experiências e percepções, da nossa crença de que é preciso atuar diferente. Esperamos que ela gere reflexões — inclusive, certezas e dúvidas — e que estas, por sua vez, contribuam para uma melhor atenção às mulheres soropositivas, para o fortalecimento das pautas feministas e promoção de muitos novos debates nos espaços nos quais atuamos como sujeitos políticos que somos, ativos e ativas na proposição e monitoramento das políticas públicas. Sem vencer a violência contra as mulheres e meninas, vai ser impossível superar a epidemia de AIDS que, somada aos desafios da pobreza, tem agravado ainda mais o desequilíbrio nas relações de gênero nos quatro cantos do mundo.

Agradecemos o apoio de todos(as) os(as) parceiros(as) envolvidos na realização deste trabalho e da equipe de profissionais/ativistas da Gestos que tornaram possível o registro dessa experiência.

Sobretudo, agradecemos e dedicamos esta publicação a cada uma das 26 mulheres vivendo com AIDS entrevistadas, mulheres-guerreiras que compartilharam conosco suas vidas, colocando em nossas mãos a possibilidade de refletir sobre experiências que elas — e somente elas — têm a condição plena de sentir, entender e transformar. A estas mulheres agradecemos a paciência, o tempo e a confiança em nosso trabalho. Com elas reaprendemos cotidianamente a lição da busca pela superação e re-significação da vida,

num exemplo de persistência que renova nossas energias, dá sentido concreto ao que fazemos e nos permite interagir, com muito mais esperança, na construção de um mundo eqüitativo e livre de todos os tipos de violência.

Alessandra Nilo

Gestos

Soropositividade, Comunicação e Gênero

Tendo como perspectiva a promoção, garantia e reparação dos direitos humanos, o movimento organizado de AIDS e as pessoas vivendo com HIV têm incidido politicamente em espaços multilaterais, denunciando as implicações das políticas preconizadas pelo modelo de desenvolvimento neoliberal no campo da saúde e a relação entre a rápida expansão do vírus e as imobilidades, diretas ou indiretas, causadas pelas tensões produzidas nas instâncias de governança mundial.

Mulheres **NÃO** Esperam Mais Acabemos com a violência e a AIDS. Já!

Esta publicação da Gestos é parte da campanha *Mulheres Não Esperam Mais: acabemos com a violência e a AIDS. Já!** que é mobilizada por ONGs e redes que trabalham para promover a saúde das mulheres e os direitos humanos, combater o HIV e a AIDS e acabar com todas as formas de violência contra mulheres e meninas.

Para acelerar a criação de respostas efetivas frente à interface entre violência contra as mulheres e meninas e ao aumento das infecções pelo HIV, a campanha busca assegurar que:

Os direitos das mulheres e meninas sejam respeitados, protegidos e cumpridos;

A vulnerabilidade de mulheres e meninas ao HIV/AIDS seja reduzida;

A igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres sejam enfatizados nas respostas ao HIV/AIDS e à violência;

* Campanha coordenada na América Latina por ActionAid, FEIM, Gestos e Red de Mujeres de Latino America.

A violência contra mulheres infectadas e afetadas pelo HIV/AIDS seja solucionada; e

Que haja uma maior atenção pública e vontade política para abordar a violência de gênero.

OBJETIVOS:

Monitorar e propor políticas públicas, programas e serviços que integrem de forma mais efetiva a interface entre HIV/AIDS e violência contra mulheres e meninas;

Aumentar os recursos — financeiros e humanos — que governos, doadores, instituições multilaterais e sociedade civil — incluindo ONGS — se comprometeram a dar para combater a violência contra mulheres e meninas, como parte da resposta ao HIV/AIDS;

Contribuir para melhorar o marco legal, prevenir e combater a violência contra mulheres e meninas.

Construir responsabilidades mútuas entre os direitos das mulheres, direitos e saúde sexuais e reprodutivos, direitos humanos e grupos de pessoas vivendo com HIV.

Esta campanha, além de atuar na América Latina e Caribe, já está mobilizando diferentes países em outras regiões do mundo. Para mais informações e contatos com os pontos focais, acesse: <http://www.womenwontwait.org/>

Alanna Armitage

Apresentação

A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES é uma causa e uma consequência do HIV e da AIDS. A desigualdade de gênero é considerada um dos principais fatores de vulnerabilidade das mulheres, tanto em relação à violência quanto à infecção por HIV —estudos mostram que as mulheres que sofrem agressões ou são dominadas por seus parceiros estão mais propensas a se infectarem com HIV que mulheres que vivem em lares não violentos. A menos que a conexão entre violência e HIV seja rompida, será difícil reverter a epidemia.

Abordar a questão da violência contra as mulheres e enfrentá-la de maneira corajosa é uma questão de direitos humanos. Mulheres e meninas deveriam estar livres da violência de gênero. No entanto, esta aspiração mínima, baseada em princípios éticos universais, ainda está longe de ser uma conquista de todas as sociedades.

Mulheres em todo o mundo estão liderando as mudanças. Em comunidades de vários locais do globo, mulheres e homens estão agindo para enfrentar e combater a discriminação e a violência de gênero, melhorar a capacidade das mulheres para negociar relações sexuais mais seguras e aumentar o acesso a métodos de prevenção que possam ser controlados pelas próprias mulheres.

Sabemos que, em todas as nossas frentes de trabalho, a sociedade civil organizada desempenha um papel fundamental. Isto aponta para a importância de se construir parcerias e apoiar organizações como a Gestos, a fim de que possamos garantir a efetivação dos direitos das mulheres.

O trabalho que vem sendo realizado pela Gestos, que explora as interfaces entre a violência de gênero e a AIDS, é essencial para que possamos reduzir a disseminação do HIV e suas conseqüências para as mulheres.

Tais esforços, realizados nesta publicação, são cruciais, constituindo-se numa valiosa ferramenta de sensibilização para o tema e, ao mesmo tempo, mobilização política para que possamos lidar com esse complexo desafio.

O UNFPA — Fundo de População das Nações Unidas — promove cooperação internacional em vários temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Buscamos somar esforços para garantir melhor qualidade de vida e saúde para as mulheres, trabalhando para que todas, sejam jovens ou adultas, tenham acesso a meios e informações sobre como se proteger da infecção pelo HIV.

Nos comprometemos a lutar juntos para garantir que meninas e mulheres tenham autonomia e possam desfrutar de igualdade com homens e meninos em suas famílias, comunidades e no mundo como um todo. Só assim poderemos assegurar que elas tenham um futuro de esperança e oportunidades.

Alessandra Nilo

Violência contra as mulheres e AIDS: quando as interfaces nos provocam

Foram necessárias duas décadas de evidências para que a AIDS fosse reconhecida pela Organização das Nações Unidas —ONU—, em 2001, como *uma crise global sem precedentes* e considerada como o maior desafio enfrentado pela saúde pública dos últimos tempos.

Naquele momento, a AIDS já não era apenas um problema do campo da saúde, como percebida nos anos oitenta. A disseminação do HIV ganhou diferentes *status* ao longo de sua trajetória, tornou-se uma questão de direitos humanos nos anos noventa e, na época em que os países assinaram a *Declaração de Compromissos para Combater a AIDS*, a UNGASS-AIDS 2001, ela já era agenda importante no debate sobre desenvolvimento. Foram diferentes décadas, mas os desafios, ao invés de mudarem, acumularam-se, mantendo em comum o fato de que nos ensinam cotidianamente que enfrentar a AIDS demanda respostas muito mais complexas e integradas.

O crescimento da epidemia tem mobilizado diferentes atores — públicos, privados, comunitários, religiosos, coletivos, individuais — que, mesmo atuando com diferentes agendas e interesses, têm gerado respostas em âmbitos local e internacional⁶. As comunidades afetadas, cada

vez mais, têm intensificado esforços em busca da efetivação de melhores políticas de prevenção e assistência, fazendo com que estas avancem da concepção prioritariamente científica e verticalizada⁷ para uma abordagem que incorpore dimensões estruturadoras da epidemia — tais como classe, gênero, raça (cor) e etnia, e contexto cultural. Tendo como perspectiva a promoção, garantia e reparação dos direitos humanos, o movimento organizado de AIDS e as pessoas vivendo com HIV têm incidido politicamente em espaços multilaterais, denunciando as implicações das políticas preconizadas pelo modelo de desenvolvimento neoliberal no campo da saúde e a relação entre a rápida expansão do vírus e as imobilidades, diretas ou indiretas, causadas pelas tensões produzidas nas instâncias de governança mundial.

Nessas discussões, tem havido grande ênfase na relação entre AIDS e pobreza, aspectos que no mundo inteiro impactam dramaticamente a vida de mulheres e meninas: elas representam 70% dos 1.2 bilhões de pessoas que vivem com menos de um dólar — US\$1 — por dia⁸. Noventa por cento dos países mais afetados pela epidemia são pobres; as mulheres são cerca de 50% dos 33,2 milhões de pessoas com HIV em todo o mundo⁹. Metade das novas infecções ocorre entre os 15 e 24 anos e 3/4 entre pessoas do sexo feminino. Nessa faixa etária, 225 mulheres jovens são infectadas a cada hora.

Apesar de tanta proximidade, a relação entre AIDS e pobreza não ocorre de maneira linear. Obviamente uma pessoa pobre não será, necessariamente, soropositiva por ser pobre e uma pessoa rica não será, por sua vez, soronegativa apenas por sua condição econômica. Ao se olhar a questão das classes sociais e do acúmulo de bens, o que se percebe como interface entre ser rico, ser pobre e ter AIDS, é que são as desigualdades de gênero e de acesso — ao co-

nhcimento, à informação, a insumos de prevenção e cuidados — que pautam as condições de fragilidade frente ao HIV/AIDS, tanto para as pessoas ricas quanto para as pessoas pobres. Assim, a relação entre AIDS e pobreza é compreendida na medida em que as diferenças nas relações econômicas, principalmente entre homens e mulheres, atuam como um sério agravante no campo das vulnerabilidades em suas diferentes dimensões — individual, social e programática¹⁰.

Portanto, ao se analisar a AIDS num contexto de desenvolvimento, ou ausência de desenvolvimento— uma vez que as promessas de desenvolvimento social ainda não foram cumpridas¹¹—, considerando ainda que o próprio conceito de desenvolvimento está em disputa, percebe-se a AIDS como mais um fruto das iniquidades¹².

Essa perspectiva de que as desigualdades de gênero conformam parte essencial da base de uma pirâmide de vulnerabilidades ao HIV/AIDS que as mulheres enfrentam coloca em foco uma outra grande epidemia que atinge as mulheres, esta muito mais antiga e perversa, justamente porque é aceita socialmente em maior ou menor grau, a depender do espaço geopolítico e cultural no qual se localiza: a violência de gênero.

Para construir estratégias que enfrentam essa violência é importante lembrar que a garantia dos direitos das mulheres é uma adição relativamente nova ao escopo formal dos direitos humanos, e o direito de não sofrer violência é ainda mais recente. Inicialmente discutido como violação dos direitos humanos, ele teve enorme expansão nos anos 90, saindo do limitado foco do estupro e espancamento, para a violência de gênero praticada pelo Estado ao não garantir direitos, permitir situações de tortura, aprisionamento e violência interétnica. Tráfico de trabalhadoras sexuais, AIDS e práticas particulares como clitoridecto-

mia — excisão do clitóris — foram somente há pouco tempo definidas como situações de violência contra as mulheres [Merry, 2001].

Em 1992, o Comitê para Erradicação da Discriminação contra as Mulheres — CEDAW¹³ — redefiniu e colocou a violência de gênero no contexto dos direitos humanos, deixando claro que era obrigação do Estado protegê-las tanto da violência cometida no âmbito privado quanto da cometida por órgãos públicos. Segundo Merry, isso foi particularmente importante porque os Estados são responsabilizados, caso não cumpram as obrigações acordadas internacionalmente como parte dos direitos humanos, mesmo que as pessoas não estejam diretamente submetidas a leis internacionais e que tais violações sejam perpetradas por um indivíduo em um país [Merry apud Cook, 1994]. Ou seja, o Estado tem a obrigação de garantir a segurança e a liberdade das mulheres. Tal compreensão é particularmente importante para que possamos defender as mulheres e enfrentar a AIDS, principalmente no caso de Estados fundamentalistas, que não reconhecem o direito das mulheres, das pessoas homossexuais, de transgêneros, das usuárias de drogas, de profissionais do sexo e das minorias étnicas, por exemplo.

Neste cenário o desafio tem sido colocar a violência como um ator protagonista e não mais coadjuvante para a infecção pelo HIV, reafirmando que AIDS e violência se intersectam em diferentes contextos de vulnerabilidade, produzidos a partir de processos complexos de exclusão social que articulam gênero, geração, raça e etnia, acesso à renda (e não necessariamente pobreza), acesso ao conhecimento (e não necessariamente apenas à informação). Esta perspectiva, seja em âmbito internacional, seja nas comunidades nas quais atuamos, tem nos permitido integrar de forma mais articulada os dois temas.

As interfaces entre a violência contra as mulheres e a AIDS se evidenciam quando analisadas sob o recorte de acesso a renda e desigualdades de gênero. Em KwaZulu-Natal (África do Sul)¹⁴, uma pesquisa realizada em 2005 mostrou que as mulheres mais pobres estão mais vulneráveis a iniciar sua vida sexual mais cedo — geralmente com a primeira relação sexual forçada —; que elas mais facilmente trocam sexo por dinheiro ou favores, são as maiores vítimas de sexo forçado e, apesar de terem um maior número de parceiros, usam menos preservativos. Na Índia, 49% das mulheres que não tinham bens reportavam violência física, comparado com os 7% das que tinham bens [ICRW Panda 2002]¹⁵ — aqui, qualquer relação com as mulheres vivendo com AIDS acompanhada pela Gestos, no Nordeste do Brasil, não é mera coincidência. Seus relatos apontam que AIDS e violência de gênero têm os mesmos determinantes sociais e um centro de opressão em comum, que é a falta de respeito para com as mulheres, expressa por meio de agravos não apenas de ordem física, mas também moral e psicológica, sem que estes últimos, necessariamente resultem em violência física.

Falar das conexões entre as histórias dessas mulheres, seja na Gestos seja em qualquer lugar do mundo, pode soar como uma obviedade. Mas é necessário continuar relatando o que observamos no cotidiano, ou porque ainda não existem dados considerados suficientemente científicos, ou porque, mesmo diante dos dados, tais resultados ainda não mobilizam efetivamente nossas sociedades racistas e patriarcalistas para as quais mulheres vivendo com AIDS e/ou em situação de violência, ou que morrem em decorrência desses agravos — desde que não sejam ricas e famosas —, não importam tanto assim.

Portanto, apesar das evidências, as iniciativas que buscam enfrentar as duas questões *violência contra as mulheres e*

AIDS ainda não acontecem de forma articulada. Ou seja, há um conjunto de políticas, ações e movimentos que tratam o problema da violência, outro que busca enfrentar a violência contra as mulheres e, por fim, medidas específicas para lidar com as questões de prevenção ao HIV ou atender às mulheres já soropositivas que buscam os serviços de saúde. No Brasil, por exemplo, apesar de termos avançado bastante nas políticas para mulheres e nas políticas de *AIDS*, ainda é recente o enfoque na interface entre as duas áreas como ação pública.

Talvez porque ainda não se percebiam mulheres e meninas nos seus contextos de integralidade, na prática e na vida real — aquela que é muito mais do que a que conseguimos avaliar pelas histórias registradas no papel —, não é possível intervir eficazmente no amplo e complexo contexto de vulnerabilidades, mesmo que a violência e a *AIDS* afetem cada um(a) de nós e se revelem em diferentes graus — seja nas periferias dos países mais pobres até os salões de Genebra e Washington nos quais se definem os destinos do mundo.

Legitimar o discurso que revela o elo em comum entre a vida das mulheres atendidas ao longo dos anos — ou entrevistadas em 2007 pela Gestos — e as pesquisas já realizadas sobre o tema continua um desafio. Aceitar esse elo tem sido, tanto no campo internacional quanto no Brasil, um processo permeado por disputas políticas e, claro, por recursos e (re)conhecimento. Diante da dificuldade de se trabalhar de forma articulada e integrada, problematiza-se a responsabilidade sobre a implementação das ações relacionadas à violência contra a mulher e a *AIDS*. Seria este um papel dos organismos responsáveis pelas políticas para mulheres ou dos responsáveis pelas políticas de *AIDS* e saúde? Recursos para tal interface diminuirão aportes financeiros para *AIDS* ou para o trabalho com mulheres? E mesmo,

quando fala-se em integralidade e ações interdisciplinares, ainda nos bastidores ecoa a pergunta: afinal, a quem cabe liderar o processo?

Idealmente, poderíamos afirmar que a responsabilidade é comum e deve ser partilhada; que é possível incluir a interface nas previsões orçamentárias, desde que haja vontade política — inclusive, para compartilhar recursos entre instâncias governamentais e não-governamentais. Mas a prática nos mostra que a legitimação de tais lideranças requer maior capacidade de interlocução do que a de que dispomos atualmente. Além disso, estamos num contexto em que se depende, primeiro, da legitimação desse *status de conhecimento* sobre as interfaces e que ignora, muitas vezes, que *conhecimento e poder são apenas dois lados da mesma questão: quem decide o que é conhecimento e quem sabe o que precisa ser decidido* [Lyotard, 1979]¹⁶.

Talvez esse cenário nos ajude a entender a lacuna entre o momento em que se reconheceu a ligação entre violência contra as mulheres e a AIDS e o momento em que se começou a agir em prol de soluções — propostas do movimento de AIDS, do movimento de mulheres e de organizações de mulheres soropositivas têm sido apresentadas desde os anos noventa. O tempo passou e, afinal, apesar de nós mulheres — de ambos os movimentos — não ficarmos inertes, talvez os governos não tenham se movido com a velocidade necessária para evitar novas infecções decorrentes da violência contra as mulheres. Ou evitar violências contra as mulheres decorrentes da sua condição sorológica.

Onde estão as interfaces?

A maior concentração de casos de AIDS entre mulheres está no continente africano, a ponto de muitas vezes comentar-

mos que a AIDS na África tem um rosto feminino. Entretanto, assim como em outras regiões, na América Latina e Caribe — ALC —, o crescimento de infecção na população feminina é um fato e não se constitui novidade. O alerta, lançado na Declaração e Plataforma de Ação de Beijing, em 1995, de que *as conseqüências sociais, de desenvolvimento e saúde do HIV e AIDS (...) necessitam ser vistas a partir de uma perspectiva de gênero*¹⁷ não foi escutado, e mesmo com a feminização da epidemia, anunciada desde os anos 90, que continua crescendo, alimentada por uma, cada vez mais visível, violência contra as mulheres agravada pela combinação explosiva entre inequidades de gênero e fundamentalismo, num contexto de desrespeito e violação dos direitos humanos, com especial ênfase àqueles relacionados à reprodução e à sexualidade.

Claro que esse cenário, por sua vez, não se restringe à ALC, e está presente em todas as regiões¹⁸. No mundo inteiro observa-se que mulheres sofrem violência física dos seus parceiros e familiares, inclusive, em países desenvolvidos¹⁹, o que na segunda metade dos anos 90 gerou uma crescente preocupação com a conexão entre a violência²⁰ e o aumento da prevalência da AIDS entre mulheres e crianças vítimas de violência e abuso sexual.

No caso da violência física, os dados e projeções mundiais sobre violência e AIDS já são mais abundantes: pesquisas indicam que a primeira experiência sexual de uma menina é freqüentemente forçada²¹; mulheres são mais aptas a estar na ponta receptora do intercursos sexual coercivo ou violento²²; uma em cada três mulheres é abusada — muitas vezes, por um membro da família ou alguém que a conhece²³—; uma em cada cinco mulheres será submetida a estupro ou tentativa de estupro durante sua vida²⁴. A Organização Mundial da Saúde — OMS — sugere que mulheres que vivenciam relações abusivas são menos capazes de

usar preservativos e que a maioria das que buscaram o serviço de saúde para tratar Doenças Sexualmente Transmissíveis — DST — e que relataram não usar preservativos haviam sido vítimas de abuso²⁵.

Abusos e violência sofridos durante a infância têm sido cada vez mais associados a comportamentos considerados de alto risco quando essas meninas vão se tornando jovens mulheres²⁶. E, claro, é preciso considerar outras formas de violência, como tráfico sexual — há estimativas de que 100.000 mulheres e meninas são traficadas anualmente da ALC²⁷ — e as práticas tradicionais que se concentram em determinadas áreas geográficas [Watts & Zimmerman, 2001].

Esse conjunto de situações, diretamente, tornou visível o panorama da crescente feminização da epidemia também como resultado da violência física sofrida, sinalizando para que se colocasse com urgência o tema em foco nas políticas públicas e na agenda do movimento de mulheres e de AIDS. No campo dos organismos multilaterais, tais evidências fizeram que a OMS, por exemplo, realizasse uma consulta entre especialistas em outubro de 2000²⁸ sobre os fatores de transmissão do HIV relacionados à violência. O objetivo era compartilhar conhecimentos já construídos e discutir as pesquisas existentes, além de desenvolver um componente específico para um estudo entre países sobre *Saúde e Violência Doméstica contra as Mulheres*²⁹. O resultado da consulta deixou claro que pouco se conhecia sobre o assunto e que muitas lacunas ainda precisariam ser preenchidas para uma melhor compreensão sobre a interface entre violência contra as mulheres e a AIDS. Essa preocupação acirrou debates e foi foco de várias apresentações durante a XIII Conferência Internacional de AIDS — África do Sul, 2000³⁰ —, na qual, inclusive, se polemizou bastante sobre o uso da profilaxia pós-exposição sexual em caso de estupros.

Também não foi por acaso que, em 2003, a Organização Pan-americana de Saúde apontou a violência sexual e doméstica e o HIV/AIDS como dois dos mais graves problemas de saúde e desenvolvimento humano na região. Afirmou-se então que, assim como a AIDS, a violência é também responsável pelo aumento nas taxas de mortalidade, de hospitalizações, de consultas, do uso do sistema de saúde, de serviços sociais, do sistema judiciário, pelo aumento de gravidez indesejada, do aborto espontâneo e provocado; contribuindo para o crescimento da taxa de mortalidade materna e infantil, do uso de drogas e alcoolismo, do suicídio e tentativa de suicídio, das enfermidades mentais e da negligência³¹.

Em 2004, o relatório da Anistia Internacional publicado por ocasião do Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra a Mulher — 25 de novembro —, informava que *o HIV/AIDS é uma catástrofe para os direitos humanos, que crescentemente afeta as mulheres e meninas (...) que cada vez são mais infectadas na medida em que a violência contra elas maximiza a infecção pelo vírus*³².

Apesar de tanto reconhecimento, o que deveria ser considerado uma prioridade do ponto de vista da gestão pública continua sem respostas concretas na maioria dos países que não adaptaram suas legislações às orientações internacionais. No que diz respeito à violência, na ALC, até 36% das meninas sofrem abusos sexuais, e a violação sexual e a violência doméstica representam de 5% a 16% de perda anual nos anos mais saudáveis de mulheres em sua idade reprodutiva. Dados nacionais extraídos de pesquisas demográficas e de saúde assinalam que a porcentagem de mulheres que sofreram violência física por parte do cônjuge ou de outra pessoa próxima alcança 41,1% na Colômbia, 27,3% no Haiti, 28,7% na Nicarágua e 41,2% no Peru, e que entre 20% e 60% dos lares da região são cenários de violência

contra mulheres e crianças³³. O Brasil, por exemplo, perde a oportunidade de fazer crescer seu Produto Interno Bruto — PIB — em 10,5%, por causa da violência contra a mulher. Infelizmente ainda não há informações suficientes sobre os demais tipos de violência, como a moral, a psicológica e a institucional.

No que diz respeito à AIDS, na América Latina, 36% das pessoas soropositivas são mulheres³⁴ e na ALC elas representam o segmento da população com o maior crescimento da infecção pelo HIV, com 150 mulheres sendo infectadas diariamente. No Caribe, região com maior prevalência de HIV/AIDS depois da África Subsaariana, com países que têm uma prevalência para o HIV superior a 1%³⁵, as mulheres se infectam cada vez com maior frequência e constituem mais da metade das pessoas que vivem com AIDS — UNAIDS e OMS³⁶. Em Trinidad e Tobago, por exemplo, a infecção com HIV é seis vezes maior entre as mulheres de 15 a 19 anos do que entre os homens dessa mesma faixa etária. Outro aspecto importante a se considerar é que, segundo o UNICEF, no Caribe de fala inglesa, até 37% dos meninos e 44% das meninas tiveram sua iniciação sexual antes dos 12 anos.

O abuso sexual cometido pelo homem adulto está gerando o aumento do HIV/AIDS na zona caribenha onde já é a primeira causa de mortes na faixa etária entre 15 e 44 anos, com a transmissão ligada fundamentalmente à relação heterossexual, à prostituição, à pobreza e às desigualdades sexuais³⁷.

Em se tratando da interface, outra questão consensual é que a violência não é apenas um fator de risco para a infecção pelo HIV. Observamos cotidianamente na Gestos que a violência tem sido também um resultado da infecção na medida em que a revelação da soropositividade tornou-se um

momento — mais um! — potencializador da violência imposta a mulheres, por parte de companheiros, família, comunidade e serviços não preparados.

Infelizmente, esta não é uma situação observada apenas em uma cidade específica do Nordeste brasileiro. Segundo a OMS, 20,5% das mulheres soropositivas nos EUA haviam relatado abuso físico devido à sua condição de soropositividade; no Quênia, 19% de 324 mulheres relataram ter sofrido violência dos seus parceiros por serem HIV positivas³⁸, o que parece indicar que elas são mais vulneráveis à violência do que os homens quando revelam sua condição de soropositividade. Tal situação é ainda mais grave no caso das trabalhadoras sexuais que, muitas vezes sendo forçadas a terem relações sexuais sem preservativos, são ao mesmo tempo acusadas por seus clientes pela transmissão do HIV e, por isso, tornam-se vítimas de castigo físico [PAHO, 2005]³⁹.

Considerando o tempo oficial de existência da AIDS — recentemente completou seu 25º aniversário —, é possível afirmar que as pistas da conexão entre o que hoje consideramos epidemias irmãs não são novas. Como dito, diferentes estudos apontam o quanto a violência aumenta a vulnerabilidade de mulheres e meninas ao HIV e, por outro lado, o quanto o fato de serem infectadas pelo HIV tem aumentado a vulnerabilidade de mulheres e meninas à violência. Entretanto, até bem pouco tempo, reconhecia-se, prioritariamente, quatro áreas onde a violência e o HIV se encontravam: A) sexo forçado, que diretamente aumenta o risco devido ao trauma físico; B) violência e ameaça de violência, que pode limitar a capacidade das mulheres em negociar uma relação segura; C) abuso sexual na infância — relação direta e indireta—; D) compartilhamento do status sorológico, que pode aumentar o risco de violência⁴⁰.

Finalmente, começou-se a falar sobre o fato de que

a situação é bem mais complexa e nem sempre tão evidente. As mulheres e meninas são vulneráveis ao HIV não unicamente por meio de relações sexuais forçadas, mas também por circunstâncias muito mais subjetivas do que a ameaça física direta, que dificultam a negociação de relações sexuais seguras e lhes negam acesso a instrumentos para o exercício da prevenção. Ou seja, a vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV se deve, principalmente⁴¹, a fatores socioculturais que se interpõem e formatam relações de gênero desiguais. Em 2006 a ONU reconheceu que *tais relações de dominação são múltiplas e estão interconectadas, criando para as mulheres categorias com graus distintos de desigualdades e submissão às diferentes formas de violência* [UNGASS-AIDS 2006]⁴².

Paulatinamente, essa outra idéia da interface entre AIDS e violência vem marcando presença em espaços importantes de negociação das políticas internacionais: *as desigualdades de gênero e todas as formas de violência contra as mulheres e meninas aumentam sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS e que a ausência de respeito pelos direitos das mulheres alimenta as duas epidemias — de violência e AIDS — e aumenta seu impacto*⁴³.

Entretanto, mesmo com o reconhecimento de que a violência e demais violações de direitos humanos contra as mulheres e meninas podem ser causa e consequência da infecção pelo HIV, é certo que ainda não se abordou suficientemente o problema e que os tratados e recomendações da esfera internacional não resultaram em ações práticas na maioria dos países. Conjunturalmente, nos espaços multilaterais, vivencia-se um momento de acirramento das posições fundamentalistas, concentração de recursos para a AIDS na África, Ásia e no Leste Europeu e, apesar da UNAIDS estar incluindo pela primeira vez, em suas estimativas para 2008-2010, recursos para responder de forma articulada ao problema da violência contra as mulheres⁴⁴, observa-se, em médio prazo, tendência global de maior

concentração de investimentos para a melhoria dos sistemas de saúde em geral ao invés de recursos para problemas *específicos* como a AIDS e a violência.

No Brasil, o movimento de mulheres tem cada vez mais pautado a discussão sobre a violência, que atinge 33% de nossas mulheres — segundo a pesquisa mais recente da Fundação Perseu Abramo, 2001 —, particularmente em relação à não-impunidade dos agressores e à implantação e melhoria dos serviços de atendimento. Como resultado, a violência física e sexual tem se tornado cada vez mais objeto de política pública de saúde e segurança, e o tema vem mobilizando forma-dores(as) de opinião, gestores(as), profissionais de saúde, ativistas de saúde reprodutiva e sexual, e defensores(as) de direitos humanos.

Apesar desse esforço, e mesmo com maior participação de mulheres organizadas nas discussões e articulações que envolvem AIDS, ainda se sabe pouco sobre a relação entre violência e a feminização da epidemia no país, que estima ter cerca de 220 mil mulheres com AIDS, num total 476.273 casos notificados⁴⁵.

Assim, as 26 histórias de vida analisadas nesta publicação também nos fazem refletir que o tema da interface demanda mais atenção, recursos e serviços. O cotidiano da Gestos explicita um sentimento que continuará mesmo depois do ponto final deste texto: tudo o que se falou ainda é pouco diante das respostas que não chegaram a tempo para essas e tantas outras mulheres que, por terem sido a vida inteira vítimas de violências, tornaram-se também vulneráveis ao HIV/AIDS. Ou que por viverem com AIDS tornaram-se também vítimas da violência. É urgente aprofundar o debate e agir.

Recife

Cidade considerada pela ONU como uma das mais violentas do mundo, é a capital de Pernambuco, estado que ocupa a quinta posição do país em se tratando de violência contra a mulher.

A taxa de prevalência de AIDS entre mulheres no estado é de 3,8%, com 1.383 casos registrados entre 1984 e 2006. Em 1987, a relação homem e mulher era de 15:1 e, desde 1998, é de 2:1.

A região em que se localiza, o Nordeste do Brasil, é uma das mais pobres e desiguais do país. Em 2001, enquanto 22,9% das famílias brasileiras tinham rendimento mensal per capita de até meio salário mínimo, no Nordeste esse índice era de 42,2%.

A maior parte da população do Recife — 67,33% — compõe a faixa etária de 15 a 64 anos, enquanto 26,16% são menores que 15 anos e 6,51% maiores que 64 anos.

Embora 54% da sua população seja formada por pessoas negras e pardas, 80% dos habitantes estão entre os 20% dos brasileiros mais pobres, enquanto menos que 20% fazem parte dos 10% mais ricos.

A cidade apresenta uma proporção de 31,5% de pobres e renda per capita média de R\$ 392,50.

As vulnerabilidades aqui demonstradas pela vivência das mulheres são históricas e apesar de ganharem novos contornos com a epidemia da AIDS, reforçam sua falta de poder político e de autonomia na efetivação dos seus direitos.

Alessandra Nilo

Construção de conhecimento: uma experiência de pesquisa-ação

*O papel de uma pesquisa não é produzir a verdade,
é produzir idéias.* JEAN-FRANÇOIS LYOTARD

AO NOS DEBRUÇARMOS SOBRE a interface violência contra a mulher e AIDS, observamos que existiam muitos referenciais teóricos que nos estimulavam à reflexão sobre o tema, embora pouco tenha sido suficientemente construído ou aprofundado. Alguns livros clássicos sobre mulher e AIDS, apesar de essenciais, não abordam a interface como foco importante. Entretanto, eles foram fundamentais para, por exemplo, estabelecer a compreensão de que também no Brasil os fatores políticos e econômicos que impulsionaram a epidemia de HIV/AIDS estão intimamente ligados à organização social das estruturas de gênero e sexualidade, cujas hierarquias fazem das mulheres —em especial, aquelas dos segmentos de baixa renda— extremamente vulneráveis à infecção pelo HIV [Saldanha, 2003]. Ou seja, tais obras lançaram as bases e nos permitiram avançar na possibilidade de construir uma interface teórica que fosse além da interface clínica, como já foi estabelecido e referenciado por diferentes autores.

A idéia de que muitas questões permanecem em aberto, principalmente quando se trata de evidenciar a inter-relação entre AIDS e violência de gênero, numa análise para além da violência sexual, tem estimulado a Gestos a pensar mais profundamente sobre os lugares onde estas

duas áreas se cruzam, além de discutir as lacunas e os desafios relacionados ao tema, com o qual temos lidado cotidianamente desde 1993, quando iniciamos o atendimento psicossocial às mulheres soropositivas.

Assim, entre outubro de 2006 e outubro de 2007, realizamos um estudo de natureza qualitativa, construído por meio de entrevistas e de análise das práticas, discursos e produção de sentidos, vivenciados no trabalho de assistência psicossocial com 26 mulheres soropositivas que frequentam a Gestos e que têm histórico de situações de violência.

Como estratégia, este trabalho se alinhou às práticas de produção de conhecimento denominadas *pesquisa-ação*, *pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo* [Thiollon, 2002, p.14]. As pesquisadoras já possuíam, em virtude da clínica da Gestos, um profundo envolvimento com as mulheres pesquisadas e, portanto, não houve a figura de um observador externo que buscava conhecer um fenômeno e artificialmente arbitraria de um modo considerado estático e passivo diante dos seus olhos [Villela, 2007]. Ao contrário, pesquisadoras e mulheres pesquisadas interagiram para construir um conhecimento imediatamente útil na transformação das suas vidas, considerando ainda que, como afirma Lyotard, para além das teorias, temos sempre a particularidade de cada uma das realidades que consistem de eventos singulares que nem sempre cabem, fidedignamente, no campo teórico e racional.

Além dos procedimentos de coleta e análise de dados, a caracterização do contexto socioeconômico foi essencial para uma melhor compreensão do universo que pesquisamos e que registramos por meio de um questioná-

rio específico (ver ANEXO I). Com base nas narrativas, elaboramos um quadro enfocando os eventos importantes nas suas trajetórias, o que nos permitiu discutir sobre as similaridades e analisar a associação das idéias construídas durante as entrevistas, inserindo cada vida contada no seu próprio contexto.

Definir o limite do nosso olhar foi um dos grandes desafios do trabalho, frente à amplitude de possibilidades e à riqueza de conteúdo das falas das mulheres. Foi difícil escolher, no meio de todas as verdades descritas, aquelas que mais impactavam/ importavam para os fins desta reflexão. Finalmente, algumas das categorias definidas para o processo de avaliação foram relacionadas às: A) condições de vulnerabilidade individual, social e programática das mulheres; B) vulnerabilidades decorrentes das demandas psicoafetivas; C) atitudes frente às possibilidades — ou não — de prevenção, interpretando tais possibilidades, segundo Rodrigues (1986) *como estruturas permeadas de elementos cognitivos, afetivos e comportamentais*.

Na busca em ir além dos resultados e desafios observados na nossa atuação clínica e social, comparando informações, estabelecendo e identificando relações e, principalmente, buscando sentidos que permitissem uma maior compreensão das interfaces, convidamos a antropóloga Josineide Menezes e a pesquisadora Wilza Vilella para compor a equipe que atuou na análise das entrevistas. Contamos ainda com a contribuição de Fernanda Lopes no processo de análise dos textos e das reflexões produzidas.

As mulheres que deram seus depoimentos têm entre 25 e 50 anos de idade, se autodefinem predominantemente como brancas ou pardas, têm, em média, três filhos — apenas duas não têm filhos(as) — e não estão inseridas no mercado formal de trabalho. Todas nascidas pobres, com dificuldade de se manter na escola, pouco capacitadas

para o mercado de trabalho. A gravidez ocorre precocemente e apenas com duas das entrevistadas esta gravidez se dá dentro de uma relação formal e estável. As famílias de origem, sejam violentas ou não, assumem um papel crucial na criação dos(as) filhos(as), e muitos desses filhos são criados pelas avós. Dezenove mulheres afirmam já ter sentido desejo de abortar, mas por diferentes razões apenas cinco afirmam ter realizado o aborto.

À exceção de três, todas as demais referem experiência de violência ou maltrato na infância, incluindo violação sexual e espancamento, humilhação e trabalho forçado. Quase todas abandonaram a casa dos pais ainda na adolescência para escapar dessa situação, e uma parcela significativa se envolve com o comércio sexual e com o uso de substâncias, quando vivendo em situação de rua. De fato, para muitas mulheres a convivência com a violência está inscrita nas suas histórias, uma violência que inclui tanto a violação do corpo, mas, especialmente, e violação de sentido de proteção e afeto que toda criança necessita para aprender a proteger-se também [Villela, Lopes, Nilo, 2007].

Onze das entrevistadas referem já haver utilizado serviços para mulheres em situação de violência e dez afirmam ter sido bem atendidas. O maior agravante da vulnerabilidade das mulheres se dá pelas restrições no acesso aos bens, ações e serviços, ao contexto social e à violação sistemática de seus direitos fundamentais, o que configura uma realidade complexa na qual as medidas preventivas são percebidas como *externas* ao seu cotidiano, não fazendo parte das principais preocupações dessas mulheres por diferentes motivos sobre os quais os textos desta publicação discorrem.

Antes da descoberta da soropositividade, não era claro, para a maioria das entrevistadas, a importância da prevenção do HIV, e esta, de fato, não era encarada como

algo que dizia respeito a elas e a sua responsabilidade no cuidado com elas mesmas. Nas entrelinhas as falas revelam uma tendência à culpabilização do outro pela infecção pelo HIV, e há inclusive referências específicas de que sua prioridade não era a prevenção, mas *a necessidade de sobrevivência, de sustento dos filhos ou da família, de sair da vida de sofrimento* sem que o acesso a instrumentos ou métodos preventivos apareça como algo importante entre suas principais demandas.

Dezesseis das mulheres entrevistadas não usavam preservativo em suas relações sexuais e duas afirmaram que usavam apenas algumas vezes. Entre os motivos para o não-uso do preservativo, oito diziam *não ser necessário* e cinco não usavam *porque o parceiro não concordava*. Quatro mulheres afirmaram desconhecer completamente a existência do preservativo e mesmo as que relataram já ter ouvido falar sobre AIDS antes da descoberta da própria soropositividade deixaram claro que não tinham compreensão sobre o seu real significado, indicando que o pouco que conheciam era insuficiente para gerar atitudes preventivas, o que reforça, portanto, *ouvir falar sobre AIDS e prevenção não é igual a apreender sentidos que mobilizem para o auto-cuidado*.

Quinze mulheres informam ter sido, ou se sentido forçadas a ter relações sexuais sem preservativos e na relação com os companheiros ou amores, o poder exercido por *quem controla o dinheiro* também evidenciou-se apesar de que, na medida em que se desenrolaram as narrativas das histórias de vidas, observamos que também ia crescendo a necessidade de ser responsável pelo próprio sustento, principalmente a partir do aparecimento dos(as) filhos(as) —catorze mulheres entrevistadas são atualmente responsáveis pelo sustento de suas casas. Por meio da emancipação financeira, evidencia-se o fortalecimento das mulheres e a construção de um processo de independência, pois acessar a própria renda lhes permite vislumbrar alternativas para se afas-

tar da relação, ou mantê-la de outra forma, inclusive, com menos violência.

Entretanto, observamos que, a depender da construção de vida dessas mulheres, algumas buscaram se *libertar*, enquanto outras ainda se resignam e acabam por se adaptar mais à situação de violência. Mesmo que todas afirmem querer independência e felicidade, a expressão desse desejo não tem sido suficiente para mudar a correlação de forças, no sentido de que a maioria ainda relata a busca de um provedor e sonha com uma relação que irá resgatá-las da vida de sofrimento. Mesmo que isso implique a própria sujeição dessas mulheres e, em alguns casos, o sacrifício do seu bem-estar e de seus filhos e filhas, ainda há a busca por um namorado, ou companheiro eventual que assuma, minimamente, o sustento da casa — doze delas não são responsáveis ou não contribuem financeiramente de forma importante para o sustento familiar e outras quatro não administram nenhum tipo de recurso financeiro.

Tantas questões colocadas indicam que as situações de vulnerabilidade e os processos de vulnerabilização, principalmente no que se refere às relações de gênero e poder, são consequência da naturalização da violência contra as mulheres, consolidada em relações desiguais, desestruturantes e violadoras de direitos tanto no âmbito familiar como no comunitário.

Nesse conjunto de questões, percebemos também a fragilidade da lógica de prevenção e atenção oferecida pelos serviços que atuam como se os comportamentos de todas as mulheres que vivem ou não com AIDS constituíssem um sistema relativamente estável e coerente, principalmente no que se refere ao acesso a instrumentos de prevenção e a estratégias para adesão ao tratamento — quando, às vezes, *aderir* pode implicar assumir um *status* sorológico e uma nova condição de saúde que impactam diretamente a segurança

física e a saúde mental dessas mulheres. Em tal contexto de desproteção, o diagnóstico de infecção pelo HIV, embora assuste ao sinalizar como possibilidade de maior discriminação, também aparece, para muitas, apenas como mais uma das vicissitudes de uma vida desde sempre atribulada, como se pode verificar no seguinte depoimento:

Eu não me espantei muito não. Porque eu queria que Deus, assim, é... descobrisse e me dissesse logo o que era que tava me matando. Aí eu descobri que eu tava com HIV.

Os relatos sobre violência sofrida nos serviços de saúde também evidenciaram problemas importantes para avaliações futuras. Quinze mulheres alegaram ter sofrido violência institucional, das quais doze relatam que as agressões (na maioria, psicológica e moral) foram praticadas por médicos(as) ou enfermeiros(as). O preconceito e a discriminação surgem como práticas recorrentes nesses locais, embora se espere que os(as) profissionais devessem estar bem preparados(as) para acolhê-las bem e prestar cuidado adequado e equânime a estas e outras mulheres. Cinco mulheres contam ter reagido agressivamente às situações de violência, mas apenas duas denunciaram o fato às autoridades do hospital.

Procurei o médico do hospital e perguntei se por ser HIV, estava pondo outras pessoas em risco, já que eu estava sofrendo preconceito dentro do hospital.

Respondi com agressões. Eu não quero morrer por conta dessas agressões, por isso respondo.

Discuti com os(as) autores da violência.

Me senti mal, humilhada. Fui na diretoria reclamar.

Fiquei indignada. Fui até agressiva, gritei, xinguei. Pensei em ir na ouvidoria ou na direção, mas deixei para lá. Eles têm formas de encobrir esses atos.

Quebrei mesas e cadeiras. Fiquei fora de mim. Achava que iria morrer no dia seguinte.

Eu briguei, xinguei e disse que fazia parte de uma ONG.

Mulheres com pouca auto-estima ou fragilizadas pelas condições de saúde, apresentam muita dificuldade em reagir. Entre os depoimentos comentam:

Fiquei muito mal, estava debilitada e com 34 de CD4. Não tive forças.

Geralmente as enfermeiras olham meu prontuário, se comunicam baixinho e ficam me olhando; muitas vezes, eu fico com medo delas me darem um remédio errado ou judiarem de mim. Eu não faço nada, fico triste, com vergonha.

Pensei em me matar, porque os médicos do Posto Médico comentaram para outras pessoas e a notícia do HIV se espalhou pela comunidade.

Não voltei mais ao local onde sofri violência.

Chorei muito, não procurei ajuda.

Por fim, outro aspecto importante para a Gestos foi o destaque dado durante as falas sobre o impacto do nosso trabalho. As mulheres afirmaram o quanto o contato com a ONG lhes tem permitido um novo olhar e potencializado


mudanças positivas em suas vidas. Assim, identificamos a ONG como um espaço que lhes propicia mais que o simples acesso à *informação*, garantindo também a escuta clínica, a discussão sobre direitos, o contato com a sua realidade e o seu reposicionamento no mundo que resulta, por meio de diferentes processos e níveis, em sua autopercepção como sujeito político.

Tal caminho, percorrido e revisitado com essa pesquisa-ação, nos faz pensar sobre os diferentes elementos que contribuem para a manutenção do *status quo* de subjugação feminina no qual impera a banalização da violência contra as mulheres, soropositivas ou não. A dificuldade dessas mulheres em se reconhecerem como sujeitos de direitos e cidadãs apresenta-se como um aspecto essencial em seus processos de vulnerabilização, pois o contato, não com a *informação dada*, simplesmente, mas com um movimento de ressignificação de conhecimentos e conteúdos, é que lhes tem permitido a releitura da sua própria realidade, na qual os papéis já não precisam ser aqueles pré-estabelecidos desde sempre, de forma maniqueísta e manipuladora, que reforçam a concepção de que só há um jeito *certo* ou *errado* de se estar no mundo.

Contribuir para essa reflexão tem nos ajudado a olhar o problema também como um processo contínuo. Afinal, diante de tamanha complexidade, muitas questões não se respondem com esta pesquisa, pois ela, ao nos permitir produzir e aprofundar conhecimentos sobre a interface entre violência de gênero contra as mulheres e a AIDS, também nos traz novas e desafiadoras indagações.

Eu apanhei muito dos homens.

Testemunho 1



Fui procurar o médico, porque estava muito magra, fraca, desmaiando, vomitando sangue. Eu pesava vinte e seis quilos e o meu peso normal era quarenta e oito. Eu estava tuberculosa. Mas o doutor viu que havia alguma coisa mais e pediu pra eu fazer o teste de AIDS. E deu que eu era soropositiva. Não me abalei quando soube. Eu esperava por qualquer coisa. Mas pensei no meu filho, um menino de um ano e um mês que ainda mamava, e fiquei com medo de morrer. Quando o doutor disse que tinha um remédio, que eu ia engordar, que eu ia cuidar do meu filho, aí pronto, ficou tudo normal. Agora, eu engordei, e já estou com cinqüenta e quatro quilos.

> Quando busquei tratamento, fui logo ao hospital certo. Procurei, primeiro, o Hospital do Câncer, onde fiz o teste de HIV, mas como não tinha vaga, me mandaram pro Oswaldo Cruz. Até hoje eu estou lá e nunca ninguém me tratou mal ou teve preconceito comigo.

> A minha infância foi difícil. Minha mãe largou meu pai e a mim quando eu era pequena e eu fiquei morando com ele na casa da minha madrastra. Ela me mal-

tratava, me espancava e isso foi bater no ouvido da minha mãe, que foi me buscar lá. Na verdade, ela me roubou, porque meu pai não estava na hora. Aí fui morar com ela, que morava com um alcoólatra. O homem bebia, quebrava tudo dentro de casa e botava a gente pra correr. Se ele passasse a noite acordado, a gente dormia na rua. Se ele dormisse, a gente voltava para dormir na madrugada.

> A gente dormia na casa dos vizinhos, no quintal. Meu padrasto só era bom quando não bebia, mas quando bebia, queria bater na minha mãe e só não conseguiu bater em mim e nos meus irmãos, porque a gente fugia. Aí a família foi se desmoralizando, pois a gente não respeitava mais nossa mãe e nem o padrasto. Até hoje é assim.

> Nós (irmãos) somos cinco mulheres e um homem. Cada um arranjava um namorado, morava junto, e se não dava certo, passava pra outro, tudo pra ficar o maior tempo na rua, tudo pra não voltar pra casa. A cabeça da gente andava virada por causa do meu padrasto. Só quem ficava dentro de casa era minha irmã pequenininha. Nesse tempo eu tinha uns doze ou treze anos e ela cinco ou seis anos e, por isso, não tinha opção. As mais velhas iam pro mundo aprender o que não presta.

> Meu padrasto queria fazer sexo com a gente. Ele até me mandou tirar a roupa; queria passar a mão em mim, mas nunca chegou a fazer nada nem me pegou à força. A gente era muito besta e não tinha reação nenhuma.

> Eu demorei pra sair de casa. A minha mãe não mandava mais nos filhos. A gente fazia o que queria. Usava droga, bebia, ia pra festa e chegava de manhã. A minha mãe vivia dizendo que não agüentava mais. Fiquei na casa dela

porque quis, até o dia em que eu conheci uma colega que me chamou pra morar no Recife, pois ela tinha um sobrinho aqui. Essa colega bebia demais, se drogava muito, vivia fraca e morreu de... como é mesmo o nome? Overdose recentemente em Vitória. Eu também bebia e usava droga. Mas não igual a ela que tomava até droga na veia.

> Eu apanhei muito dos homens. Morei quatro anos com um, um ano com outro, dois e três anos com outros. Todos eram violentos, bebiam, se drogavam. Todos me bateram e eu não reagia. Apanhava calada. Só não apanhava quando corria. Chegava em casa no outro dia, quando ele estivesse bom. Eu não entrava enquanto estivesse bêbado, pois tinha medo que me matasse. E o primeiro homem com que morei me deu três facadas, eu tenho as marcas até hoje. Era uma boa pessoa, mas quando estava bêbado e usava droga, não respeitava ninguém. Às vezes, a gente fugia da comunidade, porque queriam linchar ele. Aí o povo me segurava e metia o cacete nele.

> Dei parte dele duas vezes na Delegacia da Mulher. Ele recebeu a intimação e, na frente da delegada, disse que ia mudar. Uma semana depois, fez tudo de novo. E nenhuma vez chegou a ser preso, pois eu retirava a queixa. Tirava, porque gostava muito dele e acreditava no que ele dizia. Mas era tudo mentira. Quando vi que não ia dar certo, nos separamos. Depois, peguei a tuberculose. E fiquei me escondendo dele, até hoje. Mas não sei se peguei o HIV com ele ou com os outros.

> Minha história de violência complicou muito o jeito que eu estava criando o meu filho. Eu já fui chamada a atenção porque perdi a paciência e fui violenta com ele. Na hora de comer, eu batia nele. Mas hoje não dou mais

não. Porque agora ele me atende. Ah, e eu não quero isso pro meu filho!

> Não sinto que sou discriminada pela minha raça e sim por causa da AIDS. Quando o povo sabe, fica me criticando, me discriminando. As pessoas que têm pouca informação e muito preconceito. Aquelas que não têm, conversam, têm uma grande amizade com a gente. Mas são poucas. A maioria tem preconceito, como meus vizinhos das comunidades.

> Onde eu moro atualmente, numa casa-abrigo para mulheres com AIDS em Recife, o pessoal não conhece pelo nome, só sabe que é a casa dos aidéticos. Lá tem um pé de manga que dá pro meio da rua. Às vezes, as mães passam na porta e dizem: *menino não coma essa manga que é doente*. A gente não pode dizer nada, porque não vai ficar brigando com todo mundo na rua... Mas a convivência lá é normal. Tem umas pessoas melhores que outras, mas não há preconceito nenhum. Nem da parte dos médicos.

> Quando fui apanhar o resultado do exame de AIDS, o doutor disse que eu ia tomar remédio pra ficar bonita, porque eu estava muito magra, acabada e me orientou pra meu filho não dormir comigo, não ficar muito tempo perto de mim, enquanto eu estivesse tuberculosa, uma doença que tem cura, mas é muito fácil de pegar e que eu fizesse de tudo pra não me cortar e meu filho não tocar no meu sangue. Mas não falou nada de não dar beijo, abraço, cheiro.

> Eu dei a luz no interior, não fiz o pré-natal, não tomei nenhum remédio, tive parto normal e ele mamou até um ano e quinze dias. E só parei o peito, quando descobri

que estava com HIV e tuberculosa. Por sorte o meu filho não chegou a se infectar.

> Desde que eu recebi a notícia de que tinha AIDS, fiquei quieta. Depois da doença, eu tive mais responsabilidade. Se não fosse o HIV, eu já estava era morta. Eu não queria saber de medicação, de me tratar e, por causa da AIDS, recebi muita ajuda, da agente de saúde da casa-abrigo. Agora eu tenho força pra trabalhar, pra viver a minha vida, diferente de antigamente, quando eu tinha preguiça de tudo. Já estava morrendo mesmo...

> Hoje eu estou sozinha, mas ainda quero me relacionar com alguém... Recebo muitas cantadas, mas preciso resolver meus documentos pra fazer minha ligação (de trompas). Depois que eu fizer, aí sim, aí vou procurar um homem que não seja violento e quero estudar mais ele.

”

*Minha história de violência
complicou muito o jeito que eu
estava criando o meu filho. Eu
já fui chamada a atenção
porque perdi a paciência e fui
violenta com ele.*

Josineide de Meneses Silva

Vulnerabilidade, AIDS e Violência contra a Mulher

Liberdade é pouco, o que eu quero ainda não tem nome.

CLARICE LISPECTOR

ESCREVER SOBRE VIOLÊNCIA E mulheres soropositivas me remete ao tempo em que a Gestos estruturou o trabalho com grupos de mulheres, em 1997, quando foi criado o primeiro grupo de mulheres infectadas pelo HIV em Recife.

A instituição, surgida em 1993, foi inicialmente um reflexo da própria epidemia que se desenhava inicialmente como uma doença de homens. O público que freqüentava a Gestos era predominantemente masculino, as mulheres que iam até a instituição mantinham uma freqüência esporádica. Diante disso, foi necessário sair ao encontro dessas mulheres e, após esta decisão, direcionamos parte das nossas ações do então *Programa de Apoio às Pessoas Soropositivas*, para fazê-las conhecer a Gestos. Para isso, além de divulgar o trabalho nos espaços de referência para AIDS freqüentado por mulheres, lançamos um folder específico que apresentava a instituição e convidava as mulheres a nos conhecer. Essa foi uma iniciativa pública que revelava nosso desejo de que a mulher soropositiva também se sentisse acolhida e tivesse um suporte psicossocial de qualidade, que a ajudasse no seu processo de fortalecimento frente ao HIV/AIDS.

Finalmente conseguimos agregar algumas mulheres

que tinham presença mais constante no acompanhamento psicoterapêutico individual e assim fomos refletindo, inclusive, sobre as razões pelas quais as mulheres tinham mais dificuldades de se aproximar das ONG que trabalhavam para garantir a cidadania das pessoas com HIV. Na época nossas reflexões não conseguiam esclarecer totalmente essas razões. Nas discussões do grupo inicial de mulheres soropositivas, compreendemos que continuar a apresentar a Gestos para outras mulheres era um passo importante, e assim o fizemos. Pouco a pouco mais mulheres foram se aproximando e o trabalho foi se consolidando, até se tornar a referência atual.

É importante destacarmos que, nesse início, a instituição e as mulheres estavam muito centradas na realidade das pessoas soropositivas, ou seja, mesmo buscando entender o contexto em que as mulheres soropositivas estavam inseridas, ainda isolávamos as questões que vulnerabilizam todas as mulheres e tratávamos aquelas mulheres vivendo com AIDS como se estivessem fora desse universo mais amplo de desigualdade de gênero. Fazia-se, portanto, necessário estabelecermos alguns cruzamentos com base na perspectiva de gênero para, aí sim, compreendermos a junção complexa, ou a soma de vulnerabilidades, que copõem os caminhos dessas mulheres.

Com o amadurecimento dos grupos e do trabalho, passamos a trazer todas as discussões do movimento feminista para serem tematizadas e finalmente percebemos, por meio de oficinas, o que em outros grupos de mulheres também se constata: o fato de a maioria das mulheres terem sofrido violência sexista. Outro aspecto presente é a naturalização construída pela sociedade e introjetada pelas mulheres. Esse início e todas as discussões subseqüentes realizadas pela Gestos motivaram a realização das vinte e seis entrevistas que enfocam a violência sexista contra mulheres

soropositivas. É com base nesse material que passo a realizar algumas reflexões acerca da vulnerabilidade, da AIDS e da violência contra a mulher.

Vulnerabilidades, gênero e violência

A literatura recente sobre a AIDS no Brasil tem registrado dois fenômenos importantes para a reflexão neste texto, que são a pauperização e a feminização da epidemia [Barbosa & Sawyer, 2003]. Esses aspectos, curiosamente, se articulam entre si na vivência cotidiana das mulheres por meio das relações de gênero. Além disso, a Organização Mundial de Saúde, em 2000, alertava para a relação entre HIV/AIDS e a violência contra a mulher referindo-se aos seguintes fatores de vulnerabilidade: o sexo forçado, a limitação trazida pela violência para negociar o sexo seguro e a revelação da condição de soropositividade como um fator que aumenta o risco de violência.

As entrevistas realizadas pela Gestos demonstram claramente como as vulnerabilidades relacionadas à classe e etnia (cor) se articulam com as desigualdades de gênero, as quais têm como sua expressão maior a violência sexista. Assim, destacamos como aspectos indispensáveis a nossa reflexão, com base nos depoimentos das mulheres, três pontos: 1) as relações de gênero; 2) a violência contra a mulher; 3) preconceito, violência e relações familiares. Logicamente esses temas não estão desconectados entre si, mas trazem particularidades que precisam ser tratadas dialeticamente, em separado, mas também articuladas entre si.

As vulnerabilidades aqui apontadas pela vivência das mulheres são históricas e apesar de ganharem novos contornos com a epidemia da AIDS, reforçam sua falta de poder político e de autonomia na efetivação dos seus direi-

tos. Desta forma, é necessário iniciar pontuando o fato de as desigualdades de gênero e as vulnerabilidades atreladas a essa situação serem um marco estruturador da vida das mulheres entrevistadas, desde a infância. Os relatos a seguir demonstram isso:

A minha vida na infância não foi boa. Porque meus pais eram muito pobres, né? Aí eu fiquei na minha casa até 14 anos de idade. Com essa idade, eu comecei já a trabalhar. A primeira vez que eu fui trabalhar, eu me senti muito triste, chorei muito.

Minha infância, foi muito sofrimento. Perdi minha mãe com 11 anos de idade e caí na rua. Aprendi todas as violências que o mundo pode ensinar. Meu pai me despejou também. Até os 17 anos sofri violência, tive que me prostituir pra sobreviver.

Aí eu fui morar com ela (mãe). Só que ela morava com um homem que era meio alcoólatra. O homem bebia e botava todo mundo pra correr dentro de casa. Aí, às vezes, a gente dormia na rua. Se ele passasse a noite acordado, aí a gente dormia na rua. Se ele dormia a gente voltava de madrugada.

Mas eu não sei se é um orgulho meu, porque sempre, a vida que eu estou vivendo hoje, eu me acho muito discriminada. (...) No sentido de ser separada, ser divorciada... Mas se eu for a qualquer lugar... assim... que tenha... assim... alguma coisa, 'Cadê seu marido?', eu digo 'tá em casa'. Eu tenho medo de alguma pessoa... assim... me discriminar. Dizer que eu sou uma mulher errada.

Nesses relatos as relações desiguais entre homens e mulheres são vividas pelas mães e assistidas pelas filhas o que, como se sabe, acontece nas famílias e se reproduz nos espaços públicos, servindo de reforço e naturalização dos com-

portamentos sexistas. Tais relações vão se refletir na vida das mulheres no momento em que forem adultas e passarem a constituir novas famílias. O formato das relações desiguais de gênero passa, assim, a ser uma constante nas relações estabelecidas pelas mulheres e tem na violência a expressão máxima dessa desigualdade. Nesse cenário de desigualdades, as mulheres entrevistadas identificam vários tipos de violência por elas vivenciada em várias etapas de suas vidas:

Quando eu saí da casa da minha irmã, eu saí a uma e meia da madrugada e, quando cheguei, o meu ex-marido, pai da minha filha, junto com uns colegas dele, todos envolvidos com droga, ele mandou eles me pegarem e me ameaçou com revólver e faca: 'Cala a boca, se não eu mato você!' Me levaram pra uma casa, e fizeram todo tipo de violência comigo, me bateram, eu não queria, esperneava, com medo deles; mas não adiantou nada; cheguei em casa toda rasgada, às três horas da manhã.

Há, por parte da maioria das entrevistadas, a percepção de que a omissão da soropositividade é um outro tipo de violência. Assim, consideram também uma violência o parceiro não revelar que é soropositivo. Apesar disso, quase nenhuma relata separação por esse motivo, quando descobrem a sorologia positiva do parceiro, geralmente, ficam em casa e cuidam dele, como se dividissem com ele a responsabilidade e também como se não fosse possível, dentro de uma relação conjugal, negar-lhe solidariedade naquele contexto.

O temor da violência ante a revelação da condição de soropositiva também faz parte da vivência dessas mulheres. Algumas falam do medo de violência ao expor a condição de soropositividade para novos parceiros. O relato dessas mulheres revela uma vida tensionada pela junção da condição de mulher e de soropositividade, o que obviamente nos faz perguntar pelas saídas apontadas por elas

como estratégias de sobrevivência.

Vale ressaltar que há pouca menção à procura por serviços específicos que tratam da violência contra a mulher. Essa ausência é percebida, inclusive, quando relatam a história das mães que também sofriam violência sem denunciar ou procurar qualquer apoio — também é importante registrar que somente na década de 80 foi criada em Recife a primeira delegacia da mulher, sendo este o único serviço disponível até 2002, quando foram criados pela Prefeitura dois serviços de acolhimento à mulher em situação de violência: o *Centro de Referência Clarice Lispector* e a *Casa Abrigo Sempre Viva do Recife*.

Por fim as mulheres expressam muita tristeza e identificam como violência o preconceito da comunidade e da família, sendo este percebido como a mais profunda agressão.

Aí minha irmã olha pra mim, ela olha assim. Aí, de vez em quando, quando ela briga comigo, ela diz: 'Se eu dissesse o que tu tem pro povo, num ia ficar ninguém perto de tu'. Ela diz logo isso aí. Minha irmã sempre mexe na ferida.

Aqui novamente acreditamos que a perspectiva de gênero se faz presente em dois sentidos, primeiro, na aproximação cultural com o universo familiar e, segundo, na cobrança e no sentimento de culpa acentuado nas mulheres pela família de origem. A aproximação do universo familiar é mais comum entre as mulheres que historicamente são socializadas para isso, e por esse motivo sofrem mais com a discriminação da família. Num segundo plano ou sentido, as mulheres costumam ser culpabilizadas pela família, que passam a vê-las como *promíscuas*, atribuindo a elas e ao seu comportamento uma carga negativa. Esse fato não acontece necessariamente com os homens, pois pela dupla moral

estabelecida em nossa sociedade, eles passam a ser compreendidos por todos(as). Associar a infecção pelo HIV a um número variado de parceiras sem uso da camisinha não tem interpretação negativa pela sociedade em geral e nem pela família.

Considerações Finais

A idéia de vulnerabilidade, tomada neste texto, leva à reflexão e ao reconhecimento de que enfrentamos duas epidemias imbricadas, como afirma Ayres [1997]:

(...) o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade ao HIV/AIDS pode ser descrito, em linhas gerais, como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento. [p. 3]

Nesse sentido, é importante retomarmos também as pistas que possam ser seguidas para a construção de um caminho de enfrentamento da situação vivenciada pelas mulheres soropositivas que se encontram em situação de violência. Reconhecer e mapear vulnerabilidades pode ser o primeiro passo para a superação das desigualdades enfrentadas. O empoderamento das mulheres é outro fator fundamental, pois como ainda adverte Ayres [1997]:

No plano individual, a avaliação da vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, dos comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de

transmissão do HIV — relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sangüínea e transmissão vertical. Considera-se, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência.

Como inicialmente pontuamos, as duas epidemias produzem e associam vulnerabilidades. Nessa perspectiva são necessárias ações em pelo menos três aspectos que se entrelaçam na seguinte ordem: a primeira diz respeito à atitude individual a partir da elevação de sua consciência e autoestima; em segundo lugar, podemos apontar o papel do Estado e da sociedade civil no sentido de produzir ações e informações que contribuam para a prevenção destas epidemias; e, por fim, que o Estado garanta, com solidez e cada vez mais, equipamentos, serviços e políticas para as mulheres que necessitam de acolhimento e proteção dos seus direitos.

Em um plano mais geral, com essas iniciativas, poderemos contribuir para o enfrentamento das desigualdades de gênero que estruturam negativamente a vida social e implicam um cotidiano de exclusão e perda de autonomia para as mulheres que, por sua vez, as torna vulneráveis frente ao HIV/AIDS.

Testemunho 2

O lugar em que eu moro é um dos bairros mais violentos do Recife. A violência é tanta que eu me sinto num inferno. Tenho consciência de que toda violência começa dentro de casa e que é dentro de casa que ela pode ser parada, mas as pessoas no meu bairro não têm nenhuma orientação, nenhum conhecimento pra tentar melhorar essa situação. Tem muita criança e muito adolescente envolvido com drogas, com assaltos, estupros e eu não conheço nenhuma política voltada para resolver essa situação. Existe essa tal *lei-seca*, uma coisa do Governo Federal, que, dizem, serve pra diminuir a violência... E pode até diminuir nos bares, mas dentro das casas, dentro dos becos e das favelas, não mudou nada.

> Existem vários tipos de violência e eu já fui vítima de todas que conheço. Desde a infância até a idade que eu tenho agora, senti na pele a violência por ser negra, pobre, e por ter nascido em uma família complicada. Dentro de casa, minha mãe era violenta comigo e com meus irmãos. Eu não conheci o meu pai, ele morreu quando eu tinha 4 anos, e os padrastos que minha mãe arrumou pra mim e pros meus irmãos eram todos violentos. Ela aceitava, porque era cheia de filhos e vivia desempregada, ela depen-

dia dos homens que arrumava pra sobreviver. Quando eu cresci a história não foi diferente... Continuei sofrendo violência na escola, lá eu era apelidada de neguinha e de macaca, o que também é um tipo de violência, na minha opinião.

> Depois que parei de estudar, quando já estava ficando uma mocinha, fui jogada na rua pela minha mãe... (silêncio). Mal tinha tido tempo para ter noção do tamanho da violência que já havia sofrido e nem de longe podia imaginar o que me esperava no futuro. Fui construindo minha vida empurrada pelo tempo, vivenciando nas ruas outros tipos de violência, como o estupro e os assassinatos — vi pessoas sendo assassinadas. E além de vítima, pratiquei a violência; eu já esfaqueei e quebrei garrafa em gente, fiz um monte de coisa.

> Eu saí das ruas porque tinha consciência de tudo o que eu estava vivendo. Nunca acreditei que nasci para viver na rua e isso me fez sair de lá, porque eu não queria estar ali. Então, me segurei na primeira oportunidade que apareceu pra eu me livrar do sofrimento e de toda violência a que a gente fica exposta. Saí da rua por causa de uma instituição e eles me ajudaram muito, investiram em mim, me lapidaram. Na verdade, quando cheguei lá, eu parecia um bicho do mato e aí eles começaram a me ensinar como cuidar de mim, do meu corpo... Eu não tinha noção de como se dava a menstruação, não sabia por quanto tempo a mulher ficava menstruada, nem que existiam cólicas. Sempre senti as dores, mas não sabia que eram cólicas. Comecei a me conhecer depois que entrei nessa instituição e tenho certeza de que só consegui entrar lá porque eu não queria ficar na rua. Fui jogada, eu não fui pra rua por livre e espontânea vontade, eu nunca fugi de casa, eu vivia

debaixo da asa da minha mãe e junto dos meus irmãos. Na rua, sofri todo o tipo de violência que possa existir: da tortura psicológica à tortura física. Conheci uma sociedade violenta, só que de um jeito diferente do que eu era acostumada a ver — pessoas muito educadas que não se respeitam, que usam palavras sutis e bonitas com a intenção de machucar, mas comecei a ver também que existem maneiras de se defender.

> Até hoje ainda sou vítima dessa violência e sofro. Em vários lugares onde eu vou, sou olhada com preconceito, como marginal, talvez porque eu ainda viva à margem e não conquistei meu lugar ao sol. Então, quando vou num *shopping* e entro numa loja, eu percebo que os seguranças me olham dos pés à cabeça e muitas madames botam a bolsa debaixo do braço... E olhe que eu não tenho mais idade nem cara para ser confundida com trombadinha! Muitas vezes em parada de ônibus, dentro das lojas, em lugares públicos, em hospitais e em clínicas onde vou fazer exames, sou confundida e maltratada. Acredito que seja pelo fato de eu ser negra, não andar coberta de ouro, não estar bem vestida e ter um estilo diferente — eu gosto de usar trançinha no cabelo. Isto influi muito e faz com que as pessoas me olhem de outro jeito, com preconceito.

> Sempre busquei um parceiro e tentei colocá-lo na minha vida, porque sinto a necessidade de ter alguém junto de mim que me compreenda, que converse comigo, que me ajude, que esteja do meu lado, alguém com quem eu possa contar! Mas não tive muita sorte. Desde a minha primeira relação na rua até hoje, todos os parceiros que passaram pela minha vida deixaram um rastro de sofrimento, dor e violência. Aquele com quem mais me identifiquei foi o pai da minha filha, que tem hoje treze anos. Com ele tive três

filhos, mas com o tempo ele se transformou num monstro e acabou perdendo a vida por isso... E os outros que tive depois dele eram só namorados que eu tentei trazer pra dentro da minha vida e da minha casa e deu errado. No início foi até bom, foi legal, mas depois essas pessoas só me fizeram sofrer e esse sofrimento tem a ver com violência física, verbal, psicológica e até sexual.

> Mas eu não acho que o fato de eu ser soropositiva tenha provocado essas violências. O HIV tem a ver com a falta de orientação, de informação. Eu lembro que quando eu fui fazer o teste, eu tinha certeza de que não era portadora do vírus. Quer dizer, a falta de informação e de orientação sobre os cuidados era tão grande que, mesmo sabendo que nunca tinha transado com preservativo, achava que não tinha o vírus! Foi a falta de informação e de orientação que me trouxe o HIV.

> Até hoje ainda não aprendi a lidar com minha história de violência. Eu sou violenta com a minha filha e comigo mesma, mas procuro não ser porque tenho consciência de que é errado e de que vai prejudicá-la. Ultimamente estou numa fase em que tenho sido mais paciente, mais compreensiva com minha filha, mas de vez em quando, dou mesmo umas boas tapas nela! E eu sei que bater e agredir verbalmente, psicologicamente, é um ato de violência. As maiores vítimas de violência são as mulheres e as crianças. E os agressores sempre são os pais e os maridos.

> Eu pensei que depois de dez anos de HIV no Brasil as pessoas estivessem mais orientadas, mas eu vejo que é só conversa mole! Estou fazendo um tratamento com acupuntura e as pessoas que trabalham lá têm estudo e conhecimento para trabalhar numa clínica particular e, lá, eu sofri,

há pouco tempo atrás, discriminação por conta do vírus. Eles queriam fazer em mim um tratamento sem agulhas, só com sementes. Chegaram a dizer que eu procurasse o isolamento do Hospital Oswaldo Cruz e um infectologista. Como pode ser? Se foi o meu infectologista que me encaminhou pra esse tratamento? O meu problema de dor de cabeça não tem a ver com o vírus! Aí eu me senti discriminada e aquilo me chocou... Senti que eles estavam sendo preconceituosos, porque sabiam do vírus e teve um momento em que a retirada da agulha fez me sangrar um pouquinho e uma das pessoas gritou: *Menina, pelo amor de Deus, bota a luva!*. Elas sabem que não é assim que se pega, mas, infelizmente não é só lá. Eu sou discriminada com relação ao vírus quando vou procurar ajuda na área de saúde —nos hospitais públicos, muitas vezes, sou mal atendida. Sei que é minha obrigação comunicar que tenho o vírus, onde eu for atendida, mas, às vezes, eu fico com medo de ser tratada diferente, pois não sou nenhuma criança e sei quando isso acontece.

”

*Tenho consciência de que toda
violência começa dentro de
casa e que é dentro de casa
que ela pode ser parada, mas
as pessoas no meu bairro não
têm nenhuma orientação,
nenhum conhecimento pra
tentar melhorar essa situação.*

Glauston Lima, Patrícia Leitão e Maria Durce Vieira

Soropositividade e violência de gênero: o acompanhamento psicológico na Gestos

Este artigo tem como objetivo demonstrar e denunciar as condições de vulnerabilidade que a violência de gênero impõe às mulheres que vivem com HIV, bem como apontar possibilidades de transformação dessas condições. O texto foi elaborado com base na escuta clínica de mulheres soropositivas, que nos forneceu subsídios para problematizarmos a relação entre violência de gênero e soropositividade. Aqui falaremos sobre a violência que se faz presente de diferentes formas na vida dessas mulheres com quem lidamos, por meio de suas lembranças e das histórias narradas em diferentes momentos de psicoterapia na Gestos.

O TRABALHO PSICOTERAPÊUTICO E A pesquisa desenvolvida na Gestos confirmam os pressupostos éticos defendidos por Grossi [2005], e que consideramos úteis como guia para todo e qualquer estudo sobre violência: *Gostaria de deixar claro que concordo com os princípios humanitários de que a violência é um mal que precisa ser combatido, denunciado, eliminado das relações sociais e que, portanto, lutar contra toda e qualquer forma de violência é um exercício de cidadania.* O processo se inicia com a chegada das mulheres à instituição por meio de indicações das Unidades de Saúde de Referência no atendimento às pessoas atingidas pelo HIV/AIDS, assim como pela indicação das pessoas já vinculadas à Gestos.

O primeiro acolhimento é feito pelo serviço social e tem como objetivo escutar, apoiar e identificar a demanda das mulheres. Com base no que é registrado, a assistente social encaminha as mulheres para o atendimento psicológico, cujo primeiro momento é o da escuta das queixas que revelam a história de vida. Posteriormente, constrói-se uma avaliação valendo-se do que é registrado na escuta e é observado na relação terapeuta/pessoa. Nesse processo, geralmente as mulheres comunicam o desejo de compartilhar informações de diferentes naturezas com outras mulheres, na busca de maior apoio, *o que permite a ambos terem algo em comum, estabelecerem um vínculo* [Fernandes, 2003]. Neste sentido, após um processo individual, cujo tempo é definido caso a caso, as mulheres passam a viver a experiência de estar trabalhando suas questões em grupo. Esse passo é extremamente importante, pois acreditamos (...) *que agrupar pessoas é possibilitar o surgimento de forças transformadoras, já que a existência humana é uma experiência ininterrupta de transformação* (...) [Svartman, 2003].

Vale salientar que esse fluxo não é linear e sim sistêmico, ou seja, os diversos espaços de escutas, dual ou de grupo, são interdependentes. Na Gestos, optamos ainda para que o grupo seja facilitado por dois psicoterapeutas, um homem e uma mulher, pois a dupla estimula o processo de repetição das experiências, fatos e objetos infantis — como o pai e a mãe —, fator importante para a terapia. Paralela-mente, continuamos com o atendimento individual das mulheres que estão em grupo, como apoio ao processo. É importante salientar que a Gestos conta ainda com a supervisão de um(a) profissional externo(a), que reconhecemos ser muito importante para o bom andamento das políticas psicossociais.

O nosso trabalho tem como enfoque principal a soropositividade, porém consideramos que ela não é um

fenômeno em si mesmo. O tempo, o acolhimento e a escuta nos permitiram novas aproximações. A intimidade com a soropositividade vivida pelas mulheres revela que as agressões e a violência sofrida e/ou praticada por elas têm relação com condições vulneráveis no campo subjetivo, estrutural e político — classe, gênero, racismo, escolaridade, desemprego, dentre outras.

A partir de então, a soropositividade como vulnerabilidade à violência, a violência como condição de vulnerabilidade à soropositividade, e a AIDS entre mulheres passaram a ser o foco dos nossos discursos, da intervenção e da mudança das trajetórias subjetivas e de gênero. Cada vez mais fica evidente que o sofrimento das mulheres não tem a ver somente com a soropositividade, mas, principalmente, com a violência doméstica do mundo amoroso, fazendo parte de um infortúnio maior que debela e, muitas vezes, aniquila a auto-estima. A narrativa de uma mulher na clínica reforça essa idéia: *estuprada eu fui quase todos os dias, pois precisava daquele miserável para ajudar a criar os meninos e olhe o que ele me botou...* Ela referia-se ao fato de ter sido infectada pelo companheiro. Neste momento, a soropositividade aparece transversalizada com as questões de gênero e seus desdobramentos, como sexualidade, violência sexual e relações de poder, abrindo-se, assim, um universo amplo de discussões e esclarecimentos.

A clínica na Gestos: a violência de gênero e suas expressões psicológicas

A maioria dos relatos das mulheres que passam pela clínica individual, na política psicoterapêutica institucional, expressa o seguinte sentimento: *em muitos momentos penso em desistir de tudo*. Ao escutar essa queixa, elas apresentam uma cartografia muito forte de suas histórias:

A minha mãe e minha tia me culpam por ter sido estuprada pelo meu padrasto dos 8 aos 12 anos;

Tenho vontade de deixar a droga, mas no meu ramo (a prostituição) não dá para deixar; de cara, não dá;

Tenho muitos problemas com meu companheiro, mas preciso dele, mulher na comunidade sem um homem não serve;

Será que eu vou conseguir criar meus filhos, acho que fui responsável pela morte do meu marido, o que será dos meus filhos?;

Sofri discriminação em uma ONG em que trabalho, porque engravidei e sou soropositiva; fui demitida;

Meu marido vive dizendo na frente dos meus filhos que vai matar a si mesmo e a mim depois que descobriu que temos essa doença;

Sou soropositiva e meu marido não é; quando descobri, ele me abandonou, não quer mais saber de mim, não me procura à noite, sofro muito preconceito dele e da família dele, não sei o que vai ser da minha vida;

Sei que ele (o marido) não quer mais, mas não imagino ficar sem ele, ele deixou claro que não quer mais, mas me sinto mulher dele;

Acho que ele (o marido) tem medo do HIV, ele não faz mais sexo comigo depois do HIV, chega bêbado em casa e não me procura, mas não sai de casa, também não quero...;

Não aceito os comprimidos, não consigo engolir, sei que posso morrer sem eles, mas quero levar minha vida normal, sem remédios;

Não tenho paciência com meus filhos, fico irritada de ter que cuidar deles; por que minha vida é tão sofrida?;

Sinto que vou morrer, não disse ao meu companheiro que tenho HIV, só soube depois que fiquei grávida, estou com muita raiva de mim e dele;

Choro dia e noite, fui estuprada pelo meu padrasto, minha mãe não acreditou (em mim) e me colocou na FEBEM; depois vivi na prostituição, fiquei grávida, minha mãe me fez abortar; prefiro morrer a viver assim;

Não dou certo com os homens, eles só querem me explorar, não sei que homem eu estou buscando, mas eles nunca são o que eu esperava.

Cuidar sozinha dos(as) filho(as), sofrer o preconceito da família, ser ameaçada e desqualificada por outras mulheres que fazem parte do seu círculo de amizades e familiar, ser abusada sexualmente na infância e suportar a pressão (geralmente das mães), que as fazem sentir-se culpadas por terem sido abusadas sexualmente, o uso de drogas e a experiência de prostituição, as dificuldades de manter a adesão aos medicamentos pela não-aceitação de viver com HIV/AIDS e a violência praticada pelos companheiros, seja ela física e, fundamentalmente, afetiva, são violências psicológicas que parecem estruturar a cartografia dessas mulheres, sofrimentos que marcam tanto a memória quanto os seus corpos. Nós ouvimos as queixas e as aceitamos, pois é a maneira de expressão de uma primeira verdade da cliente [Souto, 2005].

Nesse primeiro momento, as mulheres refletem sobre suas tristezas, suas acusações aos outros, suas frustra-

ções e lamentações. Entretanto, é claro que ainda apresentam a submissão ao desejo do outro, seja o marido negligente, o pai violento, a mãe acusadora, os(as) filhos(as) exigentes. Invariavelmente elas apresentam sempre o desejo de que o(a) terapeuta diga o que elas devem fazer. É assim que nós, terapeutas, recebemos as demandas no registro psicológico e econômico — psicológico, porque é demanda de amor, da falta de um desejo à espera de atendimento; econômico, porque é endereçado a nós e exige de forma imperativa que possamos respondê-la. Acreditamos, na Gestos, que atender a demanda prontamente é manter a relação de dominação vivida pelas mulheres. Nosso desafio é acolher o impasse, o momento em que a queixa se esgotou. *Quando a queixa já se esgotou e a cliente sente que foi bem acolhida, é que aparece a demanda dirigida ao terapeuta* [Couto, 2005]; esse é o momento propício para a intervenção. Mas que intervenção fazemos? As mulheres buscam um espaço de intimidade e confiança, confiança não encontrada na família e nas relações afetivo-sexuais e as transferem para o espaço terapêutico. É esse espaço de confiança que ancora a possibilidade de revelação dessas mulheres sobre suas trajetórias, ou melhor, sobre a memória das suas histórias.

A violência relatada na clínica não pode ser contextualizada de forma unívoca, daí utilizamos os termos *vítimas de violência(s)*, *responsabilizações* e *produções de sentido*. O processo psicoterapêutico possibilitou o reconhecimento não só da situação de *vitimização*, como também da situação de *responsabilização* das mulheres nas situações de violência. Dessa forma, o trabalho passou a ser uma torção, ou seja, além de focar a agressão sofrida e/ou praticada, procuramos identificar a *posição subjetiva de submissão, convivência e construção de um gozo desconhecido...* [Couto, 2005], para pensar em possibilidades mais realistas de promover a produção de novos sentidos no campo das relações conflituosas que geram o contexto da

violência. Nesse sentido, nos aproximamos da abordagem feminista que busca entender o porquê de as mulheres não conseguirem sair destas situações de extremo sofrimento [Grossi, 1998] e, em alguns casos, manterem as relações conjugais conflituosas que levaram à violência [Couto, 2005].

Ao longo de cerca de catorze anos, o acompanhamento psicológico na Gestos trilhou não só o caminho do acolhimento das diversas matizes da violência no contexto da soropositividade, mas desenvolveu também uma atuação que objetiva a mudança da subjetividade, mediante a qual as mulheres, uma vez conscientes também da sua trajetória de responsabilidade na repetição da violência e das possibilidades de enfrentamento desta, passam a buscar um melhor direcionamento para sua própria vida. A *intervenção não-diretiva* [Couto, 2005] ligada à necessidade de promoção de uma mudança capaz de contribuir com a não-repetição das condutas que instauram situações de vulnerabilidades, tem sido um dos eixos estruturadores do nosso trabalho.

Constatamos que a interrupção do ciclo da violência, sofrida e praticada, só poderia ocorrer com a mudança de posição subjetiva, por isso a psicologia com a qual nos identificamos busca o efeito de mobilizar, pela palavra e pelo desejo, o sentimento de potência e do cuidado de si [Foucault, 1984]. Dessa forma, o trabalho psicológico pode favorecer a libertação por parte das mulheres da condição de tornarem-se sujeitos, o que significa pensar na possibilidade de se reconhecer como sujeito de desejo, autônomo e ético, ao invés de se reconhecer como sujeito somente a partir do desejo do outro, mesmo entendendo que o desejo do outro sempre faz parte da condição humana. Um dos relatos esclarece: *na comunidade precisamos ter um homem para mostrar que temos valor... é uma necessidade de segurança e respeito*. Essa afirmação é muito comum entre as mulheres que atendemos. Percebe-se que além de reforçar o poder da lógica

patriarcal, esse tipo de compreensão corrobora para sua submissão à violência já que, implicitamente, está articulada a outras representações sociais como a de que é melhor viver numa relação conflituosa e permeada pela violência do que estar só. Essa condição explicita a vulnerabilidade dessas mulheres frente a uma relação desprotegida.

Chauí [1985] afirma que há duas formas de violência contra as mulheres nas relações de gênero, sendo uma delas a *percepção hierarquizada das desigualdades impostas às mulheres com a finalidade de domínio, exploração, opressão e 'identificação à coisa'*. Em tais situações, as mulheres são expropriadas da sua dignidade humana e são transformadas em propriedade pessoal. A violência é, portanto, um atentado direto contra a liberdade, como vários autores a definem. Para Rémond, por exemplo, *violência é toda iniciativa que procura exercer coação sobre a liberdade de alguém, que tenta impedir-lhe a liberdade de reflexão, de julgamento, de decisão e, sobretudo, que termina por rebaixar alguém ao nível de meio ou instrumento num projeto que o envolve e absorve, sem tratá-lo como parceiro livre e igual*. Segundo Francis Jeanson: *A violência é uma tentativa de diminuir alguém, de constranger alguém a renegar-se, a resignar-se à situação que lhe é proposta, a renunciar a toda luta, a abdicar-se*.

Seguindo esta perspectiva, ao analisar a violência doméstica, Couto [2005] afirma: a *'violência perfeita' é a completa interiorização da vontade e da ação alheia na submissão ao desejo do outro*. É essa experiência que encontramos na clínica, as mulheres parecem naturalizar a idéia de que devem obediência a seus companheiros e têm obrigação de cuidar dos(as) filhos(as) sozinhas. A fantasia do amor romântico instala o registro do feminino como valorização do cuidado do outro, da fidelidade, da segurança e da crença de que não seriam *traídas*. Dessa forma estas mulheres jamais estariam, portanto, vulneráveis ao HIV, condição comumente ligada a relações que se estabelecem fora desse espaço de

segurança que, na prática, mostra-se fictício. Com base em Figueiredo [1992], podemos afirmar que as relações amorosas estabelecidas como ideal de amor romântico servem para expurgar o caos, a alteridade, a processualidade e o outro, como se o amor fosse restaurar a unidade dos sujeitos.

Ao falar de HIV/AIDS entre as mulheres e de *soropositivas* como um novo adjetivo dado a essas mulheres, observamos o quanto sua vulnerabilidade biológica se agrega diretamente a sua vulnerabilidade social, especialmente no contexto das desigualdades de gênero. Constatamos que aproximar a experiência da soropositividade das experiências das mulheres é, necessariamente, remeter-nos à organização social de gênero. É o tipo de organização social de gênero, por sua vez, que ressalta e destaca a transversalidade da violência de gênero e denuncia a condição que sustenta uma prática de submissão das mulheres e, conseqüentemente, não apenas as coloca numa situação de vulnerabilidade para uma infecção pelo HIV, como também tem acelerado seu adoecimento por AIDS.

É essa violência de gênero que estabelece uma vivência ambivalente entre dominação, aproximação e intimidade e se reflete na condição das mulheres no momento de unir amor, desejo e sexo mais seguro. Os dados da *Pesquisa de Comportamento Sexual* [2005] alertaram para a necessidade de se refletir sobre a capacidade que a mulher tem para negociar ou mesmo impor uma relação segura ao parceiro. Na área de comportamento sexual, as condições de vulnerabilidade da mulher também ficam evidentes. Exemplo disso são os índices de uso de preservativo na população jovem: 51,5% dos homens de 16 a 19 anos dizem que usam camisinha regularmente. Entre as mulheres da mesma faixa etária, o índice é de apenas 32,6%.

Observamos que a maioria das mulheres atendidas

na Gestos e que tentaram negociar o uso da camisinha foram questionadas sobre a necessidade de utilizá-la, sobre possíveis doenças ou casos fora da conjugalidade que elas estariam vivendo. Vale salientar que com base nos relatos na clínica foi possível concluir que 90% delas foram infectadas por seus parceiros afetivo-sexuais, esses mesmos que questionavam o uso do preservativo e que, muitas vezes, forçaram relações sexuais, mesmo sabendo da sua própria soropositividade. Por sua vez, as mulheres, quando questionadas sobre a reação diante de tais agressões, geralmente reiteram a dificuldade de estabelecer diálogos equânimes e lamentam a impossibilidade de transformar tais situações: *Não adiantava... ele saía com outras mulheres... aí quando eu dizia pra usar camisinha, ele não me ouvia, ia assim mesmo, na marra e sem camisinha, disse uma delas.*

Cabe ressaltar, que o não-uso do preservativo revela íntima relação com a representação da condição de masculinidade para os homens, o que contribui para o aperfeiçoamento das relações desiguais de poder, instituídas pela lógica patriarcal, e que são reproduzidas constantemente nas relações afetivas. Esses homens, nesse lugar de poder, ao desprezarem o uso do preservativo, o fazem não apenas por desconhecimento, mas, muitas vezes, para reafirmar sua condição de invulnerabilidade e fortaleza frente à vida. E, claro, situações como estas são também resultado das ainda frágeis ações desenvolvidas no campo das políticas públicas, no que se refere à atenção e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que são violados permanentemente pela supremacia do desejo sexual dos homens.

Geralmente, as mulheres descobrem sua soropositividade diante do adoecimento ou falecimento do companheiro, sendo minoria aquelas que tomam a iniciativa de fazer o teste. Vale ressaltar que também encontramos na

clínica registro de homens que passam a saber da sua soropositividade a partir da soropositividade de suas companheiras. A partir daí, dá-se início a uma experiência de desamparo, muitas vezes, desesperadora. Esse estado de desamparo está frequentemente mascarado pelo sentimento de ódio, vingança e agressividade, já que, diferentemente dos homens, a maioria das mulheres foram infectadas *dentro de casa* por seus companheiros, o que é considerado por elas uma atitude de covardia e traição. Nesse contexto, algumas mulheres chegam a desenvolver graves sofrimentos psicossociais, dentre os quais destacamos a depressão, que atinge cerca de 95% das mulheres que procuram o atendimento psicológico da Gestos. Aqui, uma vez mais, constatamos a infecção pelo HIV somada à violência de gênero e implicando sofrimentos psíquicos às mulheres.

O HIV torna-se mais um obstáculo que precisa ser enfrentado e os medos decorrentes da falta de informação e estigma social suscitam mais angústia e ansiedade. Nos atendimentos realizados na clínica dual e de grupo, as dúvidas são sempre as mesmas e refletem o não-acesso à informação da maioria dessas mulheres e, em decorrência disso, o estereótipo em relação ao sujeito soropositivo ou o *aidético* — como muitos(as) insistem —, acaba por afetar ainda mais a sua saúde psíquica. São comuns perguntas relativas ao tempo de vida que lhes resta, sobre quando os cabelos começarão a cair, quanto à aparência cadavérica, sobre o fim da vida sexual, dentre outras.

O fato de as mulheres terem maior dificuldade de acessar a escola e serem menos alfabetizadas gera uma grande dificuldade em se apropriar de informações de qualidade, principalmente no que se refere à infecção pelo HIV. Embora exista o impasse na hora de negociar o uso do preservativo, muitas revelaram que não sabiam da real importância de utilizá-lo, como terem acesso a ele, e algumas

mulheres nunca chegaram a utilizá-lo na vida. Nesse sentido, poderíamos pensar que na medida em que a desinformação gera exclusão e, nesses casos, que a desinformação gera uma de-estruturação da saúde, estamos diante de uma violação de direitos.

No contexto da desigualdade de gênero, há também uma associação direta entre a soropositividade e as questões da maternidade. O medo da morte, o primeiro e mais comum dos sofrimentos, já descrito, se mostra não somente no confronto com sua impotência e finitude, mas também com o medo de não saber como seus filhos/as sobreviverão a este acontecimento. Este medo angustiante aponta duas questões importantes: 1) a fantasia do encurtamento do tempo de vida devido ao diagnóstico positivo e 2) a angústia de sair de cena, ou seja, de perder o lugar ou simplesmente não poder mais exercer o papel de mãe, de cuidadora. Passa a ser comum pensar no sofrimento dos filhos(as) e/ou na mãe que poderia ter sido e não foi, já que para elas a morte é iminente. Está presente nestes discursos uma das grandes máximas da instituição/normatização do gênero feminino: a (con) fusão dos papéis de mulher e mãe dedicada. Este tipo de pensamento é bastante comum já que as mulheres que nos permitiram a aproximação da sua vida, por viverem na condição de pobreza, são além de cuidadoras também mantenedoras do lar e dos filhos e, por isso, absorvem uma enorme carga de responsabilidade e, conseqüentemente, de culpa.

Um outro ponto ainda articulado com esta relação histórica mulher-mãe e soropositividade é a constatação — delas— de que não poderão mais ter filhos. Sabemos que há tratamentos eficazes para que uma mulher soropositiva não transmita o vírus para o feto e/ou o bebê, porém mesmo com esta informação persiste o medo de *colocar mais um soropositivo no mundo*. Para aquelas que ainda não têm filhos/as, o

fato, às vezes, se agrava, pois sofrem por acreditar que não têm mais a capacidade de gerar uma vida, e logo, como se convencionou culturalmente: *não poderão se realizar como mulher ou nunca vão saber o que uma mulher de verdade passa na vida*. Esta é mais uma representação cultural que encobre um enorme preconceito em relação ao exercício da sexualidade e reprodução das mulheres, visto que aquela que decide abortar ou uma adolescente/jovem solteira que engravida ou mesmo aquela que se infectou pelo HIV são geralmente chamadas de irresponsáveis, como se na nossa cultura todas as mulheres pudessem ter acesso à informação de qualidade, insumos de prevenção e educação continuada que lhes possibilitasse uma tomada de atitude e posição mais assertiva e autônoma diante do mundo e dos homens.

Seguimos para uma outra constatação clínica: a associação da soropositividade com o medo da solidão. Esta reforça o estigma ainda vigente na sociedade em relação às pessoas vivendo com AIDS, e entre elas próprias, de modo que a fantasia ou realidade sobre o afastamento da família e da sua rede social como um todo por conta do HIV, gera o isolamento, comprometendo ainda mais sua saúde física e psíquica. A depressão, da qual falamos anteriormente, pode estar associada a este estado de solidão. Pensamentos suicidas são uma constante, assim como a dificuldade de adesão à medicação — com o objetivo de antecipar a morte, em alguns casos —, dificuldade de se alimentar, de sair à rua, ou seja, elas vão se restringindo totalmente ao campo, ou domínio, privado. Alguma semelhança com o papel histórico da mulher dona-de-casa? Parece mais um reforço da *norma do gênero* que encontra na condição de soropositividade da mulher — e do seu próprio desejo, em alguns casos — uma forma de remontar a seu lugar social mais antigo, que é o do lar, instituído histórico-culturalmente.

A solidão traz consigo marcas profundas, como

experiências reatualizadas de abandono por parte dos pais quando crianças, pelos companheiros que faleceram por causa da AIDS, pelo afastamento dos amigos e familiares, pelos companheiros que não aceitam se relacionar com uma *mulher que está podre de AIDS*. Esta solidão impacta a vida sexual-afetiva das mulheres, fazendo com que se instale o medo de não efetivar relações sexuais ou mesmo de pensar em se relacionar afetivamente com alguém. É o medo de não conseguir arrumar namorado, de infectar alguém, de ser re-infectada. Dessa forma, essas mulheres são interditas ou se deixam interditar nos seus desejos mais íntimos.

Uma outra questão interessante é que algumas das mulheres que atendemos foram proissionais do sexo. Nesses casos, além desse estigma, ainda enfrentam a *culpa* por ter se infectado exercendo uma atividade que lhes garantia subsistência. Por outro lado, essas mulheres relatam que seus clientes geralmente não queriam utilizar o preservativo e chegaram a oferecer-lhes mais dinheiro pelo programa sem a devida proteção. Em muitos casos, dizem, eles reagem com agressão, quando elas lhes pedem para pôr a camisinha. Da mesma forma, mulheres que estão vinculadas a orientações religiosas que não aceitam medidas preventivas às DST/HIV/AIDS, como o preservativo, e que se limitam ao anúncio de que um ente superior irá curá-la, acabam abandonando os medicamentos e, em casos extremos, chegando a óbito. Ressaltamos que tanto profissionais do sexo quanto as ditas *mulheres direitas* procuram Igrejas como ponto de apoio e cura da doença pela fé, tornando-se evangélicas ou católicas ortodoxas. Eis a representação da mulher-santa.

Sabendo que a descoberta da AIDS trouxe consigo o estereótipo dos grupos de risco, abarcando nestes homossexuais, usuários(as) de drogas injetáveis, hemofílicos(as) e profissionais do sexo, foi possível perceber nas falas das

mulheres-santas o medo de serem assim identificadas, pois ainda se perpetua no imaginário social este (pre)conceito. Mesmo as mulheres que foram infectadas quando casadas e dizem nunca terem traído seus companheiros sentem o peso do estigma em relação à forma de infecção, chegando a ouvir insinuações sobre prostituição e/ou traição. Percebe-se que as diversas formas de preconceitos em relação à soropositividade e à mulher contribuem para o seu sofrimento psíquico, já que esta se percebe inserida dentro de todas as categorias negativas atribuídas culturalmente à mulher — mãe ruim/mãe aidética, mulher sozinha/solteirona, mulher vadia/prostituta —, reforçando os construtos sociais de gênero, sobretudo em relação à sua gênese de desigualdade, inclusive, no enfrentamento à epidemia da AIDS.

Ao longo desses catorze anos de clínica na Gestos, temos observado o quanto esse ciclo de condições desiguais de gênero está relacionado à violência psicológica, moral e institucional da qual as mulheres se tornam vítimas e o qual, ao mesmo tempo, sentem-se impotentes para transformar. É o caso, também, das inúmeras denúncias sobre os atendimentos nos postos de saúde e hospitais de referência em HIV/AIDS, nos quais são repetidos os estigmas e preconceitos sociais dirigidos às pessoas soropositivas. As mulheres comumente se queixam da exposição da sua soropositividade e do seu corpo para equipes de estudantes residentes, sem terem autorizado anteriormente tal procedimento, e sem serem informadas para que o estudo vai servir. Uma delas afirmou: *eles fazem o que querem com a gente. Manda tirar a roupa toda, diz que nós temos HIV e os estudantes ficam perguntando várias coisas. Tem gente que não liga, mas eu me incomodo, fico com vergonha.*

Há ainda que nos reportarmos às situações vivenciadas pelas mulheres negras, pois o sofrimento fruto da condição de soropositividade é mais um frente a uma série

de outras humilhações sociais que estão explícitas na cultura e que se reporta ao corpo e à subjetividade de um povo que continua sendo tão violentado. As mulheres lésbicas ou bissexuais trazem, além dos tradicionais estigmas sofridos, a soropositividade como uma experiência ainda mais difícil, haja vista apontar constantemente para sua orientação sexual. É comum ouvirmos que o HIV veio como um *castigo de Deus* por gostar de mulher e de *safadeza* ou, como no caso das profissionais do sexo, o HIV veio para *baixar o fogo* ou para acabar com a *vida promíscua*. Ao chegar à Gestos, elas falam disso sem se dar conta de que sua história de vida e a própria estrutura social em que vivem fazem com que o caminho para resolver os conflitos do cotidiano não seja uma escolha tão simples.

Mas, o que é possível fazer afinal? Entendemos que os/as profissionais das mais diversas áreas precisam refletir sobre a relação entre soropositividade e violência, já que este constitui um campo complexo no qual todo corpo social deve ser convocado a se responsabilizar.

É certo que, enquanto psicólogos(as), podemos contribuir para minimizar o sofrimento psíquico, já que a intervenção psicoterapêutica facilita a reconfiguração das subjetividades das mulheres soropositivas, possibilitando a construção de novos referenciais que guiem suas vidas. Baseando-nos nas compreensões anteriormente relatadas e na percepção de que elas necessitam externar e vivenciar suas dores, culpas, frustrações, medos, fantasias, dentre outras, a fim de melhor conviver com a condição de soropositividade e com as experiências das violências, optamos por um enfoque psicoterápico de grupo.

Neste contexto, o *encontro psicoterapêutico*, como todo encontro significativo, produz a conversão para a vida; descobre-se que a soropositividade é um elemento da existência a ser trabalhado, mas não é toda a existência. Esse *novo*

olhar solicita um sentido de responsabilidade para com a própria saúde e a do outro. Cada encontro é um ato de parceria e acolhimento que possibilita dar sentido a essa *experiência de dor*, transformando-a em algo humanamente útil: o sofrimento, em esperança; a culpa, em possibilidade de mudança; a morte, em entusiasmo para uma prática responsável. Nesse sentido, Ferreira [1992] afirma que *é preciso muita coragem e muito esforço para vencer o medo de viver, quando se descobre o risco da vida. Tivemos de abandonar o sonho de que tudo podemos, basta querer e se esforçar.*

Primeiramente, é necessária a compreensão de que na proposta terapêutica que adotamos é fundamental sabermos quais realidades são propícias às intervenções. Entendemos que *as realidades desfavorecidas* dificultam o bem-estar geral, ou seja, embotam a liberdade e dificultam o desejo de cada um(a) organizar a sua vida individual e coletiva, da melhor maneira possível.

A abordagem psicossocial e feminista orienta para estratégias que *despatologizem* a condição das mulheres soropositivas, fomentando práticas que alarguem a cidadania, a autonomia e a resiliência, maximizando as potencialidades humanas. Ao identificar e revelar as desigualdades e violências de gênero sofridas pelas mulheres e meninas soropositivas, acreditamos que a realidade terapêutica deve fortalecer a democracia, a igualdade e a justiça social como valores imperativos. Sendo assim, temos que considerar nossas contribuições às transformações da realidade, além de estarmos cientes da nossa responsabilidade sobre as vidas alheias.

Pode-se dizer que a psicoterapia na Gestos vem adquirindo não só um caráter interventivo/reflexivo, como também um pragmatismo que possibilita e promove a busca pela justiça social em toda a sua magnitude. Nessa perspectiva, as atividades são desenvolvidas no sentido de um lugar

praticado, ou seja, de *uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.* A psicologia que praticamos enfeixa o primado dos construtos intrapsíquicos com os primados dos fatores contextuais.

A Psicanálise de Grupo foi a base inicial desse trabalho, entretanto, o conteúdo que as mulheres traziam necessitava de uma psicologia que procurasse compreender o enquadramento de mulheres e de homens no mundo social, uma vez que suas falas revelavam medo, angústia e confusos sentimentos de aprisionamento em relação aos homens, quer fossem pais, irmãos, parceiros, filhos ou qualquer outra representação masculina. Diante disso, aproximar o trabalho com a *Psicologia Feminista* foi um suporte fundamental porque, *ao contrário da Psicologia tradicional, não procura a padronização, (...) mas antes o contraste e a diversidade que são construídos nas e através das relações vividas pelos homens e pelas mulheres e que, assim sendo, não podem deixar de ser socialmente compartilhados* [Neves e Nogueira, 2003].

Foi comum entre as mulheres a dificuldade de reconhecer a violência sofrida e a praticada, pois escutar e conhecer a violência é algo difícil:

A resistência a conhecer ou a escutar sobre a violência é um mecanismo defensivo que se utiliza quando não se tolera o desprezo. Nega-se ou dissimula-se uma realidade incômoda e ameaçadora que dificulta o reconhecimento de certos comportamentos como violentos e a assumir uma atitude crítica frente aos mesmos [Velásquez, 2006].

Apesar da soropositividade, a maioria das mulheres do grupo foi vencendo batalhas, desbravando horizontes, descobrindo novas possibilidades. Elas vão se superando a si

próprias e aprendendo que o desbloqueio das situações de discriminação, de desigualdade e de violação de direitos é possível e que as práticas violentas perpetradas pelos homens contra as mulheres procuram acentuar o fosso das desigualdades e garantir a continuidade do estatuto de submissão e opressão. Mais do que um mero ajustamento ou crescimento pessoal das mulheres, o reenquadramento e a reinterpretção das suas experiências de *vitimização* é o que se tem como resultado efetivo.

Trabalhar com a soropositividade dessas mulheres é, acima de tudo, trabalhar com vida. É falar da vida e do viver, mesmo que este diagnóstico nos convoque — a sociedade como um todo — constantemente a falar da morte, em seu significado mais doloroso e aterrorizante, ao invés de compreendê-la como uma parte integrante/inerente da vida. Atender essas mulheres nos mobiliza, enquanto profissionais, a repensar e reavaliar o nosso próprio viver, nos convida a refletir sobre nossas experiências cotidianas, seja no campo individual ou coletivo, trazendo o desafio permanente de lutar por uma sociedade e serviços que atendam a essa complexa interface entre violência de gênero e AIDS.

O HIV tem a ver com a falta de orientação, de informação. Quer dizer, a falta de informação e de orientação sobre os cuidados era grande que, mesmo sabendo que nunca tinha transado com preservativo, achava que não tinha o vírus!

Testemunho 3

Existe muita violência onde moro. Os homens bebem, ficam muito violentos e começam a agredir as mulheres com palavras e, às vezes, querem bater.

> Quando eu era criança, meus pais eram muito rígidos e não deixavam ninguém sair de casa, era todo mundo trancado. Por isso, não sofri violência na rua, mas em casa eu apanhava da minha mãe e apanhava muito e, como não bastasse, apanhava do meu pai também. Eles eram muito violentos e eu morria de medo dos dois. Eu tinha um irmão que apanhava tanto do meu pai, que sangrava. Eu chorava muito porque não podia fazer nada.

> O meu pai também batia na minha mãe e naquela época não tinha a delegacia da mulher, então, a mulher apanhava e tinha que ficar calada. Minha mãe apanhava muito e chorava muito, mas falava que não podia largar o meu pai pra não ficar falada. O jeito era ficar com ele. Meu pai tinha muito ciúme dela e dos filhos e por isso não queria a gente na rua, nem que vivessem com ninguém. Todos deveriam ficar trancados dentro de casa.

> Eu vim a conhecer a violência do mundo quando fiquei adolescente, lá pelos dezesseis anos de idade. Foi quando eu me tornei mais liberada e os rapazes no colégio viviam atrás de mim. Um dia um homem botou o revólver em cima de mim, me levou pro matagal e me estuprou. Não sei como ele não me matou. Aí, eu fiquei grávida. Nessa época, eu tinha um namorado que tinha boas condições financeiras; ele me viu aperreada, chorando, e me levou pro médico, que fez o aborto.

> Continuei sofrendo muita violência, mas nunca tive com quem desabafar. Todos os meus companheiros me bateram, principalmente o primeiro, o pai do meu filho. No fim das contas, eu tive uma vida igual à da minha mãe: sofrendo, apanhando, sendo humilhada, lavando, passando, cuidando de marido e de filho... E, como ela, eu não tomava nenhuma atitude quando apanhava, mas todo mundo me aconselhava: *a vida não é essa. Você não nasceu pra lavar e passar. Levante a cabeça.* Depois de cinco anos convivendo com esse homem, eu larguei dele e fui viver minha vida com meu filho.

> Minha relação com meu filho é ótima. Eu procuro dar muito apoio e se eu discutir ou machucar ele, eu choro e me desespero, porque não quero dar a mesma criação que tive... Ele é um ótimo filho.

> Contraí o HIV dez anos atrás. Meu companheiro estava contaminado (sic) com o vírus, mas não me disse nada. Nessa época, ninguém sabia o que era HIV, o que era AIDS, e eu sei que, se ele soubesse, a gente teria usado preservativo e eu teria me poupado. Cinco anos depois, quando eu trabalhava como doméstica, a doença se manifestou. Minha patroa me achou muito magra e fraca, eu comecei a

derrubar os pratos e panelas. Então ela me levou num centro de testagem que ficava em Santo Amaro e, quando a médica fez a primeira entrevista comigo, ela me disse logo que eu estava com AIDS.

> Mas eu não sabia o que era... Eu só sentia que estava muito doente, com diarreia, botando sangue pra fora. Na época, os médicos do Hospital das Clínicas estavam em greve e ninguém queria me internar e, por conta dessa situação muito complicada, a minha patroa chamou o diretor do hospital. Falou que eu não tinha condições de voltar pra casa, que eu estava em fase final e que ela sabia que eu ia morrer. O diretor me internou.

> Eu já estava à beira da morte quando recebi os resultados dos exames confirmando que estava com o HIV. Quem me deu a notícia foi a assistente social do COA — centro de orientação anônimo. Ela não me preparou, chegou e foi logo dizendo e, naquela hora, eu tive uma crise epilética nervosa. Fiquei desesperada porque estava grávida. Eu estava péssima e o médico bastante preocupado, tanto que mandou chamar duas psicólogas pra conversar comigo. Eu só pensava que ia morrer... Não sabia o que significava essa doença, nem como ia enfrentar o mundo lá fora, eu não sabia o que estava acontecendo comigo. Só sabia que estava doente e não entendia o porquê, por isso chorava muito e ficava agitada. Mesmo assim, comecei a tomar a medicação, a receber tratamento psicológico no hospital e a melhorar.

> Um dia eu estava sentada em um banco e chegou um senhor dizendo que era da Gestos e que eu procurasse essa instituição, pois iria conhecer pessoas que estavam passando pelo mesmo problema. Eu me animei, liguei e falei com Sônia. Ela me convidou pra vir aqui, onde aprendi

sobre a AIDS e sobre a violência. Mas quando eu olhava pra cara das mulheres doentes, eu só chorava. Passei quase um ano chorando. Tive uma depressão muito forte, mas com o tempo eu levantei o meu astral e hoje em dia eu nem me preocupo mais por ter HIV.

> Depois que eu saí desse quadro crítico, voltei pra casa da minha patroa. Então, quando cheguei lá e vi que tudo que era meu estava separado, eu me desesperei. *Meu Deus, a casa que trabalhei por cinco anos hoje me rejeita?*, pensava. Fiquei muito perturbada mesmo. Mas perdoei, porque entendi que ela e as filhas não tinham informações sobre a doença; elas acreditavam que todo mundo contaminado com essa doença ia morrer... Na época, eu tinha um companheiro e ele me alegrava, me apoiava, dizia que eu ia ficar boa.

> Já sofri muito preconceito na vida. Anos atrás, era por causa da minha cor, mas depois do HIV, as coisas pioraram. Até hoje eu não posso falar que tenho, senão, sou discriminada. Acho que eu vou morrer sem contar isso pra ninguém. Até na minha família poucas pessoas sabem o que passo e minha própria mãe tem preconceito. Ela falava pra todo mundo que eu estava com uma doença contagiosa e que ia morrer. A única pessoa que deveria me apoiar me discriminou. Eu sofri muito e esse preconceito quase me matou, mas agora eu estou melhor.

> Acho que o HIV intensificou a violência. Muito. Mas me modificou bastante também. Eu era egoísta, não olhava para as outras pessoas, era arrogante, me achava superior a todos. Hoje em dia, eu já não discrimino ninguém, trato todo mundo igual. Por isso não posso dizer que o HIV foi ruim, por que ele me abriu os olhos para muitas coisas.

> Atualmente percebo que as pessoas estão se cuidando mais. Antes, os jovens não usavam preservativos e agora eles usam. Eles estão se prevenindo mais do que as pessoas mais antigas; os mais velhos pensam que pessoas da minha idade jamais terão HIV. E eu converso muito sobre isso e insisto que só transem com camisinha. Há poucos dias mesmo, estive com uma pessoa que não queria usar. Eu insisti que ele precisava se prevenir e que sem camisinha eu não iria transar. E ele respondeu: *Como você, uma mulher dessa idade pode ter HIV?* Aí, eu fugi da relação.

”

Já sofri muito preconceito na vida. Anos atrás, era por causa da minha cor, mas depois do HIV, as coisas pioraram. Até hoje eu não posso falar que tenho, senão, sou discriminada.

Josineide Meneses, Alessandra Nilo e Adriana Franco

A AIDS nos abrigos para a mulher vítima da violência: uma interface a construir

O Século XX foi cenário de muitas transformações na vida e cidadania das mulheres. Até os anos 70, elas não receberam atenção especial dos governos e das políticas públicas construídas no Brasil, mas a partir da década de 80, como resultado da pressão imposta pelo movimento de mulheres, políticas segmentadas começaram a ser desenhadas e algumas iniciativas se concretizaram: foram criadas as delegacias da mulher, os conselhos do direito da mulher, e o aborto, nos casos previstos pela legislação brasileira, passou a ser realizado nos serviços de saúde.

Não é por acaso que estas primeiras iniciativas de políticas públicas se deram na esfera de enfrentamento da violência contra a mulher, um problema que há muito tempo vinha sendo denunciado junto à sociedade brasileira. Dados nacionais apontam que uma em cada cinco mulheres declara já ter sofrido algum tipo de violência praticada por um homem. A cada quinze segundos uma mulher é espancada por um homem no país e 13% delas são vítimas de estupro ou abuso no casamento, contexto que pode contribuir para aumentar a vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS.

No Brasil, o evidente crescimento da AIDS entre as mulheres e o alto índice de violência contra elas, cuja visi-

bilidade tem aumentado, são reflexos de uma cultura pautada pelas desigualdades de gênero que permeiam as relações amorosas e sexuais das mulheres. Como dito em capítulos anteriores desta publicação, essas duas epidemias — a de AIDS e a da violência —, no entanto, apesar de consideradas graves problemas de saúde pública, não estão sendo ainda adequadamente abordadas pelas práticas de saúde, pois estas se organizam com base em um modelo biomédico e comportamentalista que dificulta a abordagem de aspectos psicossociais mais complexos, como a violência de gênero contra as mulheres, a vivência da sexualidade ou a dinâmica de poder que permeia as relações entre homens e mulheres. Desta forma, as práticas e os serviços de saúde pouco têm contribuído para facilitar, para as mulheres, a adoção de uma postura mais ativa com relação à proteção das DST/AIDS durante a prática sexual. Construir maior diálogo entre as diferentes instâncias governamentais, desde o nível federal ao municipal, ainda se constitui um desafio no Brasil, principalmente em se tratando das políticas públicas voltadas às mulheres em situação de violência.

As metas da UNGASS-AIDS no campo dos direitos humanos, até 2005, previam ações ligadas a estratégias de prevenção, capacitação e empoderamento das mulheres, ações estas que, no Brasil, somente em 2007 começam a ser integradas e intersetoriais, seguindo as diretrizes propostas pelo *Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST*, iniciativa da Secretaria de Política para Mulheres e Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, com apoio do UNFPA — Fundo de Populações das Nações Unidas —, cuja operacionalização no momento é um processo em construção nos estados e municípios — as Oficinas Macrorregionais iniciaram-se no segundo semestre de 2007. Quanto ao combate à violência contra a mulher, há ainda uma grande expectativa acerca da criação e

integração de mais serviços, muito embora os já existentes não se constituam uma política completamente adequada. Em 2001, uma pesquisa de opinião realizada pela Fundação Perseu Abramo revelava que:

Como proposta de combate à violência contra a mulher, a criação de abrigos para mulheres e seus filhos, vítimas de violência doméstica, é a que merece maior adesão — 43% na primeira resposta, 74% na soma de 3 menções—, dentre as oito ações de políticas públicas sugeridas. Criação de Delegacias Especializadas no atendimento a mulheres vítimas de violência — 21% — aparece como segunda principal medida de combate à violência contra a mulher, seguida por um serviço telefônico gratuito — SOS Mulher — e um serviço de atendimento psicológico para as mulheres vítimas de violência — propostas empatadas tecnicamente com 13% e 12%, na ordem.

Apesar das limitações das respostas brasileiras, nesse campo houve avanços em termos de direitos reprodutivos e de prevenção/ tratamento de danos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes. Atualmente, além dos próprios serviços de saúde, as políticas públicas que apóiam mulheres vítimas de violência no Brasil incluem:

A) *Delegacias Especializadas para o Atendimento de Mulheres* — criadas em 1985, elas investigam, acompanham e classificam os crimes de violência. Embora haja 334 delegacias no país, elas não são suficientes para cobrir 10% de todos os municípios, e a maioria das delegacias, isto é, 75% delas estão localizadas na região Sudeste, entre as quais 40% apenas no Estado de São Paulo.

B) *Casas de Cuidado ou Abrigo* — criadas em 1987, elas

são, muitas vezes, o único aparato na maioria dos municípios brasileiros, o que, na avaliação da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, tem pouca sustentabilidade e é pouco efetiva se não há articulação com outros aparatos. Dados de 2005 mostram que há somente 72 unidades em cidades maiores e menores.

C) *Defensoria Pública para as Mulheres* — política pública recente, que tem como objetivo ampliar o acesso à Justiça, garantindo orientação judicial apropriada para as mulheres e seus casos legais.

D) *Centros de Referência ou Apoio* — oferecem apoio psicológico, social e judicial para mulheres espancadas, além de oferecer serviços de orientação e informação para mulheres em situação de violência.

Além disso, em 7 de agosto de 2006 foi sancionada a Lei 11.340, *Lei Maria da Penha*, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção de Belém do Pará e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil. Essa lei dispõe sobre a criação dos *Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher*; estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar e punição imediata ao agressor. Apesar da nova lei, o desafio continua sendo conseguir uma maior articulação entre políticas de educação, saúde, assistência social, direitos humanos — e outras — e os serviços criados para as mulheres em situação de violência, do contrário, não conseguiremos vencer a estrutura machista e a cultura patriarcal que modela as relações de gênero no país [Blay, 2003].

Casa-abrigo e Mulheres Soropositivas

O movimento feminista na década de 80 atuou fortemente no debate e na implementação de ações nos campos da saúde e da violência, os quais, no início, foram tratados separadamente, mas depois passaram a ser trabalhados, estrategicamente, de forma integrada. A violência passou então a ser enfocada a partir da sua relação com os direitos humanos, saúde e desenvolvimento social, trazendo assim uma perspectiva ampliada para além da esfera jurídica e policial [Schraiber & d'Oliveira:1999]. Baseando-se nessa perspectiva, muitos estudos [Heise, 1994; Schraiber & d'Oliveira, 1999, entre outros] passaram a apontar consequências diretas da violência na saúde da mulher, como filhos(as) com baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, depressão, suicídio, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis — DST.

Segundo Schraiber & d'Oliveira [1999], apesar de todas essas consequências visíveis, ainda se observa uma falta de notificação dessa violência nos serviços de saúde:

Mulheres que sofrem violência física e sexual parecem utilizar mais os serviços de saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde não identificam ou pelo menos não registram a violência em prontuário como parte do atendimento.

Esse fato produz uma invisibilidade da violência nos serviços de saúde e revela também uma falta de preparação dos profissionais, que parecem reforçar a tônica de que *em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher*.

Após a Constituição de 1988, e o surgimento das primeiras delegacias da mulher pelo país, o Governo Federal lançou, em maio de 1996, por meio da Secretaria Especial de Direitos Humanos — SEDH — do Ministério da

Justiça, o Programa Nacional dos Direitos Humanos — PNDH —, com um capítulo específico de políticas públicas voltadas para a eliminação da discriminação de gênero. A partir dele, criou-se o *Programa Nacional de Prevenção e Enfrentamento à Violência Doméstica e Sexual* que prevê ações articuladas nas três esferas do poder. Assim, passam a ser implantadas as casas-abrigo, destinadas ao acolhimento provisório de mulheres e seus filhos em situação de violência doméstica e sob risco de morte. As casas tinham como função não só proteger e amparar, mas também resgatar a cidadania das mulheres. A *Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher*, realizada em Beijing, na sua plataforma recomenda a criação desses espaços:

Estabelecer centros de acolhida e serviços de apoio dotados de recursos necessários para auxiliar as meninas e mulheres vítimas de violência e prestar-lhes serviços médicos, psicológicos e de acompanhamento, assim como assessoramento técnico a título gratuito ou de baixo custo, quando seja necessário, além de assistência para ajudar-lhes a encontrar meios de sobrevivência.

A partir dessa perspectiva, as casas para acolhimento das mulheres, junto com as delegacias e centros de referência, foram se constituindo, ao longo da última década, como únicos serviços disponibilizados para as mulheres em situação de violência. Aqui não nos cabe, nem é objetivo deste texto, avaliar a eficiência desses serviços, apenas nos propomos a refletir, a partir de um levantamento simples, sobre as condições de um desses equipamentos para acolher mulheres soropositivas que se encontram em situação de violência.

O levantamento inicial realizado pela Gestos em 38 casas-abrigo do Brasil se deu com base nos dados coletados através de questionários, com o objetivo de perceber

se e quais procedimentos são adotados no sentido de prevenir, diagnosticar e contabilizar infecções por HIV nessas mulheres.

Para dimensionarmos o quantitativo das casas e a localização por regiões, segue um quadro sintético:

Estados	Nº Questionários	Total por Região
REGIÃO NORTE		12
Amazonas	01	
Roraima	03	
Tocantins	01	
Amapá	01	
Pará	04	
Acre	02	
REGIÃO NORDESTE		12
Piauí	01	
Pernambuco	02	
Paraíba	01	
Ceará	04	
Rio Grande do Norte	01	
Alagoas	03	
CENTRO-OESTE		01
Goiás	01	
REGIÃO SUDESTE		05
Rio de Janeiro	02	
São Paulo	03	
REGIÃO SUL		08
Paraná	02	
Santa Catarina	04	
Rio Grande do Sul	02	
TOTAL		38

Tabela 1 – Caracterização dos locais nos quais se aplicou questionário em casas-abrigo—Regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sul e Sudeste, 2007.

Natureza jurídica	Nº Absoluto
Governamental*	29
Não governamental	05
Não responderam	04
Total	38

Tabela 2 – Caracterização da natureza jurídica das instituições levantadas — Regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sul e Sudeste, 2007.

Este levantamento que, apesar de ter tido uma amostragem significativa, consideramos ainda incipiente e limitado, reforçou nossa percepção sobre o quanto a relação entre saúde e violência ainda precisa ser melhor focalizada nos serviços, especialmente em se tratando da violência contra a mulher no contexto de feminização da AIDS. Ele nos trou-

xe algumas informações que carecem de maior reflexão.

Inicialmente chama a atenção o fato de treze Casas, do universo total investigado, não saberem informar se há alguma mulher soropositiva entre as usuárias e dezessete das instituições entrevistadas não contemplarem, em suas fichas de caracterização da usuária, questões sobre a condição sorológica. Parece-nos que o fenômeno — que é recorrente nos serviços de saúde — da falta de registro da violência, acontece da mesma forma quanto às questões sobre a sorologia das mulheres que chegam até às casas-abrigo. O levantamento demonstrou também que 31,6% das Casas não possuem dados sobre a situação da agressão — agressor, local da agressão, data da agressão etc. — quando do ingresso da usuária.

Informação sobre	Contempla	Não contempla
Raça/cor	23 (60,5%)	15 (39,5%)
Situação da agressão	26 (68,4%)	12 (31,6%)
Situação de Soropositividade	21 (55,3%)	17 (44,7%)

Tabela 3 - Caracterização das usuárias a partir de raça/etnia, situação da agressão e soropositividade nas instituições levantadas — Regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sul e Sudeste, 2007.

O fato de os dados acima não serem disponibilizados em registro na entrada de todas as casas-abrigo pesquisadas chama a atenção para a debilidade desse processo, uma vez que tais informações estão diretamente ligadas ao campo de atuação dessas instituições e constituem um importante recorte para a compreensão da tipificação da violência, do perfil da vítima e das condições de saúde das mulheres atendidas.

Tais resultados revelam também a falta de reflexão

sobre a associação entre relações sexuais desprotegidas e a violência de gênero, e nesse caso só uma instituição relatou o fato de duas mulheres terem sido infectadas em decorrência de violência sexual, as outras não sabiam informar. Outras duas instituições afirmaram estar aguardando o resultado da sorologia para a AIDS de adolescentes em situação de violência sexual.

Quanto a procedimentos para identificação de casos de infecção pelo HIV, três foram apontados separadamente ou associados como os mais adotados:

Procedimento	Nº de Casas	Percentual
Espera-se o relato voluntário das mulheres atendidas	14	36,8%
Estimula-se o relato das mulheres atendidas	18	47,4%
Coleta ou encaminhamento para exame sorológico	15	39,5%

Tabela 4 - Caracterização dos procedimentos adotados para identificação de casos para o HIV/AIDS nas instituições levantadas — Regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sul e Sudeste, 2007.

Considerações finais

A idéia de vulnerabilidade, tomada neste texto, leva à reflexão e ao reconhecimento de que enfrentamos duas epidemias imbricadas, como afirma Ayres, 1997:

O desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade ao HIV/AIDS pode ser descrito, em linhas gerais, como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

Nesse sentido, é importante retomarmos também as pistas que possam ser seguidas para a construção de um caminho de enfrentamento da situação vivenciada pelas mulheres soropositivas que se encontram em situação de violência. Reconhecer e mapear vulnerabilidades pode ser o primeiro passo para a superação das desigualdades enfrentadas. O empoderamento das mulheres é outro fator fundamental, pois como ainda adverte Ayres [1997]:

No plano individual, a avaliação da vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, dos comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV — relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical. Considera-se, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência.

Como inicialmente pontuamos, as duas epidemias produzem e associam vulnerabilidades. Nessa perspectiva são necessárias ações em pelo menos três aspectos que se entrelaçam na seguinte ordem: o primeiro diz respeito à atitude individual a partir da elevação de sua consciência e autoestima; em segundo lugar, podemos apontar o papel do Estado e da sociedade civil no sentido de produzir ações e informações que contribuam para a prevenção dessas epidemias; e, por fim, que o Estado garanta, com solidez e cada vez mais, equipamentos, serviços e políticas para as mulheres que necessitam de acolhimento e proteção dos seus direitos.

Tais iniciativas, numa perspectiva geral, são essen-

ciais para o enfrentamento das desigualdades de gênero que estruturam negativamente a vida social e contribuem para a exclusão e perda de autonomia para as mulheres que, por sua vez, as vulneraliza ainda mais frente ao HIV/AIDS.

Do mesmo modo que uma dada idéia de família permite e justifica a prática da violência, a manutenção da estrutura familiar aparece como uma razão importante para que as mulheres suportem relações violentas.

Testemunho 4

Minha infância foi só sofrimento. A violência em minha vida começou dentro de casa, entre meu pai e minha mãe. Na relação deles havia muita discussão. Meu pai tinha outras mulheres e minha mãe não queria aceitar isso. Uma vez ela pegou uma peixeira pra cortar ele e quando eu tentava sair do meio dessa briga, meu pai me empurrou na parede e machucou meu braço. Fiquei com o braço paralisado por uns três ou quatro dias... Foi quando a minha mãe morreu do coração.

> Eu sou filha única e acho que não tenho parentes, se tenho tio, tia, eu não sei. Depois que minha mãe morreu, meu pai não me quis, ele me disse que eu ia ficar com ele até completar 11 anos e, depois disso, teria que fazer a minha vida. Mas como eu ia resolver a minha vida sendo menor de idade, sem documentos, se eu não existia? Os documentos que tenho hoje, eu consegui sozinha no Fórum. O juiz deu autorização pra eu tirar minha certidão. Eu estava com 14 anos e ele viu que eu precisava ter documentos. Hoje, eu posso dizer que sou uma cidadã, pois tenho identidade, meu nome consta no cartório, sei onde eu nasci, digo que aos trancos e barrancos eu venci.

> Quando meu pai me despejou de casa, caí na rua e sofri muito. Catava lixo, passava frio e fome e aí aprendi todas as violências que o mundo pode ensinar. Às vezes, eu estava doente e não queria me prostituir e pedia: *Moço, paga um almoço pra mim?* Então eles diziam que só pagavam se eu fizesse sexo com eles. Quando completei dezessete anos, um homem me acolheu e meu deu uma casa, me ensinou o que eu sei hoje, me deu escola. Fui criada com os filhos dele. Pra mim, hoje, é Deus no céu e ele na terra.

> Eu passei a me prostituir quando estava na casa desse homem, pra poder me sustentar. Não fui obrigada, mas eu precisava ter minhas coisas. Eu me prostituía no centro da cidade, na *Rua da Palma*. Aprendi a ser garota de programa lá, convivendo com as profissionais do sexo. Havia muito preconceito das outras mulheres com a gente, porque nós estávamos ali esperando os maridos delas chegarem, para dividir o dinheiro delas com a gente e eles ainda se arriscavam a pegar doenças e passar para elas. Fiquei ali até meus 24 anos.

> Sofri muita violência dos clientes. A gente combinava uma coisa e quando eles chegavam lá, queriam outra e aí eu era espancada, humilhada e obrigada a fazer o que não queria. Às vezes a violência era tanta que até polícia chegava! Mas também sofri muita violência da polícia. Os policiais não acreditavam na gente, humilhavam, mandavam a gente calar a boca, lavar banheiro pra poder ser solta...

> Resolvi sair dessa vida e juntei o dinheiro que recebia desse homem, fui ser manicure. Comecei fazendo as unhas das prostitutas e com o tempo consegui comprar material e trabalhar no salão de uma vizinha dele e a gente ajudava um ao outro dentro de casa. No início eu era como

uma filha pra ele, mas uma noite a gente saiu pra se divertir e terminou ficando juntos por 2 anos. Aí ele começou a me ajudar financeiramente. Foi quando eu adoeci e comecei a perder peso...

> Fui fazer exames no hospital. Por causa das condições que eu vivia, eu dormia no frio, no sereno, não ligava pra nada, eu estava com tuberculose e anemia. Mas o médico suspeitou que eu também tivesse o HIV. Por isso me pediu para fazer outra bateria de testes. Quando os resultados chegaram e confirmaram que eu tinha o HIV, foi uma bomba pra mim e eu me desesperei! Eu já tinha passado por tanta coisa e, agora, mais aquela! Foi uma loucura. Precisei ficar internada. Achei que minha vida tinha acabado, pois não tinha forças para viver com essa doença. Não sabia o que fazer e pensei em cortar os pulsos e realmente tentei isso no hospital. Quando alguém viu que eu entrei no banheiro com uma lâmina, correu pra avisar o que eu ia fazer. Na hora em que eu ia abrir a gilete, a médica chegou e sentou comigo pra conversar e conversamos muito. Foi aí que ela me disse que existiam várias pessoas na mesma situação que eu, pessoas que brincavam, que conviviam no meio da família. Ela me mostrou que acabar com a vida não era o caminho.

> Isso aconteceu há quatro meses e agora eu toco a vida pra frente. Tenho o apoio dos psicólogos e peço conforto a Deus e também agradeço a Ele por ter aprendido a conviver com o HIV, mas ainda me culpo por ter contraído o vírus... Eu queria melhorar meu padrão de vida. Mas não tive um pai pra me dar alimentação, roupa, sapato. Ou eu estudava ou me calçava e me vestia, e isso me tornou a pessoa que sou hoje.

> Infelizmente continuo sendo vítima da violência e, agora, do preconceito. Quando as pessoas me conhecem e sabem que eu tenho o HIV, me discriminam. Aprendi que a falta de informação é uma violência. Pra gente não discriminar, tem que procurar ler, buscar informações e, olha, hoje em dia tem tanta informação disponível! Se eu soubesse antes o que eu sei hoje, talvez nem tivesse o vírus. Quando deito no meu travesseiro, peço a Deus que abençoe essas pessoas, que não permita que, por não terem conhecimento, venham a cair no que eu caí. Porque cair no precipício foi fácil, mas entender a doença e ter a mentalidade que eu tenho hoje, foi difícil, foi muita luta.

> Esse homem que me acolheu e me apoiou muito sempre disse: *Você só não pode deixar de tomar os remédios, pois se tiver tomando será como qualquer outra pessoa, como eu, como os meus filhos.* Ele me incluiu como sendo igual aos filhos dele! E pra evitar que as pessoas descubram sobre os remédios, meu psicólogo me instruiu: *quando você for passar a semana na casa de alguém, leve a quantidade certa da medicação e coloque em outras embalagens, numa que tem lá na Casa de Apoio, para as pessoas não saberem pra que serve o medicamento.*

> A família desse homem está me ajudando muito e todos sabem do remédio. No final de semana, eles vão me buscar e eu convivo com todo mundo. Eles me apóiam e me dão a maior força. Se precisar de uma passagem de ônibus pra ir ao médico, eles dão e sempre me alertam pra eu ir pegar o medicamento e pra tomar tudo na hora certinha e também cuidam pra que eu me alimente bem. Faço quatro refeições por dia e se eu digo que não quero comer, eles me obrigam.

> Não posso reclamar, pois hoje eu tenho tudo pra

ser feliz. Primeiramente agradeço a Deus, que mudou a minha cabeça. Graças a Ele, eu estou bem. Agora é tocar a vida pra frente, arrumar um emprego, me aposentar e realizar o sonho de montar meu próprio negócio. Eu gosto de fazer artesanato, crochê, brincos e bijuterias e também estou correndo atrás de cursos de corte e costura. Vou me esforçar ao máximo.

Eu estava muito mexida, minha cabeça cheia de revolta e com desejo de me vingar, o problema era saber de quem, porque se eu fosse me vingar, eu ia passar o rodo em muita gente.

Wilza Vieira Villela

Mulher, Violência e AIDS: explorando interfaces

AS PRIMEIRAS NOTIFICAÇÕES DE casos de AIDS no Brasil e no mundo, na década de 80, já incluíam mulheres. Ao final daquela década, a epidemia entre mulheres era reconhecida como uma importante realidade em alguns países africanos, e como uma ameaça concreta para outros países, como o Brasil, onde a epidemia entre os homens ainda era quantitativamente mais expressiva.

No início dos anos noventa, o termo *feminização da AIDS* começa a circular pelos espaços nacionais e internacionais compartilhados por ativistas e técnicos do setor de saúde, envolvidos com o enfrentamento da epidemia.

A expansão da epidemia para mulheres era previsível pela sua característica de transmissão sexual. Assim, a idéia de feminização da AIDS está relacionada a impactos específicos decorrentes da disseminação do vírus entre a população feminina dá visibilidade ao contínuo crescimento do número de casos entre mulheres, além de comprovar que a AIDS não é uma *peste gay*, como foi equivocada e preconceituosamente aventado em círculos conservadores da saúde pública norte-americana — ainda que os mesmos setores tivessem se apropriado da idéia de feminização para apontar, também de modo preconceituoso e acusatório, a

bissexualidade masculina.

Dado o grande número de famílias chefiadas por mulheres e o tradicional desempenho feminino das funções de cuidadora e de mantenedora do agregado familiar, a doença ou falecimento da mulher traz o risco de desorganização das famílias, desproteção das crianças e sobrecarga para outras mulheres, mães, irmãs, cunhadas e mesmo avós que, pela relação de consangüinidade ou apenas por solidariedade, acabam por tomar para si a responsabilidade de cuidar da mulher adoecida e de seus filhos [Berer, 1997]. Como as mulheres, em todas as partes do mundo, e mais acentuadamente nos países em desenvolvimento, têm menos acesso a bens econômicos que os homens, cuidar de famílias em que a mulher vive com HIV representa, muitas vezes, uma sobrecarga financeira para a mulher cuidadora, perpetuando assim o ciclo pobreza/exclusão social/infecção, que caracteriza a face feminina da epidemia.

Entre as mulheres, a AIDS sempre atingiu as mais pobres, e assim, como sempre, foi menos visível que entre os homens. O anonimato da disseminação do vírus entre a população feminina contribuiu para que nunca tenha havido, no Brasil ou em qualquer parte do mundo, uma reação tão enfática, sonora e organizada quanto a que possibilitou que os homens gays pressionassem governos no sentido da articulação de uma resposta global ao HIV [Parker, 1999].

A idéia de feminização em alguma medida também incorpora um sentido de banalização da epidemia, relacionado à pobreza e a conseqüente falta de expressão social e política das mulheres. O *glamour* de que a epidemia do HIV desfrutou nos seus primórdios, em países ocidentais, em grande medida estava vinculado ao *glamour* de algumas pessoas públicas que vieram a falecer com AIDS. Na medida em que a epidemia foi se pauperizando, em termos nacionais, locais e globais, o tema AIDS vai saindo da mídia e a refle-

xão sobre seus determinantes socioculturais vai saindo também da imprensa e mesmo do cotidiano de muitos ativistas e pesquisadores.

A inexistência de uma grande mobilização global frente à assustadora prevalência de AIDS entre mulheres na África Subsaariana, que concentra aproximadamente 2/3 dos casos em todo o mundo, sendo 60% em mulheres [UNAIDS, 2007] demonstra com clareza a associação entre feminização, pobreza e banalização. Banalização que ocorre também em relação a outros fenômenos sociais que atingem as mulheres, em especial, as mais pobres, como a violência em suas diversas manifestações, perpetuando, de forma hiperbólica, a exclusão e a vulnerabilidade da população feminina [Zierler, S. e Krieger, 1997].

Embora a violência atinja homens e mulheres, seus impactos, quaisquer que sejam as formas assumidas pelo ato violento, repercutem de modo diferenciado sobre cada um. É bastante conhecido o fato de que, em termos estatísticos, a violência sofrida por homens se expressa nas taxas de homicídios e de acidentes de trânsito, enquanto nas mulheres a violência assume a expressão de sintomas depressivos [OMS, 2007].

No entanto, ao se abordar a violência neste artigo, não se está propondo restringi-la à violência interpessoal, sua face mais visível e identificável. Considera-se que existe um inextricável vínculo entre os diversos tipos de violência — interpessoal, institucional e estrutural —, especialmente no que se refere às mulheres, que articula as dinâmicas sociais de produção e reprodução de desigualdades e se traduz na negação — ou violação — de direitos humanos básicos como o direito à segurança, à não-discriminação, à liberdade de ir e vir, ao trabalho, à alimentação, à habitação e à integridade corporal.

A assertiva sobre os impactos diferenciados da vio-

lência sobre homens e mulheres também não deve ser confundida com a diferença, óbvia, que existe quando se tomam os agravos derivados da violência de gênero contra as mulheres, ou seja, aquelas formas específicas de violência que atingem unicamente as mulheres, pelo simples fato de serem mulheres. O que se afirma é que, para além dos agravos da violência interpessoal que os homens exercem contra as mulheres - seja sexual, física ou psicológica, a desigualdade social que atinge as mulheres, por si só, já é uma violência, na medida em que lhes restringe o exercício pleno da sua cidadania. Ao mesmo tempo, esta restrição ao exercício pleno da cidadania acaba por deixar a mulher em posições socialmente fragilizadas, o que a expõe mais facilmente a situações degradantes. Isto é especialmente visível no caso das mulheres negras, e mais ainda no caso das mulheres negras pobres que, em função da violência simbólica, econômica e de gênero, bem como do racismo, acabam tendo uma probabilidade maior de infecção pelo HIV e de ter uma assistência de pior qualidade, mesmo nos serviços especializados [Lopes, 2003]. De fato, entre os pobres, no Brasil e no resto do mundo, as mulheres são as mais pobres, e entre as mulheres pobres, as mulheres negras e aquelas que pertencem a outros grupos populacionais historicamente discriminados encontram-se nas piores situações [OMS, 2007].

Embora a violência interpessoal não seja apanágio das populações empobrecidas, suas repercussões podem ser mais cruéis quando faltam recursos mínimos para que o indivíduo possa buscar alternativas de saída da situação violenta. E mesmo havendo uma nítida distinção entre a violência geral e a violência de gênero, nos espaços onde a vida acontece, os determinantes da violência estrutural acabam por potencializar episódios de violência interpessoal e por favorecer a violência de gênero contra mulheres, num

somatório perverso das múltiplas opressões vivenciadas pelas mulheres nesses contextos.

Quando se considera a tríade mulheres, violência e AIDS, uma primeira interface a ser explorada talvez seja aquela que põe em contato a violência estrutural contra as mulheres e a violência de gênero nas relações interpessoais, determinando a ocorrência de relações sexuais desprotegidas, quer sejam forçadas ou consentidas [Garcia Moreno et alli, 2000] .

Ao longo destes quase trinta anos de epidemia, tem se tornado cada vez mais claro que os fatores que facilitam a exposição feminina ao risco de infecção pelo HIV não são, como nos caso dos homens, exatamente comportamentos e práticas, de alguma forma, exercidas voluntariamente. As situações que colocam as mulheres em risco para o HIV muitas vezes estão fora de seu controle e de sua capacidade de decisão, como no caso do uso do preservativo. Muitas mulheres, inclusive, nunca tiveram controle de fato sobre suas vidas ou possibilidade de tomar suas próprias decisões.

Como num jogo de espelhos, esta compreensão da epidemia reflete e funde-se perfeitamente à compreensão que se tem da violência de gênero contra as mulheres, que só existe com base no pressuposto de que mulheres não são sujeitos, ou seja, são indivíduos com pouco ou nenhum direito de controlar suas vidas e tomar decisões.

Desde o início da década de 90, já eram apontadas conexões entre a violência e a infecção pelo HIV entre mulheres, a partir da reflexão sobre a violência sexual, onde não se supõe que o autor vai se preocupar em proteger-se ou à mulher violentada, e de relatos sobre situações de violência desencadeadas por suspeitas de infidelidade ou desconfiança, nos casos de a mulher sugerir ao parceiro o uso do preservativo e ainda de mulheres que, vivendo em situação de violência doméstica, não se sentiam com poder sufi-

ciente para negociar o uso do preservativo. Posteriormente várias destas reflexões transformaram-se em pesquisas, havendo hoje um substantivo conjunto de evidências sobre essa relação [Harvard School, 2006].

O que estas pesquisas mostram é que não se pode considerar apenas um nexos do tipo causal ou determinístico nas relações entre AIDS e violência. Assim, a idéia de vulnerabilidade, tal como formulada na sua origem, significando a superposição e mútua potenciação de fatores individuais, institucionais e estruturais, permite considerar a existência de contextos que expõem as mulheres, simultaneamente, à violência, tomada no sentido mais amplo, à AIDS e à violência baseada em gênero.

O trabalho realizado pela Gestos, ao dar voz a mulheres com HIV para que falem dos cenários de violência nos quais as tramas de suas vidas se desenrolam, permite-nos perceber a multiplicidade de interações entre gênero, pobreza, violência e AIDS. Se, em algumas situações, a pobreza e a violência intrafamiliar criam configurações propícias à aquisição e disseminação do HIV, a própria situação de viver com HIV possibilita a ocorrência de diferentes expressões de violência; a adesão a papéis de gênero mais tradicionais pode atuar como proteção contra a violência, ao mesmo tempo em que pode aumentar a exposição à violência doméstica. Enfim, há um jogo ambíguo e contraditório entre gênero, AIDS e violência, que exige de cada mulher novos posicionamentos a cada instante para lidar com as tensões que atravessam seus relacionamentos, e com a sua própria vulnerabilidade. Este jogo também exige dos órgãos que prestam assistência pública, sejam governamentais ou não-governamentais, a criação de alternativas adequadas e suficientemente interessantes para estimular as mulheres à reinvenção das suas vidas. Como diz uma das entrevistadas: ... *porque no fim de tudo tem um novo começo...*

EXPLORANDO INTERFACES

O fio que liga as vidas das 26 mulheres que instigam a presente reflexão, desconhecidas entre si até chegarem à Gestos, foi sendo desembaraçado por meio da leitura fluente das histórias das suas vidas, gentilmente elaboradas pela equipe do serviço de psicologia da Gestos, sob forma de entrevistas gravadas e transcritas.

Esta leitura possibilitou construir uma idéia de interface enquanto zona de contato e mútua potencialização entre a AIDS e a violência, em todos os seus tipos de manifestação. Essa interface distingue-se da idéia de causalidade ou determinação, estando próxima à concepção de vulnerabilidade de Jonathan Mann e podendo ser entendida como o espaço social onde as bordas da violência e da epidemia se encostam e interpenetram em diferentes âmbitos e em distintas dimensões. Três dessas dimensões nos interessam abordar neste artigo: a vida vivida, os fatos tais como são narrados pelas mulheres; a vida interpretada, os fatos tais como são compreendidos, com base em dispositivos teóricos que problematizam as tensões e ambigüidades que crivam as relações entre homens e mulheres; e a vida transformada, na discussão das possíveis respostas públicas, sociais, governamentais e não-governamentais para a tríade mulher, violência e AIDS [Villela e Sanematsu, 2004] .

1. A vida vivida

As vinte e seis mulheres que nos contam suas histórias são relativamente jovens: mais da metade tem menos de quarenta anos; menos da metade se identifica como branca; apenas duas não têm filhos, e mais da metade tem mais de três filhos; só três estão com um companheiro no momen-

to; cerca da metade diz ser responsável pelo seu sustento e de sua família e apenas seis mulheres têm algum tipo de trabalho regular.

As histórias de vida dessas mulheres, apesar de serem particulares e individuais, guardam muitas semelhanças entre si: a violência na infância, por exemplo, é recorrente, sendo esta violência praticada principalmente pelo pai ou padrasto, mas também pela mãe, madrasta ou irmãos. Algumas referem ter apanhado por fazerem coisas que seus irmãos também faziam sem sofrer qualquer punição, como, por exemplo, sair de casa ou brincar na rua; as mães que não batiam, pouco interferiam quando viam a menina apanhar, por medo de apanhar também ou de perder o sustento financeiro proporcionado pelo parceiro; os estudos são interrompidos precocemente, seja por fuga de casa, por necessidade de ganhar algum dinheiro ou por dificuldade em seguir as atividades da escola; a iniciação sexual também é precoce, sem proteção ou orientação, a maioria das vezes em situações de abuso ou violência sexual, quase sempre perpetrada por pai, padrasto, algum familiar ou um suposto namorado; o trabalho sexual surgiu em algum momento da vida para quase todas como alternativa de ganhar dinheiro; em alguns casos houve indução ativa dos responsáveis pela menina para que ela se iniciasse na prostituição; as relações amorosas e conjugais que se estabelecem também são permeadas por violência; assim, existe uma repetição da violência vivida em casa no passado; grande parte refere ser tão violenta com os filhos quanto sua mãe ou seu pai foi com elas; existe, esporádica ou continuamente, o convívio com situações de marginalidade e crime, e também com a violência policial; a maternidade acontece cedo e sem planejamento; a descoberta da infecção pelo HIV ocorre em virtude de doença oportunista; o preservativo só passa a ter alguma presença nas suas vidas

após o diagnóstico da infecção pelo HIV, e muitas delas não sabem quando ou com quem se infectaram.

Além dessa seqüência de fatos, que com pequenas variações sintetiza o conjunto de eventos vivenciados pelas mulheres ao longo das suas vidas, outras recorrências podem ser observadas. A primeira, em torno da qual grande parte das mulheres organiza a sua narrativa, é a importância atribuída à família e, em particular, à figura da mãe. Mesmo quando esta também é violenta ou conivente com abusos, a mãe é vivenciada como alguém que ama e protege. E, se assim não o faz, é por algum motivo que a filha deve entender. Como fala uma das entrevistadas: *ela fazia aquelas coisas comigo, né... mas era minha mãe... na casa dela eu sabia que sempre podia ir, e ia ter um prato de comida...*

Do mesmo modo, muitas vezes a violência infringida pela mãe é entendida como justa, e não altera o afeto que as filhas lhe dedicam: *eu apanhei muito da minha mãe... porque eu fiz por apanhar... eu amo muito a minha mãe...*

Os pais, ou parceiros das mães, normalmente, não contam com esta condescendência, havendo muitas mulheres que referem até hoje uma grande mágoa da figura paterna, pelo que este fazia com elas ou com as suas mães. No entanto, a violência praticada pelo pai, algumas vezes, é perdoada: *meu pai espancava a minha mãe... a gente era pequeno, passava necessidade... tirando isso, meu pai era maravilhoso...* Até em relação àqueles pais que são descritos como maus até hoje, parece haver uma esperança de que eles possam, em algum momento, ser um pouco mais protetores: *eu peço a ele para ele não me falar assim, que me machuca. Mas não adianta. Toda hora que ele se aperreia, já está no quintal gritando 'sua aidética, sua aidética'.* Aparentemente o pai só deixa de fazer parte do universo afetivo da menina, quando ele a violou sexualmente: *eu no início não achava nada. Depois é que vieram os valores, e eu entendi que essa coisa de pai com filha era errado, era pecado. Aí eu fugi e nunca mais, até*

hoje, soube dele...

Quando outra pessoa, que não a mãe biológica, é responsável por criar a menina, parece haver mais violência. Todas que tiveram esta experiência referem espancamento, abuso e exploração sexual. No entanto, parece haver um entendimento que a pessoa que cria um *filho dos outros* não tem o dever de proteger, podendo legitimamente ser cruel ou abusiva: *na época eu não achava que era violência, achava que era assim mesmo... porque eles me davam casa e comida...*

Embora a experiência de não haver sido criada pelos pais legítimos seja considerada negativa por todas as mulheres que a tiveram, é freqüente que elas não criem todos(as) os seus filhos(as). Particularmente o(a) primeiro(a) filho(a), que em geral nasce quando a mulher ainda é bem jovem e tem uma vida instável econômica e emocionalmente, muitas vezes é deixado com a avó, independente dela ter sido violenta no passado; algumas preferem dar o filho para adoção. A expectativa, nestes casos, é a garantia de sustento e, quem sabe, alguma educação. Apesar das vivências de violência e abuso na própria família de origem ou de criação, nenhuma mulher refere temer que o mesmo aconteça com seus filhos. Mesmo duas das entrevistadas, cujos filhos adolescentes cometem delitos e também são vítimas e autores de violências, identificam este círculo vicioso de produção e reprodução de violência, atribuindo os comportamentos desviantes dos filhos à *ruindade*. Vale lembrar que muitas delas também já cometeram delitos e têm ou tiveram proximidade com quem os cometia, em particular, no que se refere ao uso e/ou comercialização em pequena escala de drogas ilegais.

Muitas das entrevistadas são ou foram extremamente violentas com seus filhos e, de alguma forma, consideram *normal* o recurso a castigos físicos por parte de quem os(as) sustenta. Esta naturalização da violência intrafamiliar

talvez seja um dos fatores importantes no processo de reprodução da violência, pois o padrão de relacionamento com os filhos é semelhante ao que vivenciaram: *tirei até sangue dele... dava tanto que ele ficava caído, todo roxo...* A justificativa de violência praticada contra filhos(as) é a mesma que aparece em suas histórias de vitimização: nervosismo, cabeça quente, álcool, desobediência, teimosia e demais situações do cotidiano. Não há reflexão sobre este repetir. No entanto, várias mulheres também referem arrependimento por terem *perdido a cabeça* com os filhos e algumas afirmam nunca terem batido nos filhos, exatamente por que não querem que os filhos vivam o que elas viveram.

Do mesmo modo que uma dada idéia de família permite e justifica a prática da violência, a manutenção da estrutura familiar aparece como uma razão importante para que as mulheres suportem relações violentas: *eu pedi para ele ficar... não tanto por mim, pelos meus filhos... queria o pai dos meus filhos dentro de casa...* Aparentemente este desejo de ter família, mas também de ter um homem que lhes dê alguma proteção no espaço público e traga a sensação de pertencimento e de *ser igual a todo mundo* facilita que haja muitas uniões e separações durante as suas vidas, mesmo que estas não sejam mediadas exatamente pelos impulsos amorosos e românticos que culturalmente aparecem vinculados à idéia de casamento. E, com muita frequência, a troca de parceiros não significa uma mudança do tipo de relação, sendo comum que se envolvam num circuito repetitivo de relações violentas: *Eu sofri muita violência... todos os meus companheiros me bateram...*

É neste contexto de múltiplos relacionamentos sexuais, conjugais ou comerciais, consentido ou por coerção, que o HIV entra insidiosamente na vida destas mulheres, instala-se e se reproduz nos seus corpos até provocar os sintomas da AIDS, quando, então, é diagnosticado, provocando não surpresa, mas raiva e revolta. Como as surras, os

abusos e os desrespeitos, o HIV é mais uma vicissitude que acontece na vida das mulheres sem que elas saibam por que lhes ocorreu e como escapar. Como diz uma delas: ... *eu não posso dizer há quanto tempo o HIV está dentro de mim...*

A reação mais comum frente ao diagnóstico positivo para o HIV é de desespero, pelo medo da morte iminente, fruto da desinformação sobre a doença que é comum a todas elas, e da vergonha de ter *essa doença*. A vergonha se mistura ao medo do preconceito que, para muitas, se apóia em experiências concretas: são vários os relatos de discriminação, seja, no trabalho, inclusive, com perda de emprego; na família, com humilhações e maus tratos; na vizinhança, que passa a segregar a mulher e seus filhos, e mesmo por parte dos serviços de saúde, que nem sempre conseguem manter a confidencialidade do diagnóstico e a qualidade do atendimento.

2. A vida interpretada

A busca de algum tipo de pertencimento familiar, assinalada no tópico anterior, atenderia a uma necessidade psíquica e subjetiva de vinculação. Desde há muitos séculos, as mulheres têm sido, de fato, e não apenas no plano simbólico, uma propriedade de algum homem. Em que pesem as variações culturais e entre as mulheres das diferentes classes sociais em uma mesma cultura, a relação com um homem, seja marido, pai, irmão ou outro, constitui-se em uma referência de identidade fundamental para as mulheres. Assim, não ser de um homem, independentemente de quem este seja, parece despertar uma grande insegurança nas mulheres. Isto se torna mais relevante quando o entorno é violento, dado que os homens de uma mesma *tribo* costumam estabelecer um pacto de não violação da mulher do

outro. Assim, ser de um homem significa estar protegida de ataques de outros homens. No entanto, a proteção é só em relação aos homens de fora; em relação ao proprietário não há qualquer proteção, o dono tudo pode. Como dizia o pai de uma das entrevistadas, para justificar ter sexo com ela — de acordo com a entrevistada — *eu a criei e a sustento, portanto ela é minha*. Vale ressaltar que mais de uma entrevistada referiu ter sido estuprada por amigos do ex-marido, por iniciativa deste, como forma de mostrar a ela, e a eles, quem era o verdadeiro dono daquele corpo. Em qualquer destas situações, a reação é de dor ou vergonha, mas ao mesmo tempo de aceitação e relativa impotência.

A figura materna compartilha com o pai este direito imaginário sobre os filhos, o que possibilita a ocorrência de abusos e violações, mas também representa o espaço do amor e do aconchego. Mais do que isso, é a mãe que organiza a idéia de família. Assim, as mulheres buscam manter a proximidade com as suas mães, independentemente dos maus tratos.

A experiência precoce da maternidade, mesmo estando determinada principalmente pela ausência de suportes sociais adequados [Villela e Doreto, 2006], parece operar como um importante reforço identitário. Ser mãe significa ter alguém de quem cuidar, sentir-se útil e necessária, ter uma família. Segundo todos os relatos, ser mãe tornou-as mais responsáveis e deu-lhes uma finalidade e uma justificativa para suportar situações adversas, como uma relação conjugal violenta, o trabalho como prostituta, as humilhações de pais e irmãos: garantir um lar para os filhos. No entanto, o esforço feito para suportar estas situações adversas, muitas vezes, acaba por se transformar em maus tratos com as crianças, como já visto, e também em sentimentos posteriores de culpa ou arrependimento. Como se estas mulheres, infectadas pelo HIV, mas

também pelo *vírus* da violência, tivessem que constantemente estar se cuidando para não se re-infectar ou transmitir nenhum dos vírus a seus filhos. E, da mesma maneira que muitas não sabem como adquiriram o HIV, mas sabem que devem estar em constante tratamento, não sabem também dizer em que momento a violência vivida se transforma em violência exercida. Só sabem que devem ter cuidado para não explodir. Como conta uma mulher, referindo-se ao ex-marido: *e aí um dia ele foi dar em mim e eu peguei a faca e sem querer matei ele...*

Pressionando o difícil equilíbrio entre a contenção e a explosão, a idéia da responsabilidade com os filhos algumas vezes as leva a tentar romper com o círculo da violência e organizar um pouco mais a vida. Por terem filhos, devem trabalhar, devem fazer o tratamento do HIV, devem se manter vivas, devem buscar equilíbrio para si e para seu entorno.

Por isso, é um paradoxo o alarde feito em relação à gravidez de jovens, como se fosse uma questão de irresponsabilidade destas, e não de desresponsabilização do Estado em relação às pessoas em situação de maior vulnerabilidade. A experiência destas jovens, como a de tantas outras das periferias urbanas, mostra que a sua gravidez ocorre no vácuo do poder público, e é positiva, como motivação para organizar a vida, apesar das dificuldades.

Outro paradoxo que emerge da reflexão sobre as histórias é a experiência do trabalho sexual, pela qual várias mulheres passaram. Vender prazer sexual é uma das poucas atividades que uma mulher pode exercer com certa *facilidade* e, de algum modo, também com relativa autonomia. E, evidentemente, só existem prostitutas por que há homens que pagam por este serviço. No entanto, esse é um dos trabalhos mais desprestigiados que existem. Assim, mesmo quando para a mulher o trabalho sexual é uma opção de

vida aceitável, não pode exercê-lo sem constrangimentos. O desvalorizado lugar que o trabalho sexual ocupa na sociedade sugere que por trás de uma suposta condenação moral existe, de fato, uma estratégia de enclausuramento da mulher. Ou seja, o que é condenado, de fato, não é o comércio do sexo, e sim a relativa autonomia e poder de que as mulheres desfrutam neste domínio. As mulheres que aqui contam suas histórias não se referem ao período em que trabalharam como prostitutas como mais desagradável ou violento do que outras situações vividas. Ao contrário, para muitas foi este trabalho que lhes possibilitou deixarem de ser violentadas pelo pai ou tio, e ter algum suporte financeiro para criar os filhos e organizar suas vidas. E, se algumas supõem que foi no desempenho da sua atividade como prostituta que contraíram o HIV, isto significa que existem homens com HIV que têm sexo com mulheres sem proteção. Assim, do mesmo modo que a maternidade precoce, o trabalho sexual aparece na vida destas mulheres como uma tentativa de responsabilizar-se por si próprias, exercendo um trabalho honesto que lhes possibilita um mínimo de ordem numa vida marcada pela desordem.

É ainda interessante observar o modo como algumas mulheres re-elaboram a condição de viver com HIV. Duas questões ressaltam em relação a isto: a primeira é relativa à afirmação de que *o HIV mudou a minha vida, mas para melhor*; a segunda se refere ao uso do sangue com HIV como escudo ou arma. De fato, para algumas das mulheres entrevistadas, o diagnóstico da infecção pelo HIV lhes colocou, pela primeira vez, frente à necessidade de tomar a vida nas próprias mãos se quisessem continuar vivas. Como apontado anteriormente, a maternidade é um estímulo para a vida, um incentivo para as mulheres enfrentarem o HIV. No entanto, a própria história da vida também se figura como um estímulo para lutar contra o HIV. É como se houvesse

uma sensação de que a vida foi tão sofrida, doeu tanto ter sobrevivido a tantos maltratos, que não vale a pena deixar-se morrer por conta de um vírus em cuja aquisição não houve qualquer escolha ou responsabilidade individual. Algumas das mulheres, a partir do suporte psicossocial obtido nos serviços que se ocupam de pessoas que vivem com HIV, como na Gestos, puderam ingressar em programas governamentais de transferência de renda e assim obter algum recurso para o seu sustento. Isto, no entanto, não ocorre sem problemas. São freqüentes os relatos de preconceito e discriminação relacionados à soropositividade, só possíveis de serem enfrentados a partir da discussão nos grupos de apoio, onde lhes é assinalada a necessidade de enfrentar esta situação, tanto pela importância de acessar os recursos públicos, mas também na perspectiva de que a vida com HIV não é uma condição da qual a pessoa precisa se envergonhar ou permitir algum tipo de humilhação.

De fato, as organizações que promovem ações de apoio e resgate da auto-estima das mulheres, ao ter uma atitude de respeito com suas usuárias, sem tratá-las como vítimas e assumindo uma postura que, de modo afetivo e respeitoso, busca lembrá-las da sua condição de sujeito, possibilita-lhes aprender a viver e conviver com base em padrões relacionais distintos do esquema *ataque X defesa* a que estão habituadas.

É dentro deste hábito relacional de agressão e fuga que o HIV, em algum momento, aparece como escudo ou arma. Uma mulher, por exemplo, relata um episódio no qual, para se defender de espancamento pelo pai, feriu-se voluntariamente para que o medo do agressor de entrar em contato com o seu sangue impedisse a agressão. Situações assemelhadas foram descritas por outras mulheres. Assim, num contexto de extrema vulnerabilidade e violação de direitos, a infecção pelo HIV, que num primeiro momento

parece ser o derradeiro açoite nestes corpos já tão machucados, num momento seguinte parece conter um potencial de reorganização da vida e dos recursos internos de autocuidado e proteção. É evidente que esta possibilidade não significa que é bom viver com HIV. Mas aponta para a capacidade humana de superação da adversidade quando se lhes oferecem condições.

3. As respostas possíveis

Foi possível perceber, seguindo as histórias destas 26 mulheres, o imbricamento de fatores distintos na tessitura dos fios que formam a rede do seu aprisionamento no espaço da exclusão social. A violação dos seus corpos, com a conseqüente alienação de si — se meu corpo não é meu, quem eu sou? A falta ou precariedade de referenciais afetivos que possam contribuir para a integração subjetiva e psíquica. O total distanciamento do poder público dos espaços onde a vida acontece: a escola, o serviço de saúde, os serviços de proteção social estão em seus lugares, à espera de quem consiga acorrer a eles, sem buscar ativamente aqueles que deles mais necessitam, e que pelo seu grau de exclusão não conseguem cobrir a distância entre a necessidade e sua satisfação [Brandão, 2007]. Além do distanciamento, o poder público também atua como agente de exclusão, seja de modo explícito, ao recusar atendimento de boa qualidade e aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva às jovens, seja implicitamente, ao criar mecanismos que dificultam que meninas e meninos social e individualmente mais vulneráveis se mantenham na escola. Não foram poucos os relatos sobre humilhações por parte de professores, nos serviços de saúde e pela polícia. Neste sentido, as alternativas possíveis para reduzir a vulnerabilidade de tantas

meninas e mulheres e, com isso, diminuir seu risco de infecção pelo HIV, devem incluir ações de fortalecimento e ampliação das potencialidades individuais, revisão de normas, de processos e de procedimentos institucionais, implementação de novos processos de trabalho, ações continuadas de capacitação de agentes públicos, e políticas mais amplas voltadas para o desenvolvimento socioeconômico e para a efetivação da cidadania das mulheres.

Alguns autores afirmam que a violência irrompe nas lacunas do diálogo [Schraiber, 2005]. De fato, o espaço da fala é também o espaço do pensamento, que é diferente da torrente de idéias que surgem nos momentos de grande emoção e que impedem o pensar e o agir, entendendo o ato não como atuação ou reação, e sim como um gesto em direção ao outro, identificado e reconhecido como tal. A importância dos atos de fala no processo de reconstrução afetiva, identitária, e subjetiva destas mulheres está presente em quase todos os relatos. Ao falar, dialogando, refletindo e interagindo, sobre as suas experiências como vítimas, as mulheres puderam se reconhecer também como autoras de violência e, assim, romper o círculo no qual durante muito tempo estiveram aprisionadas. Como diz uma entrevistada ... *depois que vim para Gestos, com estas conversas, aí eu mudei muito o meu jeito...*

Estes atos de fala só puderam ocorrer porque havia o outro. Assim, é no sentido do exercício reflexivo da alteridade que falamos em capacitação dos agentes públicos que atuam nos serviços, nas instituições. Reconhecer e aceitar os limites e diferenças de cada um, a partir do reconhecimento dos próprios limites e particularidades. Isto, no entanto, não ocorre se o Estado não se orienta pela formulação de estratégias de promoção de equidade. É no desenvolvimento de ações que buscam dar mais a quem tem menos é que se pode identificar o reconhecimento de que

todas as pessoas, quaisquer que sejam as suas condições de origem, têm capacidades humanas que devem ser compartilhadas. Assim, promover a equidade não é um apenas um ato de bondade para com as pessoas em situação de maior vulnerabilidade; é, sobretudo, uma aposta de que quanto mais pessoas estiverem em condições de construir e usufruir de uma vida boa, mais chances de vidas boas e equilibradas todos teremos.

A capacidade de escuta e de diálogo pode também favorecer que sejam encontradas soluções mais adequadas para alguns problemas da oferta de ações de saúde. Por exemplo, é sabido, e os relatos assim o confirmam, que o diagnóstico tardio da infecção é um fator importante para a disseminação do vírus, já que o preservativo só entra na vida das mulheres após o diagnóstico; então, por que não se consegue ampliar a testagem, estratégia fundamental para garantia da saúde e prevenção da infecção, apesar dos esforços já realizados pelo governo? Medo do resultado? Se é assim, quais as ações que efetivamente contribuem para reduzir o estigma e a discriminação relacionados ao HIV?

A modo de conclusão


Iniciamos nossa reflexão buscando identificar as interfaces possíveis entre AIDS e violência. Pudemos ver, ao longo do percurso pelas histórias de vida de algumas mulheres que vivem com HIV, e que freqüentam os serviços de apoio psicológico da Gestos, que esta interface se configura a partir de situações de violência estrutural, traduzidas na opressão de gênero e raça e na pobreza que marca a vida das entrevistadas desde a origem. Estas situações configuram um quadro de extrema vulnerabilidade social que facilita, por diversos caminhos, a exposição ao HIV.

As mulheres que deram seus depoimentos a Gestos são vitoriosas. Conseguiram superar experiências duríssimas, refletir sobre elas e, por meio da sua reflexão e capacidade de resiliência, fomentar questionamentos importantes para a criação de suportes mais adequados do que os que tiveram — se é que tiveram.

Um destes questionamentos se refere ao próprio reconhecimento da violência. Embora sejam descritas situações de uso de força física para suplantar ou defender-se do outro desde os primórdios da humanidade, a idéia de violência é mais recente, e traz uma valoração ética a alguns atos humanos. Ou seja, a violência não é exatamente um ato ou outro, e sim um conjunto de atos a que se atribuiu o sentido de violência, por reconhecer-se, nestes atos, a negação do outro [Camanardo Jr. e Villela, 2006].

Do mesmo modo que é assumido que alguns contextos sociais facilitam a produção e reprodução da violência enquanto ato, deve-se assumir a possibilidade de produção e reprodução da idéia de violência a partir da nomeação de alguns atos, estratégia essencial para o seu enfrentamento. É necessário reconstruir ativamente o sentido de algumas práticas cotidianas naturalizadas, como a violência que ocorre na família e que se oculta nos termos ciúme, bebida, educação, amor e tantos outros, para que se possa propor uma nova ética para as relações entre as pessoas e exigir do Estado meios para que esta ética seja respeitada. Como diz uma mulher entrevistada: *a vida é do jeito que a gente faz, é do jeito que a gente quer.*

Testemunho 5



Conheci a violência ainda na infância. Eu me lembro que, quando tinha quatro anos de idade, meu pai estava na garagem e, sem querer, matou um peru. Uma prima dele queria que eu comesse o peruzinho cru, como castigo, porque tudo o que acontecia era culpa minha, porque eu era mentirosa, falsa e muito cruel, eu era má. Apanhei bastante. Ele dava no meu rosto, me deixava cheia de marcas.

> Depois, quando meu pai foi embora, ele matou uma pessoa, eu fui pra casa de uma tia. Ela me batia e dizia: *tô criando você de favor*, dizia também que já tinha dois filhos e não precisava de mais um. Ela me criou pra dar uma satisfação à sociedade, porque a família dela era muito tradicional, então, não foi por amor a mim não. Minha tia me batia bastante. Eu ficava toda mole, muito roxa, desmaiava e aí ela me levava no médico e ele dizia que não era nada. E eu sem poder falar porque era.

> Antes de falecer, meu pai veio morar aqui em Recife. Quando eu tinha nove anos, quis morar com ele e eu lembro que a minha tia me ensinou que a gente podia confiar totalmente no pai, mas ele abusou de mim. Toda

vez que ele queria sexo, me procurava. Meu pai era espírita e seguidor de São Cipriano. Não bebia, não fumava, mas era só maldade no coração e eu era forçada a ficar com ele sempre que ele queria.

> Eu não podia comentar o que se passava e passei uns três ou quatro anos sem falar nada pra ninguém. Eu só vim desabafar e entender o que estava acontecendo depois que eu arrumei um namorado; naquele tempo eu estava com 12 anos. Ele não quis casar comigo, porque eu não era pura, mas explicou o erro de tudo aquilo. Depois que eu descobri isso, prometi a ele que me livraria de meu pai, mesmo que destruísse minha vida e a destruição na minha vida foi muito grande... Dos 12 aos 14 anos, eu me destruí bastante.

Saí de casa e fui trabalhar em casa de família, mas eu não tenho uma personalidade doméstica, nunca tive, e além do mais, eu ganhava muito pouco. Então, fui pra casa do meu tio, irmão do meu pai. Ele me deu apoio pra eu ter o que comer e onde dormir e esse apoio também tinha um pagamento... Toda noite ele saía do quarto da mulher dele e ia pra minha cama.

> Depois, ele começou a me incentivar e dizia: *Vá ganhar dinheiro com seu corpo pra sobreviver! Vá procurar uma boate, uma praça. Vá ganhar dinheiro!* Eu achei que era muito humilhante, mas não tinha mais pra onde correr. As boates só começavam a aceitar garotas a partir dos catorze anos e por isso eu fiquei em uma boatezinha em Igarassu. Pensei mesmo que seria melhor ser tocada por estranhos, mas meus tios ficavam com o dinheiro que me pagavam. Não foi só meu pai que me explorou, meu tio também. As pessoas que deviam me ajudar me traíram, me subjugaram...

> Fiquei na casa do meu tio até quase 19 anos e foi lá que eu engravidei do meu primeiro filho, aos 16 anos. E eu só ficava lá se pagasse uma diária, o que me dava direito à comida. Às vezes, eu não dormia de noite, porque a qualquer hora que chegasse cliente eu tinha que atender, tinha que estar disponível e não podia escolher cliente, não podia exigir, pois eu tinha que dar lucro à casa.

> Quando meu menino nasceu, ele deu um quarto pra eu dormir e eu pagava por ele e se arrumasse cliente, o cliente tinha que pagar pra ficar ali. Eu comprava as coisas do neném e eles me deixavam cozinhar nos fogões da casa, mas eu queria que meu filho tivesse uma segunda chance e o entreguei de papel passado... Aos 20 anos fui morar com um namorado e engravidei de uma menina. Quando ela completou 4 meses, ele faleceu. Como eu não queria que a minha filha fosse pra debaixo da ponte pedir esmola nem fosse comigo pra zona, também a entreguei para a adoção. Dei a minha palavra que nunca procuraria meus filhos, a não ser que eles quisessem vir morar comigo.

> Eu já tinha vivido com três pessoas, mais ou menos dois anos com cada um, quando me infectei com o HIV. Entre um casamento e outro, eu conheci esse namorado que me infectou, pois eu não sou muito de chorar defunto, o defunto morria e eu já arrumava outro. Depois de quatro meses juntos, eu achei que ele era de confiança e pedi pra tirar a camisinha, coisa que sempre me incomodou. Dez anos depois, adoeci e tive logo vários problemas de uma vez: hepatite, tuberculose, úlcera no estômago, anemia muito forte. E ainda hoje eu tenho problema de anemia.

> Não esperava adoecer, já que eu estava quieta há

muito tempo com um companheiro só. Quando descobri que estava infectada, eu estava com uma pessoa que se chocou muito, porque ele fez o teste e deu negativo e a gente estava junto há mais de ano. Depois repetimos o teste e o dele deu negativo e o meu positivo de novo. Então, fui me cuidar e ele faleceu 6 meses depois, de câncer de estômago. Eu continuo vivendo desde dezembro de 99.

> Tenho sofrido muita discriminação por ser soropositiva. Até na casa da minha mãe, eu tenho prato, copo e toalha de banho separado. Ela diz que é pra não passar nada pra ninguém. Minha irmã descobriu que tem leucemia e minha mãe acha que ela pegou comigo. A gente sabe que não existe isso, mas o preconceito tem a ver com a idade da pessoa, com a educação, o ambiente em que ela vive. Por isso, eu jamais a acusaria de alguma coisa.

> Eu recebi a notícia de que estava infectada na Restauração — Hospital Geral do Recife. De lá fui encaminhada pro Hospital Oswaldo Cruz e tive que refazer os exames, porque eles não aceitam resultado de outro hospital. Passei a usar imediatamente o anti-retroviral, mas não consegui tratamento psicológico. Eu me lembro que estive internada com uma crise de depressão muito forte e aí a Dra. Valéria achou que eu precisava de ajuda e telefonou pra psicóloga. Ela chegou dois dias depois, pra ter uma conversa comigo. Eu só recebi ajuda psicológica na Gestos. Eu estava muito mexida, minha cabeça cheia de revolta e com desejo de me vingar, o problema era saber de quem, porque se eu fosse me vingar, eu ia passar o rodo em muita gente. A ajuda que a psicóloga da Gestos me deu foi muito importante.

> Na minha vida ainda tem muita violência, hoje

muito mais psicológica do que física, até por que fisicamente eu não deixo ninguém me agredir. De dois anos pra cá, eu não tenho permitido que a violência chegue perto de mim. Eu passo por ela, sei que ela existe, mas não permito que ela me acerte. Hoje em dia eu procuro ajudar. Eu vi um rapaz espancando a mulher dele e eu fui lá e me meti. Antigamente eu dizia que cada um tem o que merece, mas eu descobri que nem sempre nós temos o que merecemos. Ao meu redor, eu não permito violência mais não!

> Enfim, a vida é do jeito que a gente faz, é do jeito que a gente quer. O destino está em nossas mãos. A gente muda, faz de novo e se não der certo e cair, levanta e faz outra vez. A gente só não deve desistir, porque no fim de tudo tem um novo começo.

”

Antigamente eu dizia que cada um tem o que merece, mas eu descobri que nem sempre nós temos o que merecemos. Ao meu redor, eu não permito violência mais não.

Wilza Vieira Villela, Fernanda Lopes e Alessandra Nilo

As respostas possíveis: superando os desafios da interface

O QUE FOI MOSTRADO nos capítulos anteriores aponta para uma relação complexa entre violência e infecção pelo HIV, em que a complexidade é dada, em parte, pelo fato de existir uma crença profundamente arraigada no imaginário social de que a sexualidade e a resposta agressiva são comportamentos privados e *naturais*, como remanescentes humanos de instintos animais, sendo, portanto, refratários a práticas que evocam prioritariamente a cognição [Camarnado Jr. e Villela, 2005].

Por ter os mesmo determinantes sociais, as faces de contato entre a AIDS e a violência se interpenetram nos mesmos contextos de vulnerabilidade produzidos a partir dos processos de exclusão social que articulam gênero, pobreza e etnia e que têm como centro de opressão a falta de respeito à mulher como um sujeito de direitos. Nessa perspectiva, uma das dificuldades observadas reside no fato de que embora as conseqüências da violência e da infecção pelo HIV recaiam fortemente sobre o setor saúde, a sua dinâmica de produção, ao envolver mais dimensões socio-culturais que propriamente biológicas, foge ao que é mais usualmente abordado por meio desse setor, uma vez que a implementação dos programas e ações em saúde no Brasil

ainda carece de intervenções intersetoriais e interdisciplinares, o que não é uma prática fácil de ser concretizada. Ao mesmo tempo, enfrentar a interface da violência contra as mulheres e a infecção pelo HIV/AIDS exige maior teorização sobre o fenômeno, de forma a construir uma compreensão mais abrangente das suas múltiplas faces, que possibilite a formulação de estratégias para o seu enfrentamento.

Assim, com base nos resultados discutidos nesta pesquisa-ação, consideramos que o eixo teórico que nos permite pensar ações de enfrentamento da relação sinérgica entre violência e HIV é a idéia de determinantes sociais do processo saúde-doença, pois esta aponta para elementos de ordem econômica, social, ambiental, ideológica e cultural, os quais influenciam a qualidade e os estilos de vida e afetam a situação de saúde das populações. As desigualdades entre os gêneros, nesse sentido, atuam como determinantes macroestruturais das epidemias do HIV e da violência, enquanto a pobreza, o racismo e o moralismo sexual se configuram como determinantes conjunturais, que operam de modo a tornar agudos os efeitos das desigualdades de gênero.

De fato, são as sociedades e as condições do contexto que determinam o presente e o futuro dos corpos e das mentes daqueles que as compõem. Em razão disso, as noções de gênero, raça (cor) e pobreza são intrínsecas às sociedades modernas, operando no sentido de organizar a circulação social dos corpos, seu acesso a bens materiais e simbólicos, inclusive, recursos de autoproteção.

Tal assertiva é confirmada quando se verifica que nas sociedades modernas a AIDS atinge com maior intensidade os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles culturalmente discriminados. Ou seja, atinge não apenas as pessoas que são objeto de processos de violência estrutural, mas também as que sofrem violência

institucional e interpessoal, como as que são discriminadas devido à sua raça (cor) e etnia, à forma como vivenciam a sua sexualidade, as usuárias de substâncias ilícitas e as mulheres que, além da violência de gênero, sofrem todas as situações acima descritas.

Neste sentido, as políticas de enfrentamento do HIV devem buscar incidir tanto sobre comportamentos individuais e práticas dos serviços de saúde, como também sobre os determinantes estruturais, institucionais e interpessoais da violência [Garcia-Moreno, 2006]. Mais do que por uma relação de causalidade, violência e HIV se articulam em uma relação de contigüidade e superposição, onde a interação de diferentes vetores de violência estrutural e institucional, como apontado acima, criam condições propícias para a eclosão de situações de violência interpessoal e para a disseminação do HIV.

Sendo reconhecido que um problema complexo exige soluções igualmente complexas, pode-se arriscar uma primeira agenda de ações que, incidindo em pontos diferentes da questão, envolvendo atores diversos e podendo assumir magnitudes distintas, teriam um grande potencial de enfrentamento da díade HIV/violência de gênero contra as mulheres no Brasil.

As ações aqui propostas consideram que o empoderamento das meninas e mulheres deve estar no centro do enfrentamento multissetorial à pandemia global de AIDS e que o fortalecimento individual deve vir acompanhado de intervenções institucionais claras, assim como de uma agenda que privilegie as políticas públicas voltadas para o fortalecimento das mulheres e para o desenvolvimento de culturas de paz, equitativas e democráticas, única maneira de tornar as respostas possíveis e viáveis.

Propostas Ações

Acabar com as desigualdades sociais, incluindo aquelas baseadas em gênero, raça, etnia e idade, que incrementam tanto a vulnerabilidade à infecção pelo HIV como a morbidade por AIDS e a violência.

Redefinir a compreensão sobre *alto risco*, reconhecendo a violência no seu sentido mais amplo, não apenas no aspecto físico, como um fator de vulnerabilidade ao HIV, principalmente entre as mulheres, em qualquer fase da vida.

Identificar fatores simbólicos e materiais que influenciam negativamente a qualidade das ações e a prestação dos serviços para mulheres, —especialmente as residentes em áreas menos desenvolvidas e as que pertencem a grupos historicamente discriminados e/ou socialmente excluídos— e traçar estratégias claras para enfrentá-los.

Aumentar os fundos diretos e indiretos destinados ao combate da interface entre violência contra as mulheres e AIDS .

Apoiar a articulação entre redes e organizações da sociedade civil para o enfrentamento da violência de gênero contra a mulher em todas as fases da vida, em especial a mulher negra [Lopes, 2005].

Aumentar e utilizar fundos destinados aos cuidados e apoio para as mulheres, de forma a reduzir a sua carga desproporcional de trabalho [COMPACT, 2005].

Expandir o processo de tomada de decisões.

Assegurar que as mulheres infectadas e afetadas pelo HIV/AIDS, jovens e defensoras/es da saúde e dos direitos das mulheres participem plenamente do processo decisório, em todos os níveis, de forma que tais decisões reflitam as realidades e necessidades das mulheres.

Ampliar/consolidar parcerias para enfrentar o problema.

Aumentar a participação masculina nas discussões e ações de prevenção à violência de gênero contra as mulheres.

Estimular mais organizações da sociedade civil e movimentos que lutam pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres a incorporar em suas agendas o tema da interface.

Estimular a discussão da violência de gênero junto às organizações que lutam pelos direitos de crianças e adolescentes.

Estimular a discussão sobre SSR na agenda das ONG AIDS.

Estimular a discussão sobre AIDS no tema das ONG feministas.

Desenvolver/fortalecer as parcerias entre as universidades e a sociedade civil e governo que permitam:

1. Realizar mais estudos em larga escala;
2. Combinar métodos quantitativos e métodos qualitativos;
3. Conduzir estudos comparativos interculturais e interregionais.

Interfaces Na saúde

Promover a compreensão sobre equidade de gênero e executar ações intersetoriais e pluriinstitucionais de forma integrada em todos os setores.

1. Aprimorar a qualificação profissional para uma maior humanização e profissionalismo de agentes dos serviços públicos de saúde no atendimento de mulheres em situação de violência.

2. Desenvolver, nos serviços de atenção básica, a capacidade de lidar não apenas com as questões físicas, mas também com os aspectos psicológicos das mulheres.

Obs.: Investir mais na formação da equipe de enfermagem. As capacitações são essencialmente voltadas ao aspecto clínico (pensar interface) e são poucos os protocolos de enfermagem que orientam esses profissionais para ler problemas de violência contra as mulheres e meninas.

3. Assegurar que as mulheres adultas e jovens tenham acesso à orientação e testes voluntários e confidenciais, incluindo o apoio a sua decisão de não ser testada.

Obs.: A possibilidade de violência contra mulheres, estigma e discriminação, no caso de tornarem pública sua condição de soropositividade, deve ser um dos temas do aconselhamento que também deve oferecer informações sobre mecanismos de proteção contra tais violências.

4. Aumentar a pesquisa sobre o tratamento apropriado às mulheres em suas diversas idades e monitorar o acesso ao tratamento por idade, sexo, raça (cor) e etnia.

5. Assegurar acesso equitativo e contínuo ao tratamento da AIDS e de infecções oportunistas para todas as mulheres e meninas, apropriado à idade, saúde e condição nutricional.

6. Acesso universal a camisinhas femininas subsidiadas, bem como de desenvolvimento e distribuição de microbicidas e outras tecnologias de prevenção que possam ser controladas pelas mulheres.

7. Estimular as mudanças organizacionais e de comportamento nos serviços públicos de saúde de modo a fortalecer a abordagem de direitos humanos, incluindo direitos sexuais e reprodutivos, de forma emancipatória e de orientação não-discriminatória.

No judiciário

1. Garantir que as leis que impedem a discriminação, violação dos direitos humanos e violência — contra mulheres e meninas, contra pessoas vivendo com HIV, contra trabalhadoras sexuais e contra *minorias sexuais* — sejam implementadas.

2. Aprimorar a qualificação profissional para uma maior humanização e profissionalismo de agentes dos servi-

ços públicos legais no atendimento de mulheres em situação de violência ou vivendo com HIV/AIDS.

3. Capacitar os/as profissionais de Direito sobre como trabalhar com a *Lei Maria da Penha*, que regula as questões relacionadas à violência de gênero contra a mulher, e garantir sua implementação.

4. Consolidar e ampliar as redes de serviços de atenção e apoio às mulheres em situação de violência, considerando todos os aspectos transdisciplinares e multiprofissionais que definem uma intervenção integral.

5. Aumentar o número de delegacias especiais para atender os casos de violência contra as mulheres e meninas, com atenção às questões relacionadas ao HIV/AIDS.

6. Incluir o tema saúde sexual e reprodutiva — SSR — e AIDS em todos os processos formativos de profissionais que atuam nas *Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres*.

Na educação

1. Garantir que todas as crianças — na escola e fora da escola — tenham acesso a uma educação sexual apropriada a sua idade, que promova a igualdade entre gêneros, os direitos humanos e o respeito mútuo.

2. Garantir a adoção efetiva da perspectiva da igualdade de gênero e direitos humanos, em todos os processos educativos que envolvem homens e mulheres e em todas as faixas etárias, adequando-os às realidades locais.

Junto aos meios de comunicação de massa

1. Promover o acesso à informação ampla e relevante sobre a interface entre a violência contra as mulheres e a AIDS.

2. Tratar com ênfase e monitorar os fatos expostos na

mídia relacionados à violência, estigma e discriminação contra as mulheres e meninas que vivem ou não com HIV/AIDS.

3. Articular com os grupos que já monitoram a mídia, denunciando violações de direitos.

4. Ampliar o debate público sobre os direitos das mulheres como parte do repertório de direitos humanos, considerando o direito de acesso à informação correta e em linguagem adequada.

5. Desenvolver e ampliar a divulgação de produtos de comunicação sobre os temas: *Lei Maria da Penha*, saúde integral, saúde sexual e reprodutiva — com ênfase no HIV/AIDS —, combate à violência de gênero e a qualquer tipo de discriminação.

Nas políticas para Infância e Juventude

1. Garantir que todas as crianças sejam livres do trabalho infantil e da exploração sexual, monitorar o cumprimento das leis e a aplicação das penas.

2. Implementação integral do *Estatuto da Criança e do Adolescente*.

I. UNIVERSO SÓCIO-ECONÔMICO DAS MULHERES PESQUISADAS

As tabelas a seguir apresentam dados relativos à parte de um questionário desenvolvido às entrevistas de profundidade, de modo a possibilitar uma melhor compreensão dos dados.

Essas tabelas são organizadas de acordo com o nível de escolaridade, com o objetivo de possibilitar a análise de dados de acordo com o nível de escolaridade, com o objetivo de possibilitar a análise de dados de acordo com o nível de escolaridade.

Anexos

I. UNIVERSO SÓCIO-ECONÔMICO DAS MULHERES PESQUISADAS

II. CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ

Característica	Nº	%
ESCOLARIDADE		
até 4 anos	15	25,0
5 a 8 anos	10	16,7
9 a 11 anos	15	25,0
12 anos	10	16,7
13 anos	5	8,3
14 anos	5	8,3
15 anos	5	8,3
16 anos	5	8,3
17 anos	5	8,3
18 anos	5	8,3
19 anos	5	8,3
20 anos	5	8,3
21 anos	5	8,3
22 anos	5	8,3
23 anos	5	8,3
24 anos	5	8,3
25 anos	5	8,3
26 anos	5	8,3
27 anos	5	8,3
28 anos	5	8,3
29 anos	5	8,3
30 anos	5	8,3
31 anos	5	8,3
32 anos	5	8,3
33 anos	5	8,3
34 anos	5	8,3
35 anos	5	8,3
36 anos	5	8,3
37 anos	5	8,3
38 anos	5	8,3
39 anos	5	8,3
40 anos	5	8,3
41 anos	5	8,3
42 anos	5	8,3
43 anos	5	8,3
44 anos	5	8,3
45 anos	5	8,3
46 anos	5	8,3
47 anos	5	8,3
48 anos	5	8,3
49 anos	5	8,3
50 anos	5	8,3
51 anos	5	8,3
52 anos	5	8,3
53 anos	5	8,3
54 anos	5	8,3
55 anos	5	8,3
56 anos	5	8,3
57 anos	5	8,3
58 anos	5	8,3
59 anos	5	8,3
60 anos	5	8,3
61 anos	5	8,3
62 anos	5	8,3
63 anos	5	8,3
64 anos	5	8,3
65 anos	5	8,3
66 anos	5	8,3
67 anos	5	8,3
68 anos	5	8,3
69 anos	5	8,3
70 anos	5	8,3
71 anos	5	8,3
72 anos	5	8,3
73 anos	5	8,3
74 anos	5	8,3
75 anos	5	8,3
76 anos	5	8,3
77 anos	5	8,3
78 anos	5	8,3
79 anos	5	8,3
80 anos	5	8,3

I. UNIVERSO SÓCIO-ECONÔMICO DAS MULHERES PESQUISADAS

As tabelas aqui apresentadas foram elaboradas a partir de um questionário complementar às entrevistas de profundidade realizadas com as mulheres pesquisadas.

Elas têm o objetivo de registrar o universo sócio-econômico, suas condições de atenção à saúde, acesso a insumos para prevenção e alguns aspectos de mudanças comportamentais após o início da terapia antiretroviral.

Variável	Frequência Absoluta	Percentual (%)	Caracterização das mulheres segundo variáveis sócio-demográficas e econômicas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.
FAIXA ETÁRIA			
Até 29 anos	6	23,0	
30 a 34	4	15,4	
35 a 39	8	30,8	
40 a 44	4	15,4	
45 e mais	4	15,4	
Total	26	100,0	
COR/RAÇA*			*Foram utilizadas as categorias do IBGE (branca, preta, parda, amarela, indígena) e a classificação foi feita pela própria mulher (autodeclaração).
Branca	10	38,5	
Preta	3	11,5	
Índia	2	7,7	
Amarela	2	7,7	
Parda	9	34,6	
Total	26	100,0	
ESTADO CONJUGAL			
Solteira	19	73,0	
Vive junto	4	15,4	
Divorciada	3	11,6	
Total	26	100,0	
NÚMERO DE FILHOS(AS)			
Nenhum filho	2	7,8	
Um filho/a	3	11,5	
De 02 a 03 filhos/as	8	30,8	
Mais de 03 filhos	13	50,0	
Total	26	100,0	
LOCAL DE RESIDÊNCIA			
Ver com Fabícia*	3	11,5	
Região Metropolitana	22	84,6	
NR	1	3,8	
Total	26	100,0	

1. AMBIENTE DOMÉSTICO

Variável	Frequência Absoluta	Percentual (%)	Caracterização dos domicílios das mulheres entrevistadas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.
TIPO DE DOMICÍLIO			
Casa (construção de paredes permanentes)	18	69,2	
Barraco	2	7,7	
Galpão	2	7,7	
Outro*	4	15,4	* Alvenaria em construção, Casa-abrigo ou outra instituição.
Total	26	100,0	
NÚMERO DE CÔMODOS DO DOMICÍLIO			
01 cômodo	2	7,7	
De 02 a 03 cômodos	5	19,2	
De 04 a 05 cômodos	13	50,0	
Acima de 05 cômodos	5	19,2	
NR	1	3,8	
Total	26	100,0	
TIPO DE BENS EXISTENTES NO DOMICÍLIO**			
Geladeira	2	11	
Máquina de lavar roupas	4	2	
Freezer	4	2	
Televisão colorida	25	12	
Rádio	11	6	
DVD	11	6	
Automóvel	02	1	
Bicicleta	10	5	
Telefone fixo	12	6	
Telefone móvel	17	9	
Video-cassete	06	3	
Mesa	19	9	** Fogão, liquidificador, sofá, cama, ventilador etc.
Cadeiras ou bancos	19	10	*** Nos domicílios podem existir mais de um dos bens citados, em função disso o total difere do número de pessoas entrevistadas.
Computador	06	3	
Som	13	7	
Outro**	15	8	
Total***	197	100,0	

2. AMBIENTE SOCIAL & VIOLÊNCIA

QUALIDADES OBSERVADAS NO LOCAL ONDE RESIDEM	Freqüência Absoluta	Percentual (%)	Caracterização dos locais onde residem as mulheres entrevistadas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.
Localização	10	38,5	
Pessoas	4	15,4	
Acesso a recursos naturais	2	7,7	
Segurança	1	3,8	
Acesso a serviços básicos (educação, saúde, transporte)	4	15,4	
Acesso a infra-estrutura produtiva (mercados, transporte...)	2	7,7	
Nenhuma	3	11,5	
Total	26	100,0	
PROBLEMAS OBSERVADOS NO LOCAL ONDE RESIDEM			
Distância	5	19,2	
Carência de serviços básicos/dificuldades de acesso	1	3,8	
VIOLÊNCIA			
Entre moradores	2	7,7	
Doméstica	8	30,8	
Relacionada ao uso de bebida alcoólica	1	3,8	
Relacionada aos roubos e assaltos	2	7,7	
Relacionada ao tráfico de drogas	4	15,4	
Outro*	2	7,7	* Falta de água, preconceito em relação às pessoas vivendo com HIV, falta de segurança.
NR/NS	1	3,8	
Total	26	100,0	
NÍVEL PERCEBIDO DE VIOLÊNCIA ONDE RESIDEM			
Grave, com muitos casos	9	34,6	
Pontual, com poucos casos	10	38,5	
Leve, quase não há registro de violência	6	23,1	
NR/NS	1	3,8	
Total	26	100,0	
TIPO DE VIOLÊNCIA MAIS COMUM NA COMUNIDADE			
Contra as mulheres	9	34,6	
Contra as crianças	5	19,2	
Contra os homens	4	15,4	
Contra homossexuais	2	7,7	
Contra pessoas vivendo com AIDS	4	15,4	
Contra os bens materiais	1	3,8	
NS/NR	1	3,8	
Total	26	100,0	
PRINCIPAIS CAUSADORES DE VIOLÊNCIA NA COMUNIDADE			
Pessoas de dentro da comunidade	8	30,8	
Grupos de tráfico, de fora ou de dentro da comunidade	7	26,9	
Moradores de fora da comunidade	3	11,5	
Pessoas de dentro da família (violência doméstica)	5	19,2	** Homens da comunidade, polícia.
Outro**	2	7,7	
NS/NR	1	3,8	
Total	26	100,0	

3. TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA

Caracterização das mulheres segundo a inserção no mercado de trabalho e as estratégias de sobrevivência adotadas pelas entrevistadas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.

Principais ocupações das mulheres nos últimos 12 meses	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Comércio	1	3,8
Artesanato	4	15,4
Produção caseira (doces, bolos, queijos)	1	3,8
Serviços domésticos não-remunerados	15	57,7
Está desempregada	5	19,2
Total	26	100,0
RESPONSABILIDADE SOBRE O PROVIMENTO DA FAMÍLIA		
São responsáveis pelo sustento da casa	14	53,8
Não são responsáveis pelo sustento da casa	12	46,2
Total	26	100,0
PESSOA RESPONSÁVEL PELO DINHEIRO RECEBIDO		
Ela própria	20	76,9
Marido	1	3,8
Mãe	1	3,8
Não recebe dinheiro	4	15,4
Total	26	100,0
RECEBE APOIO DE PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS		
Sim	15	57,7
Não	10	38,5
NR/NR	1	3,8
Total	26	100,0
TIPO DE PROGRAMA GOVERNAMENTAL DE QUE RECEBE APOIO		
Bolsa-família	6	23,1
Benefício de Previdência (devido ao HIV)	6	23,1
Bolsa-família e Benefício	2	7,7
Bolsa-escola (municipal) e Benefício	1	3,8
Não se aplica	11	42,3
Total	26	100,0
VALORES RECEBIDOS DO PROGRAMA GOVERNAMENTAL		
Até 01 salário mínimo	5	19,2
01 salário	6	23,1
Mais de 01 a 02 salários	4	15,4
NR/NS	11	42,3
Total	26	100,0
RECEBE APOIO DE INSTITUIÇÕES, ORGANIZAÇÕES* E OUTRAS		
Sim	23	88,5
Não	3	11,5
Total	26	100,0

* Principais organizações citadas: Gestos, Igreja, Associação dos Moradores, IASC, Casa Menina Mulher, Sempre Viva, GTP+, Viva Rachid, Casa Verde.

4. CONDIÇÕES DE SAÚDE, ACESSO, USO DE INSUMOS E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Condições de alimentação e cuidado entre mulheres entrevistadas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.

Freqüência absoluta de refeições completas realizadas por dia Freqüência Absoluta Percentual (%)

01 refeição	3	11,5
02 refeições	4	15,4
03 refeições	16	61,5
Mais de 03 refeições	3	11,5
Total	26	100,0

PRINCIPAIS ALIMENTOS CONSUMIDOS NO DIA-A-DIA

Cereais	26	14
Carne Bovina	17	9
Carne Branca	16	8
Verduras/legumes	24	12
Frutas	20	10
Raízes	22	11
Pão/bolacha	21	11
Leite	22	11
Derivados do leite	03	2
Ovos	25	13

LOCAIS ONDE AS MULHERES BUSCAM APOIO QUANDO ADOECEM

No Hospital/Posto de Saúde do Município	13	50,0
Hospital de Referência	9	34,6
Não busca ajuda	1	3,8
Outro*	3	11,5
Total	26	100,0

PESSOA DE QUEM RECEBE AJUDA QUANDO ADOECE

Ninguém, se cuida só	4	15,4
Companheiro/a	6	23,1
Irmã(o)	4	15,4
Mãe	3	11,5
Filha(o)	1	3,8
Outro parente mulher	1	3,8
Amiga	3	11,5
Agregado(a)	2	7,7
Outro **	2	7,7
Total	26	100,0

OCORRÊNCIA DE DST ANTES DA INFECÇÃO PELO HIV

Sim	13	50,0
Não	13	50,0
Total	26	100,0

Mudanças de comportamentos ou na condição de saúde observada após o diagnóstico HIV+ e início do tratamento. Recife e Região Metropolitana, 2006–2007.

Principais mudanças de comportamento ou condição de saúde observadas após o diagnóstico de HIV +	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Atitude mais pró-ativa em relação a lutar por seus direitos e contra a violência	2	7,7
Tristeza e solidão	2	7,7
Impaciência, irritação	8	30,8
Ansiedade, depressão e angústia	2	7,7
Dificuldade de se aproximar das pessoas	3	11,5
Ganho de peso	2	7,7
Emagrecimento, manchas na pele e enjôos	2	7,7
Maturidade	2	7,7
Não respondeu	2	7,7
Não houve mudanças	1	3,8
Total	26	100,0
Você observou mudanças de comportamento ou condição de saúde após o início do tratamento/uso de medicamentos		
Sim	21	80,2
Não	2	7,7
Não toma medicação	3	11,5
Total	26	100,0
Principais mudanças de comportamento ou condição de saúde observadas após início do tratamento/uso de medicamentos		
Nervosismo, irritabilidade	7	26,9
Náuseas, tonturas, enxaquecas	5	19,2
Dores no estômago, gastrite	2	7,7
Taquicardia	1	3,8
Mudanças no corpo	1	3,8
Aumento de peso	1	3,8
Melhor cuidado com a saúde	1	3,8
Aumento da auto-estima	1	3,8
Dificuldade de conviver com medicação	1	3,8
Não toma medicação	3	11,5
Não sentiu mudanças	3	11,5
Total	26	100,0

Acesso a insumos e direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres entrevistadas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.

Utiliza métodos para não engravidar	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Sim	8	30,8
Não	18	69,2
Total	26	100,0
Tipo de método utilizado		
Laqueadura	—	—
Tabletinha	1	3,8
(Preservativo masculino, pílulas anticoncepcionais) Outro	2	7,7
Não Respondeu	18	69,2
Total	26	100,0
Diálogo com o/a parceiro/a sobre o uso do preservativo		
Não tenho parceiro sexual	6	23,1
Nem tocamos no assunto	2	7,7
Geralmente usamos, mas, às vezes, transamos sem preservativos	3	11,5
Tenho dificuldade de falar sobre o assunto	1	3,8
Sim. Só transamos com preservativo	11	42,3
NR	3	11,5
Total	26	100,0
Já se sentiu forçada a transar sem preservativo antes do diagnóstico do HIV + ?		
2 mulheres afirmam terem sido estupradas — Sim	15	57,7
Não	11	42,3
Total	26	100,0
Ocorrência de gravidez não desejada		
Já engravidou sem querer	19	73,1
Nunca engravidou sem querer	7	26,9
Total	26	100,0
Desejo de abortar quando descobriu a gravidez		
Sim	15	57,7
Não	9	34,6
NR	2	7,7
TOTAL	26	100,00
Atitude tomada diante do desejo do aborto		
Teve o/a seu/sua bebê	10	38,5
Abortou por vontade própria	2	7,7
Foi pressionada por alguém a abortar	3	11,5
Foi pressionada por alguém a ter o bebê	1	3,8
NR	10	38,5
Total	26	100,0
Motivo/razão para não realização do aborto		
Acha que é crime	3	11,5
Por não ter sido planejada	2	7,7
NR	21	80,8
Total	26	100,0

Depoimentos de algumas mulheres que afirmaram ter engravidado sem vontade:

"Para mim, tanto fazia, era como se não tivesse mais vida."

"Fui forçada pelo companheiro."

"Todas as vezes que engravidei não estava a fim."

Depoimentos de algumas mulheres em relação ao desejo pelo aborto

"Por medo de ser abandonada, de desistir dos estudos e de não poder sustentar".

"Era muito jovem para ser mãe."

"Não tinha lugar para morar".

"Não tinha sido uma gravidez planejada."

"Fui vítima de um estupro, não tinha condições de criar um bebê."

"Não tinha condições financeiras."

"Eu morava na rua e não tinha como criar, cheguei a tomar remédio."



Desejo atual de ter filhos/as entre mulheres entrevistadas.

Depoimentos de algumas mulheres que afirmaram o desejo de ter filhos/as:

"Gosto de cuidar de bebê, meu filhos pedem".

"Penso que quando minhas filhas saírem de casa, eu posso ter um bebê para ficar comigo."

"Eu sinto que não me realizei como mãe. Perdi três filhas. Tive quatro e hoje só tenho um."

"Porque sou sozinha e um filho/a seria minha companhia".

"Saudade de ter um bebê em casa".

Depoimentos de algumas mulheres que afirmaram o desejo de não ter filhos/as:

"Além de minha doença, não tenho boa relação com minhas filhas. Ser mãe é difícil".

"Dificuldade financeira".

"Por causa do HIV".

"Filho dá muito trabalho".

"Não tenho paciência".

"Já estou satisfeita com os que tenho e não tenho condições financeiras".

"Por causa da minha idade".

"Colocar uma pessoinha no mundo, com os problemas que tenho".

"Já passei por esta fase".

"Dói muito. Se eu soubesse que era assim, não tinha tido filhos/as."

"Não me arriscaria a ter um filho soropositivo. Prefiro adotar".

Uso e percepções sobre o preservativo masculino ou feminino entre mulheres entrevistadas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.

Utilização de preservativo em relações sexuais com penetração	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Utiliza	15	57,7
Algumas vezes	2	7,7
Quase nunca	1	3,8
NR	8	30,8
Total	26	100,0
Tipo de preservativo utilizado nas relações sexuais com penetração		
Feminino	2	7,7
Masculino	12	46,2
Ambos	4	15,4
NR	8	30,8
Total	26	100,0
Utilização de preservativo feminino quando não há a utilização do preservativo masculino pelo parceiro		
Utiliza	13	50,0
Não utiliza*	10	38,5
NR	3	11,5
Total	26	100,0
Motivo/razão do não uso do preservativo feminino		
Não sabe colocar	3	12
Acha incômodo	3	12
Não tem acesso	2	8
NR	18	68
Total	26	100,0
Utilização de preservativo antes do diagnóstico de HIV+		
Utilizava	8	30,8
Não utilizava	16	61,5
Utilizava algumas vezes	2	7,7
Total	26	100,0
Motivo para não usar preservativo antes do diagnóstico de HIV+		
Não achava necessário	8	30,8
Parceiro não concordava	5	19,2
Não tinha conhecimento da existência do preservativo	4	15,4
Confiança no parceiro	1	3,8
Não tinha noção da importância do preservativo	1	3,8
NR	8	27
Total	26	100,0

4. ACESSO A SERVIÇOS E PERCEPÇÕES SOBRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Acesso a serviços e percepções sobre a qualidade de assistência entre mulheres entrevistadas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.

Qual é a sua percepção em relação à qualidade da assistência diante de condição de mulher e pessoa vivendo com HIV?	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Boa	8	30,8
Média	7	26,9
Ruim	9	34,6
Satisfatória	1	3,8
Péssima	1	3,8
Total	26	100,0
Ocorrência de violência no serviço público		
Já sofreu violência	15	57,7
Nunca sofreu violência	11	42,3
Total	26	100,0

Depoimentos das mulheres que avaliam como **boa** a qualidade da assistência recebida do Governo:

- "É boa. Se não fosse a medicação que recebemos, muitas pessoas já teriam morrido."
 "Marco um dia os exames, no outro, sou atendida."
 "Meus médicos são excelentes."
 "Por ser HIV, posso ter direito a um benefício previdenciário."
 "Temos remédios todo mês, fazemos exames normalmente."
 "O médico, as consultas e os remédios são bons."
 "Até o momento, não tive problema."

Depoimentos de algumas mulheres que afirmaram ser **ruim, média** ou **péssima** a qualidade da assistência recebida pelo Governo:

- "Deixa muita coisa pendente como a falta de medicamentos. Muitas vezes preciso comprar remédios e são caros".
 "Algumas pessoas têm passe-livre nos ônibus, outras não."
 "Não consegui o benefício e ajuda para conseguir trabalho. Também não ajuda a diminuir o preconceito."
 "Às vezes falta remédio, tem greves, dificuldade de fazer exames e marcação de consulta".
 "Não temos acesso a vale-transporte e facilidade no acesso a benefício por não conseguirmos arranjar emprego."
 "Não temos assistência voltada para mulheres e o atendimento não é específico."
 "O atendimento nos postos de saúde não é bom, sou discriminada porque tenho HIV."
 "Eles só dão medicamentos e nada mais. Eu preciso visitar minha família no interior, mas não tem lugar para mim no ônibus do governo."
 "Em algumas coisas, ela é boa como saúde e educação, mas em questões de benefício é ruim."
 "Tem algumas coisas que precisam melhorar, principalmente a qualificação dos profissionais de saúde."

"Era para termos apenas um benefício, porque não podemos trabalhar. Os leitos dos hospitais de referência são poucos."

"Não tem dentistas para pessoas soropositivas."

"A gente sofre muito. Precisamos de um melhor atendimento médico."

"Em relação à saúde, acho legal. Outros tipos de assistência não são bons, como, por exemplo: passe livre, vale-transporte etc."

"Acho ruim a parte de exames e farmácia."

Violência institucional, comportamentos e percepções relatados pelas entrevistadas. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.

Tipo de violência ocorrida no serviço público	Frequência Absoluta	Percentual (%)
Física	1	3,8
Psicológica	3	11,5
Moral	11	42,3
NR	11	42,3
Total	26	100,0
Autor/a da violência no serviço público		
Médico	5	19,2
Enfermeiro	7	26,9
Atendente	3	11,5
NR	11	42,3
Total	26	100,0
Comportamento diante da situação de violência		
Procurou o médico	2	7,7
Ficou agressiva	5	19,2
Denunciou às autoridades do hospital	2	7,7
Ficou triste, com vergonha	3	11,5
Não procurou ajuda	2	7,7
Não voltou mais ao local	1	3,8
NR	11	42,3
Total	26	100,0
Para mudar a situação de violência vivenciada no serviço de saúde, o que você acredita que seja necessário?		
Trabalho	6	23,1
Benefício para pessoas com HIV	1	3,8
Defesa dos direitos das pessoas com HIV	2	7,7
Melhoria do atendimento pelos funcionários	1	3,8
Cumprimento de leis	1	3,8
Cura da doença	1	3,8
Trabalho e moradia	3	11,5
NR	11	42,3
Total	26	100,0

Depoimentos de algumas mulheres que sofreram violência (comportamentos):

"Procurei o médico do hospital e perguntei se por ser HIV, estava pondo outras pessoas em risco, já que eu estava sofrendo preconceito dentro do hospital".

"Respondi com agressões. Eu não quero morrer por conta dessas agressões, por isso respondo."

"Discuti com os/as autores da violência."

"Me senti mal, humilhada. Fui na diretoria reclamar."

"Fiquei muito mal, estava debilitada e com o CD4 34. Não tive forças."

"Pensei em me matar, porque os médicos do Posto comentaram para outras pessoas e a notícia do HIV se espalhou pela comunidade."

"Não voltei mais ao local onde sofri violência."

"Chorei muito, não procurei ajuda."

"Fiquei indignada. Fui até agressiva, gritei, xinguei. Pensei em ir na ouvidoria ou na direção, mas deixei para lá. Eles têm formas de encobrir esses atos."

"Quebrei mesas e cadeiras. Fiquei fora de mim. Achava que iria morrer no dia seguinte."

"Eu briguei, xinguei e disse que fazia parte de uma ONG."

"Geralmente as enfermeiras olham meu prontuário, se comunicam baixinho e ficam me olhando; muitas vezes, eu fico com medo delas me darem um remédio errado ou judiarem de mim. Eu não faço nada, fico triste, com vergonha."

"A médica e a enfermeira deveriam olhar a gente com humanidade, saberem que muitos deles podem ter HIV e nem saber. Acho que era bom que eles estudassem mais sobre o HIV."

"Acho que nós mulheres não devíamos ter preconceito com nós mesmas. Deveríamos nos abrir mais, botar a cara e dizer que tem HIV. Essa seria uma forma de enfrentarmos o preconceito, que é uma violência."

"Gostaria que chegasse a cura da doença para sofrermos menos preconceitos. Queria também que o governo desse benefício a todos que têm HIV/AIDS."

5. CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Conhecimentos e percepções de mulheres entrevistadas sobre a atenção às mulheres em situação de violência e acesso a serviços. Recife e Região Metropolitana, 2006-2007.

	Você tem conhecimento sobre a rede de serviços* de atenção a mulheres em situação de violência?	Frequência Absoluta	Percentual (%)
	SIM	19	73,1
	NÃO	7	26,9
	TOTAL	26	100,0
	Utilização de serviços** para mulheres em situação de violência		
	Já utilizou	11	42,3
	Nunca utilizou	12	46,2
	NR	3	11,5
	Total	26	100,0
	Qual é a sua percepção em relação à qualidade do atendimento nos serviços para mulheres em situação de violência?		
	Bom	10	38,5
	Ruim	1	3,8
	NR	15	57,7
	Total	26	100,0

* Serviços Públicos citados pelas mulheres: Mulheres do Apito, Cidadania Feminina, Clarice Lispector, Delegacia das Mulheres, Grupo Mulher Maravilha.

** Serviços Utilizados pelas Mulheres: Delegacia da mulher, Clarice Lispector, Abrigo para mulheres.

Alguns depoimentos de mulheres sobre a qualidade dos serviços para mulheres em situação de violência:

"Bem. Porque é um local de referência. Ninguém te xinga, só escuta você."

"Fui bem atendida, mas como reagi à violência, também fui intimidada."

"Fui atendida, mas não serviu."

"Fui bem atendida, mas saí de lá insatisfeita porque fizeram questão de me dizer que o máximo que a polícia podia fazer era convidar o agressor para dar um depoimento. Fui aconselhada a procurar casa de parente, dá um tempo e depois voltar para casa. Como não tinha parentes, voltei a morar com ele."

"O delegado foi muito grosso ao saber que eu tinha HIV. Me disse que o meu companheiro estava certo, porque se eu tinha HIV, devia ser uma pessoa promíscua. Fui embora e não procurei mais ajuda."

"Fui bem atendida e o problema foi resolvido."

"Fui bem atendida."

"Fui bem atendida, mas a delegada mandou 5 policiais me levarem até a rodoviária e só saíram quando o ônibus partiu. Me senti como uma bandida. O agressor era meu irmão e ficou em casa sem sofrer nada."

Outros depoimentos registrados durante as entrevistas:

"Moro em um barraco em Santo Amaro que é um dos bairros mais violentos do Recife.

Moro em um beco, numa pequena favela no meio de muitos prédios de classe média".

"A partir da Lei Maria da Penha, a violência contra a mulher diminuiu bastante. Isso no que se refere à violência doméstica".

"Essa lei Maria da Penha foi ótima. Os homens estão todos com medo. A questão é que eles estão matando mais as mulheres, não querem ficar desmoralizados indo preso e aí preferem matar. Estão fazendo mais ameaças de morte".

"Já sofri agressão física do meu ex-companheiro e da ex-companheira. No primeiro caso, procurei a delegacia das mulheres que resolveu o problema. Mas ele continuou me ameaçando e chegou a gritar na rua me chamando de aidética. A partir daí, me encorajei e pedi ajuda. Em relação à ex-companheira, não tomei nenhuma atitude".

"Depois do diagnóstico do HIV, fiquei melhor. Quando o meu marido morreu, devido à doença, pude me libertar e hoje me sinto mais feliz por me vestir como quero, como sempre quis, porque ele não admitia. Me cuido mais, tenho mais auto-estima.

"Tenho muito medo que as pessoas da minha comunidade descubram que tenho HIV e se afastem de mim".

"Tenho uma história marcada por violência que está marcada também no meu corpo. Há inúmeras cicatrizes espalhadas no meu corpo."

Anexo II

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, "CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ"

OS ESTADOS PARTES NESTA CONVENÇÃO,

RECONHECENDO que o respeito irrestrito aos direitos humanos foi consagrado na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e na Declaração Universal dos Direitos Humanos e reafirmado em outros instrumentos internacionais e regionais;

AFIRMANDO que a violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades;

PREOCUPADOS por que a violência contra a mulher constitui ofensa contra a dignidade humana e é manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens;

RECORDANDO a Declaração para a Erradicação da Violência contra a Mulher, aprovada na Vigésima Quinta Assembléia de Delegadas da Comissão Interamericana de Mulheres, e afirmando que a violência contra a mulher permeia todos os setores da sociedade, independentemente de classe, raça ou grupo étnico, renda, cultura, nível educacional, idade ou religião, e afeta negativamente suas próprias bases;

CONVENCIDOS de que a eliminação da violência contra a mulher é condição indispensável para seu desenvolvimento individual e social e sua plena e igualitária participação em todas as esferas de vida; e

CONVENCIDOS de que a adoção de uma convenção para prevenir, punir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher, no âmbito da Organização dos Estados Americanos, constitui positiva contribuição no sentido de proteger os direitos da mulher e eliminar as situações de violência contra ela,

CONVIERAM no seguinte:

CAPÍTULO I DEFINIÇÃO E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Artigo 1

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 2

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

- a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e
- c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

CAPÍTULO II DIREITOS PROTEGIDOS

Artigo 3

Toda mulher tem direito a ser livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 4

Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e

internacionais relativos aos direitos humanos. Estes direitos abrangem, entre outros:

- a) direito a que se respeite sua vida;
- b) direito a que se respeite sua integridade física, mental e moral;
- c) direito à liberdade e à segurança pessoais;
- d) direito a não ser submetida a tortura;
- e) direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e a que se proteja sua família;
- f) direito a igual proteção perante a lei e da lei;
- g) direito a recurso simples e rápido perante tribunal competente que a proteja contra atos que violem seus direitos;
- h) direito de livre associação;
- i) direito à liberdade de professar a própria religião e as próprias crenças, de acordo com a lei; e
- j) direito a ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar nos assuntos públicos, inclusive na tomada de decisões.

Artigo 5

Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e conta-

Artigo 2

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;

b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e

c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

CAPÍTULO II DIREITOS PROTEGIDOS

Artigo 3

Toda mulher tem direito a ser livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 4

Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e

e punir a violência contra a mulher;

c) incorporar na sua legislação interna normas penais, civis, administrativas e de outra natureza, que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como adotar as medidas administrativas adequadas que forem aplicáveis;

d) adotar medidas jurídicas que exijam do agressor que se abstenha de perseguir, intimidar e ameaçar a mulher ou de fazer uso de qualquer método que danifique ou ponha em perigo sua vida ou integridade ou danifique sua propriedade;

e) tomar todas as medidas adequadas, inclusive legislativas, para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes ou modificar práticas jurídicas ou consuetudinárias que respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher;

f) estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher sujeitada a violência, inclusive, entre outros, medidas de proteção, juízo oportuno e efetivo acesso a tais processos;

g) estabelecer mecanismos judiciais e administrativos necessários para assegurar que a mulher sujeitada a violência tenha efetivo acesso a restituição, reparação do dano e outros meios de compensação justos e eficazes;

h) adotar as medidas legislativas ou de outra natureza necessárias à vigência desta Convenção.

rá com a total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados Partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos.

Artigo 6

O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros:

- a) o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação; e
- b) o direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.

CAPÍTULO III DEVERES DOS ESTADOS

Artigo 7

Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em:

- a) abster-se de qualquer ato ou prática de violência contra a mulher e velar por que as autoridades, seus funcionários e pessoal, bem como agentes e instituições públicos ajam de conformidade com essa obrigação;
- b) agir com o devido zelo para prevenir, investigar

e) promover e apoiar programas de educação governamentais e privados, destinados a conscientizar o público para os problemas da violência contra a mulher, recursos jurídicos e reparação relacionados com essa violência;

f) proporcionar à mulher sujeitada a violência acesso a programas eficazes de reabilitação e treinamento que lhe permitam participar plenamente da vida pública, privada e social;

g) incentivar os meios de comunicação a que formulem diretrizes adequadas de divulgação, que contribuam para a erradicação da violência contra a mulher em todas as suas formas e enalteçam o respeito pela dignidade da mulher;

h) assegurar a pesquisa e coleta de estatísticas e outras informações relevantes concernentes às causas, conseqüências e freqüência da violência contra a mulher, a fim de avaliar a eficiência das medidas tomadas para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como formular e implementar as mudanças necessárias; e

i) promover a cooperação internacional para o intercâmbio de idéias e experiências, bem como a execução de programas destinados à proteção da mulher sujeitada a violência.

Artigo 9

Para a adoção das medidas a que se refere este capítulo, os Estados Partes levarão especialmente em conta a situação de

Artigo 8

Os Estados Partes convêm em adotar, progressivamente, medidas específicas, inclusive programas destinados a:

a) promover o conhecimento e a observância do direito da mulher a uma vida livre de violência e o direito da mulher a que se respeitem e protejam seus direitos humanos;

b) modificar os padrões sociais e culturais de conduta de homens e mulheres, inclusive a formulação de programas formais e não formais adequados a todos os níveis do processo educacional, a fim de combater preconceitos e costumes e todas as outras práticas baseadas na premissa da inferioridade ou superioridade de qualquer dos gêneros ou nos papéis estereotipados para o homem e a mulher, que legitimem ou exacerbem a violência contra a mulher;

c) promover a educação e treinamento de todo o pessoal judiciário e policial e demais funcionários responsáveis pela aplicação da lei, bem como do pessoal encarregado da implementação de políticas de prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher;

d) prestar serviços especializados apropriados à mulher sujeitada a violência, por intermédio de entidades dos setores público e privado, inclusive abrigos, serviços de orientação familiar, quando for o caso, e atendimento e custódia dos menores afetados;

ou mais Estados membros da Organização, poderá apresentar à Comissão Interamericana de Direitos Humanos petições referentes a denúncias ou queixas de violação do artigo 7 desta Convenção por um Estado Parte, devendo a Comissão considerar tais petições de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos na Convenção Americana sobre Direitos Humanos e no Estatuto e Regulamento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, para a apresentação e consideração de petições.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13

Nenhuma das disposições desta Convenção poderá ser interpretada no sentido de restringir ou limitar a legislação interna dos Estados Partes que ofereçam proteções e garantias iguais ou maiores para os direitos da mulher, bem como salvaguardas para prevenir e erradicar a violência contra a mulher.

Artigo 14

Nenhuma das disposições desta Convenção poderá ser interpretada no sentido de restringir ou limitar as da Convenção Americana sobre Direitos Humanos ou de qualquer outra convenção internacional que ofereça proteção igual ou maior nesta matéria.

Artigo 15

Esta Convenção fica aberta à assinatura de todos os Estados membros da Organização dos Estados Americanos.

vulnerabilidade à violência a que a mulher possa estar submetida em razão, entre outras, de sua condição étnica, de migrante, de refugiada ou de deslocada. Para tais fins também será considerada a mulher que é objeto de violência quando está grávida, quando é deficiente, menor de idade, anciã, ou quando se encontra em situação sócioeconômica desfavorável ou afetada por situações de conflitos armados ou de privação de liberdade.

CAPITULO IV MECANISMOS INTERAMERICANOS DE PROTEÇÃO

Artigo 10

A fim de proteger o direito de toda mulher a uma vida livre de violência, os Estados Partes deverão incluir nos relatórios nacionais à Comissão Interamericana de Mulheres informações sobre as medidas adotadas para prevenir e erradicar a violência contra a mulher, para prestar assistência à mulher afetada pela violência, bem como sobre as dificuldades que observarem na aplicação das mesmas e os fatores que contribuam para a violência contra a mulher.

Artigo 11

Os Estados Partes nesta Convenção e a Comissão Interamericana de Mulheres poderão solicitar à Corte Interamericana de Direitos Humanos parecer sobre a interpretação desta Convenção.

Artigo 12

Qualquer pessoa ou grupo de pessoas, ou qualquer entidade não-governamental juridicamente reconhecida em um

ratificação.

Artigo 20

Os Estados Partes que tenham duas ou mais unidades territoriais em que vigorem sistemas jurídicos diferentes relacionados com as questões de que trata esta Convenção poderão declarar, no momento de assiná-la, de ratificá-la ou de a ela aderir, que a Convenção se aplicará a todas as suas unidades territoriais ou somente a uma ou mais delas.

Tal declaração poderá ser modificada, em qualquer momento, mediante declarações ulteriores, que indicarão expressamente a unidade ou as unidades territoriais a que se aplicará esta Convenção. Essas declarações ulteriores serão transmitidas à Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos e entrarão em vigor trinta dias depois de recebidas.

Artigo 21

Esta Convenção entrará em vigor no trigésimo dia a partir da data em que for depositado o segundo instrumento de ratificação. Para cada Estado que ratificar a Convenção ou a ela aderir após haver sido depositado o segundo instrumento de ratificação, entrará em vigor no trigésimo dia a partir da data em que esse Estado houver depositado seu instrumento de ratificação ou adesão.

Artigo 22

O Secretário-Geral informará a todos os Estados membros da Organização dos Estados Americanos a entrada em vigor da Convenção.

Artigo 16

Esta Convenção está sujeita a ratificação. Os instrumentos de ratificação serão depositados na Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos.

Artigo 17

Esta Convenção fica aberta à adesão de qualquer outro Estado. Os instrumentos de adesão serão depositados na Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos.

Artigo 18

Os Estados poderão formular reservas a esta Convenção no momento de aprová-la, assiná-la, ratificá-la ou a ela aderir, desde que tais reservas:

- a) não sejam incompatíveis com o objetivo e propósito da Convenção;
- b) não sejam de caráter geral e se refiram especificamente a uma ou mais de suas disposições.

Artigo 19

Qualquer Estado Parte poderá apresentar à Assembléia Geral, por intermédio da Comissão Interamericana de Mulheres, propostas de emenda a esta Convenção.

As emendas entrarão em vigor para os Estados ratificantes das mesmas na data em que dois terços dos Estados Partes tenham depositado seus respectivos instrumentos de ratificação. Para os demais Estados Partes, entrarão em vigor na data em que depositarem seus respectivos instrumentos de

Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a
Violência contra a Mulher, *Convenção de Belém do Pará.*

EXPEDIDA na cidade de Belém do Pará, Brasil, no dia
nove de junho de mil novecentos e noventa e quatro.

Artigo 23

O Secretário-Geral da Organização dos Estados Americanos apresentará um relatório anual aos Estados membros da Organização sobre a situação desta Convenção, inclusive sobre as assinaturas e depósitos de instrumentos de ratificação, adesão e declaração, bem como sobre as reservas que os Estados Partes tiverem apresentado e, conforme o caso, um relatório sobre as mesmas.

Artigo 24

Esta Convenção vigorará por prazo indefinido, mas qualquer Estado Parte poderá denunciá-la mediante o depósito na Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos de instrumento que tenha essa finalidade. Um ano após a data do depósito do instrumento de denúncia, cessarão os efeitos da Convenção para o Estado denunciante, mas subsistirão para os demais Estados Partes.

Artigo 25

O instrumento original desta Convenção, cujos textos em português, espanhol, francês e inglês são igualmente autênticos, será depositado na Secretaria-Geral da Organização dos Estados Americanos, que enviará cópia autenticada de seu texto ao Secretariado das Nações Unidas para registro e publicação, de acordo com o artigo 102 da Carta das Nações Unidas.

EM FÉ DO QUE os plenipotenciários infra-assinados, devidamente autorizados por seus respectivos governos, assinam esta Convenção, que se denominará Convenção

es cognitivas e comportamentais. Fatores cognitivos: acesso às informações necessárias sobre HIV/AIDS, sexualidade e à rede de serviços, para a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Fatores comportamentais: 1) características pessoais (desenvolvimento emocional, percepção de risco e atitudes em relação a esse possível risco); e 2) habilidades pessoais, (como negociar práticas de sexo seguro, saber usar o preservativo).

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/AIDS na redução da vulnerabilidade pessoal e social. A vulnerabilidade programática é definida através dos três principais elementos de prevenção identificados pela OMS: 1) informação e educação; 2) serviços sociais e de saúde; 3) não discriminação das pessoas portadoras do HIV/AIDS.

A vulnerabilidade social - os fatores sociais têm uma forte influência tanto na vulnerabilidade pessoal quanto na programática. Reconhece-se aqui que grandes temas contextuais, como estrutura governamental, relações de gênero, atitudes em relação à sexualidade, crenças religiosas e pobreza, influenciam a capacidade de reduzir a vulnerabilidade pessoal ao HIV, tanto diretamente quanto mediada através dos programas. A vulnerabilidade social inclui tanto a vulnerabilidade à doença, quanto a vulnerabilidade ao impacto socioeconômico provocado pela AIDS. [SANCHES, 1999].

11. FURTADO, Celso. *Em busca de novo modelo, reflexões sobre a crise contemporânea.*
12. O fato de que a AIDS atinge mais pessoas pobres é reflexo de que ela se espalha generalizada-mente em regiões com alta proporção de população carente. *Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development.* Peter Piot, Robert Greener, Sarah Russell, out/2007-<http://www.unaids.org> (acesso em 26/10/2007)
13. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations.htm>
14. HALLMAN, Kelly. *Gendered socioeconomic conditions and HIV risk behaviors among young people in South Africa.* African Journal of AIDS Research, 2005, 4(1):37-50.
15. The Global Coalition on Woman and AIDS
http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2006/20060308_BN_GCWA_en.pdf
16. LYOTARD, Jean-François. *A Condição Pós-Moderna.* Editora José Olympio, Rio de Janeiro, 9ª ed., 2006.
17. Declaração e Plataforma de Ação de Beijing. IV Conferência Mundial sobre Mulheres, 15/09/ 1995.www.umn.edu
18. Por exemplo, 16% das mulheres no Camboja (Nelson and Zimmerman,1996) são fisicamente abusadas pelos parceiros; no West Bank e na Faixa de Gaza (Haj-Yahia 1998), 48% das mulheres com parceiros fixos haviam sofrido abuso sexual do parceiro nos últimos 12 meses.
19. OMS, 2006- O índice de abuso por parceiros está estimado entre 20 a 25% na União Européia, apesar de apenas uma fração minúscula dos casos ser levada à polícia. Nos EUA, em pesquisas nacionais dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, cerca de 25% das mulheres disseram ter sido atacadas fisicamente ou sexualmente pelo marido, parceiro ou namorado blog.controversia.com.br/2006/10/20/
20. Por exemplo: Watts C.,Ndlovu M.and Keogh,E.,1997:Women, Violence and HIV/AIDS in Zimbabwe
21. GARCIA-MORENO, C. Sexual Violence, IPPF Medical Bulletin, December 2003; Na Nova Zelândia 25% de 548 mulheres estudadas entre 20-22 anos (Dickson et al 1998) tiveram relações forçadas antes dos 13 anos; No Canadá (Randall & Haskell 1995), 17.8% que denunciaram estupro ou tentativa de estu-

NOTAS

1. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher <http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-61.htm>.
2. 01 de abril de 2008.
3. A violência pode ser classificada segundo atores ou vítimas envolvidas (juvenil, de gênero, infantil, contra pessoas idosas); o lugar onde se desenvolve (na rua, doméstica, no trabalho); pelo o âmbito a que se refira (público, privado); segundo as motivações (sociais, psicológicas, econômicas, políticas), e finalmente a auto-infligida. A OMS propõe classificação em três níveis: interpessoal, auto-infligida e coletiva, que agrupam as diversas expressões da violência.
4. www.womenwontwait.org
5. Para contribuir com a análise das entrevistas, convidamos Wilza Vieira Villela — UNIFRAN e ABRASCO — e Josineide Menezes, feministas com larga experiência no campo da violência contra as mulheres e AIDS.
6. Em 1996 havia um aporte mundial de menos de US\$ 300 milhões para enfrentar a AIDS, em 2007 o montante era de US\$ 10 bilhões. (www.unaids.org).
7. A formação hegemônica e hospitalocêntrica do profissional médico dificulta a interlocução da categoria com os demais atores envolvidos na prática em saúde, inclusive, pacientes. A base de sustentação dessa postura tem como apoio a identificação pela sociedade da capacidade curativa do médico, que no seu cotidiano teria o *poder* de decidir sobre a vida e a morte. Tal possibilidade repercute de forma a manter o 'status quo' da categoria, que tem uma tendência a exercer o saber de forma corporativa e isolada. Essa situação tende a ser mais forte em países pobres onde os pacientes têm menos acesso à educação e não se sentem sujeitos políticos com *direito a ter direitos*. www.saude.ba.gov.br/rbbsp/volume31/Suplemento_Vol31.pdf
8. UNDP, Human Development Reports, 2002/2001.
9. UNAIDS. AIDS epidemic update: special report on HIV/AIDS, dec/2006. Disponível em http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf (acesso em 31/10//2007). UNIFEM, Facts and Figures on HIV/AIDS: Global and regional statistics. jul/2004. Disponível em: http://www.unifem.org/gender_issues/hiv_aids/facts_figures.php#1 — acesso em 31/10/2007)
10. Para Mann e Tarantola (1996), a vulnerabilidade individual envolve as dimensõ-

46. Como as mulheres pesquisadas já estavam em atendimento pela Gestos, não formalizamos um comitê de pesquisa, mas seguimos as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa com seres humanos, tendo sido obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Carta de Cessão de Entrevista de cada uma das entrevistadas.
47. Villela, Wilza, Fernanda Lopes, Alessandra Nilo. Violência de gênero contra as mulheres com HIV/ Aids: aprimorando as respostas no Brasil. Saúde Coletiva [em linha] 2007, 4 (018):[acesso em: 01 de abril de 2008] Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84218405>> ISSN 1806-3365
48. Todas as 26 mulheres têm aparelhos coloridos de TV em suas residências, enquanto apenas duas afirmam ter geladeiras.
49. Idem ao 47.
50. Até então, a Gestos trabalhava com mulheres apenas com atendimento psicológico individual.
51. <http://eumat.vilabol.uol.com.br/tortura.htm>
52. <http://eumat.vilabol.uol.com.br/tortura.htm>
53. Realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e pelo Programa Nacional de DST e AIDS.
54. Fala de uma entrevistada pela Gestos em 2005 sobre a questão do aborto.
55. NEVES, Sofia e NOGUEIRA, Conceição. *A Psicologia feminista e a violência contra as mulheres na intimidade: a (re)construção dos espaços terapêuticos*. Psicologia e Sociedade, v.15 n2, Porto Alegre jul./dez., 2003, versão impressa.
56. http://www.agende.org.br/home/Cedaw_ContraInforme_13julho_se.pdf e Pesquisa: As Mulheres Brasileiras nos espaços públicos e privados (2001)-
57. Fundação Perseu Abramo
58. Declaração de Compromissos para combater a AIDS, firmada por 189 países nas Nações Unidas em 2001. <http://search.unaids.org/>
59. <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9DAFiEC6PTBRIE.htm>
60. www2.fpa.org.br
61. <http://www.mulheres.org.br/violencia/lenirapdf.pdf>
62. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher- <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaoobelem1994.pdf>
63. Com as mulheres do mundo: um pacto para erradicar o HIV/AIDS- withwomen-worldwide@iwhc.org
64. Women Won't Wait: End HIV and violence against women and girls. Now. <http://www.womenwontwait.org>.

- pro tinham menos que 16 anos; em Kingston, Jamaica (Walker et al 1994), 13% de 452 estudantes meninas entre 13-14 anos relataram tentativas de estupro e outras 4% relataram estupro consumado.
22. UNAIDS, 2001, Gender and AIDS Almanac, Geneva.
 23. L Heise, M Ellsberg, M Gottemoeller, 1999
 24. OMS, 1997 www.amnesty.org/ar/library/asset/ACT77/034/2004/pt/e5f123fa-a371-11dc-9d08-f145a8145d2b/act770342004pt.html - 48k - (acesso em 01/04/2008)
 25. Organização Mundial de Saúde, *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Genebra, out/2000. Disponível em <http://www.who.int/gender/violence/VAWhiv.pdf> (acesso em 31/10/02007).
 26. J.Mbwambo, Muhimbili College of Health Sciences. Individuals with history of childhood sexual assault initiate sexual behaviour earlier and engage in more risk behavior; Zierler, S.; Feingod, L. Laufer, D. et al. (1991) Adult Survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81: 572-575; Wingood, G.M.; DiClemente, R.J. (1997 b) Child Sexual Abuse, HIV Sexual Risk and Gender Relations of African-American Women. *American Journal of Mistreatment and Violence in an Urban Setting*. *Women and Health*, 25 (3):19-31.
 27. Há dados de que entre um e dois milhões de mulheres são traficadas por ano. Entretanto, sendo um comércio ilegal ainda é difícil precisar. <http://www.american.edu/TED/philippine-traffic.htm>
 28. Violence Against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda. www.genderaids.org/downloads/topics/VAW%20HIV%20report.pdf
 29. www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/
 30. www.iac2000.org
 31. PAHO Fact Sheet: Gender-Based Violence and HIV/AIDS; PAHO Electronic Bulletin: Violence against Women: <http://www.paho.org/English/AD/GE/VAW.htm>; PAHO HIV/AIDS Unit: <http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/aid-prog.htm> ;
 32. Mulheres, HIV/AIDS e direitos humanos, Anistia Internacional (24/11/2004) www.amnesty.org.
 33. www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-15-p.pdf
 34. <http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7124-03PortugueseSec5.pdf>
 35. No Haiti, por exemplo, a prevalência de soropositivos é de cerca de 5% da população; nas Bahamas, é 4%; na Guiana e República Dominicana, 3%. Seguem 1% em Barbados e Jamaica- <http://www.iadb.org/idbamerica/index.cfm?thisid=519> acesso em 30/10/2007
 36. <http://www.mwglobal.org/ipsbrasil.net/nota.php?idnews=3289>
 37. PAHO - pôr o documento referência
 38. *Violence Against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda*. www.genderaids.org
 39. Ethnicity and Health Unit, PAHO, Washington DC, June, 2005.
 40. Violence Against Women and HIV/AIDS :Setting the Research Agenda www.genderaids.org/downloads/topics/VAW%20HIV%20report.pdf
 41. Special Rapporteur of the Commission of Human Rights and Violence against Women 4/2004/66, paras 47 and 53.
 42. Declaração Política UNGASS (§ 7º), Junio/ 2006.
 43. Reporte especial de Naciones Unidas sobre VCM - 2006 www.ohchr.org/english/issues/women/rapporteur/
 44. www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2007/20070925_Resources_needs.asp - 28k -
 45. Boletim Epidemiológico da AIDS, divulgando pelo Ministério da Saúde (21/11/2007) de 1980 a junho de 2007, foram notificados 476.273 casos de Aids no Brasil.

Josineide da Silva Meneses

Mestre em Antropologia pela UFPE — Universidade Federal de Pernambuco —, professora da FIR — Faculdades Integradas do Recife.

Maria Durce Vieira Leite

Psicóloga. Acompanhou durante quatro anos o grupo psicoterapêutico de mulheres vivendo com AIDS na Gestos.

Patrícia Leitão

Psicóloga da Gestos e mestranda em psicologia clínica pela Universidade Católica de Pernambuco — UNICAP.

Wilza Vieira Villela

Médica, doutora em Medicina Preventiva, docente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde — UNIFRAM—, coordenadora do GT Gênero e Saúde da ABRASCO — Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

BIBLIOGRAFIA

Violência contra as mulheres e AIDS: quando as interfaces nos provocam

BERER, Marge. *Mulheres e HIV/AIDS*. Brasiliense: São Paulo, 1997.

GUIMARÃES, Carmem Dora. *AIDS no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?* Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

MERRY, Sally Engle. *Mulher, Violência e o Sistema de Direitos Humanos*. Rutgers, the State University: 2001. (Organização Marjorie Agosin).

O'LEARY, Sally; CHENEY, Barbara (org.). *A tripla ameaça: mulheres e AIDS: dossiê Panos*. Rio de Janeiro: ABIA; SOS Corpo, 1993.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS/ UERJ, 1996.

PINTO, Terezinha; TELLES, Izabel da Silva. *AIDS e Escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS*. Cortez: São Paulo, 2000.

GIORDANI, Anney Tojeiro. *Violência sexual e a vulnerabilidade às IST-AIDS em mulheres detentas*. Tese. (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto/ SP, 2003.

LOPES, Fernanda. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2003.

NELSON, E.; Zimmerman C. *Household survey on domestic violence in Cambodia*. [www.e-mujeres.gob.mx/work/resources/LocalContent/22948/1/ SecVIViodevarcontramujeres.pdf](http://www.e-mujeres.gob.mx/work/resources/LocalContent/22948/1/SecVIViodevarcontramujeres.pdf) -1996. Acesso em 20 de dezembro de 2007.

GARCÍA-MORENO, C.; WATTS, C. *Violence against women: its importance for HIV/AIDS*. AIDS, 14 (suppl.3):S253-S265. 2000.

MAMAN, S.; MBWAMBO, J.; HOGAN, M.; KILONZO, G.; SWEAT, M. *Women's Barriers to HIV Testing and Disclosure: Challenges for Voluntary Counseling and Testing Programs*. Forthcoming AIDS Care. www.emro.who.int/aiecf/who_fch_gwh_01_08_en.pdf - Acesso em 20 de dezembro de 2007.

AQUINO, Estela M. L. *Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 15 de janeiro de 2007.

COOK, Rebeca J. *State Responsibility for Violation of Women's Human Rights*. Harvard Human Rights Journal 7, 1994. <http://www.unfpa.org/swp/1997/notes.htm>

DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. *A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?* Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 3 de janeiro de 2007.

DREZETT, Jefferson et al. *Estudo da Adesão à Quimioprofilaxia anti-retroviral para a infecção por HIV em mulheres sexualmente vitimadas*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>?. Acesso em 13 de dezembro de 2006.

FAGUNDES, Aníbal et al. *Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acessado em 13 de dezembro de 2006.

FURTADO, Celso. *Em busca de novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea*. Paz e Terra, 2002.

NASCIMENTO, Ana Maria Guedes do; BARBOSA, Constança Simões; MEDRADO, Benedito. *Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS*. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. Recife, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 11 de janeiro de 2007.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki; BEDONE, Aloísio José; FAUNDES, Aníbal. *Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 15 de dezembro de 2006.

PAIVA, Vera et al. *Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 12 de janeiro de 2007.

PORTO, Madge; MCCALLUM, Cecília; SCOTT, Russell Parry et al. *A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 12 de dezembro de 2006.

RAMOS, Sílvia. *O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental*. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 9 de janeiro de 2007.

STRAZZA, Leila et al. *Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 12 de janeiro de 2007.

RUZANY, M. H.; TAQUETTE, S. R.; OLIVEIRA, R. G.; MEIRELLES, Z.
SANCHES, Kátia Regina de Barros. *A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade*. (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. 143 p.
<http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?>

TAQUETTE, Stella R. et al. *Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?>
Acessado em 13 de dezembro de 2006.

Construção de Conhecimento: uma experiência de pesquisa-ação

SALDANHA, Ana Alayde Werba. *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo. 2003.

VILELLA, Wilza; LOPES, Fernanda; NILO, Alessandra. *Violência de gênero contra as mulheres e HIV/AIDS: aprimorando as respostas no Brasil*. Revista de Saúde Coletiva, Edição Temática AIDS, dezembro 2007.

LYOTARD, Jean- François. *A condição pós-moderna*. José Olympio, 9ª ed., 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2007.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 11ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

Vulnerabilidade, AIDS e Violência contra a Mulher

BARBOSA, Lára de Melo & SAWER, Diana Oya. *AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões nordeste e sudeste do Brasil*. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. Campinas, v. 20, n.2, p.241-257. jul/dez. 2003.

PARKER, Richard & CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*. Caderno de Saúde Pública. v. 6, supl. 1. Rio de Janeiro, 2000.

Soropositividade e Violência de Gênero: o acompanhamento psicológico na Gestos

ARENDRT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1ª Edição, 2004.

CHAUÍ, M. *Participando do debate sobre mulher e violência. Perspectiva antropológica da mulher*. v 4. 1985.

COUTO, Sonia. *Violência doméstica: uma nova intervenção terapêutica*. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC/FCH, 2005.

FERNANDES, Waldemar José. In: *Grupos e Configurações Vinculares*. Porto Alegre, 2003.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação - 1500-1900*. São Paulo: Escuta/EDUC, 1992.

MULHER VIOLÊNCIA & AIDS

MARTINS, Rosilda Baron. *Metodologia científica: como tornar mais agradável a elaboração de trabalhos acadêmicos*. Curitiba: Juruá, 2006.

REY, Fernando González. *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: THOMSON, 2007.

SAFFIOTI, Heleieth I. B.; ALMEIDA, Suely Souza de. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Editora REVINTER, 1995.

SVARTMAN, Betty. In: *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre, 2003.

VELÁZQUEZ, Susana. *Violências cotidianas, violência de gênero: escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

YALOM, Irvin D. *Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

A AIDS nos abrigos para a mulher vítima da violência: uma interface a construir

BLAY, Eva Alterman. *Violência contra a mulher e políticas públicas*. Estudos avançados. 17(49)2003.

GIFFIN, Karen. *Violência de gênero, sexualidade e saúde*. Caderno de Saúde de Pública. vol. 10. Suplemento 1. Rio de Janeiro, 1994.

HEISE, L. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Relatório Preparado para o Banco Mundial. (Mimeo.) (Manuscrito publicado sob o mesmo título, na série World Bank Discussion Papers 255, Washington, D.C.: World Bank, 1994)

SCHRAIBER, L. B. ; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. *Violence against women: interfaces with Health care*. Interface, Comunicação, Saúde, Educação, v. 3, n. 5, 1999.

Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995.

IBOPE/ Patrícia Galvão. *Percepções e Reações da Sociedade sobre a Violência Contra a Mulher*. São Paulo 2006.

Mulher, Violência e AIDS: explorando interfaces

BERER, Marge. *Mulheres e HIV/AIDS*. São Paulo: Brasiliense, 1997.

PARKER, Richard. *Beneath the Equator*. New York: Routledge, 1999.

ZIERLER, S. ; KRIEGER, N. *Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection*. Annual Rev. Public Health, vol 18, 1997: 401-36.

LOPES, Fernanda. *Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde*. Cadernos de Saúde Pública, vol. 21, 2005.

GARCIA-MORENO, C. ; WATTS, C. *Violence against women: its importance for HIV/AIDS*. AIDS 14: S253 - S265 suppl. 3 2000.

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *Program on International Health And Human Rights. HIV and Gender Violence Literature Review*. Disponível em www.hsph.harvard.edu/pihhr

VILLELA, W. ; SANEMATSU, M. *Dossiê mulheres com HIV/AIDS: elementos para construção e qualidade de vida*. Instituto Patrícia Galvão, São Paulo, 2004.

VILLELA, W. ; DORETO, D. *Sobre a experiência sexual dos jovens*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 11, 2006.

BRANDÃO, Elaine Reis. *Juventude, Sexualidade e Gênero: mudanças e permanências*. In: TAQUETE, S. (org.). *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência dói e não é direito: violência contra mulher, saúde e direitos humanos*. São Paulo, UNESP, 2005.

CAMARNADO JR. ; VILLELA, W. *As faces da violência: da conceitualização polissêmica à sua emergência no campo da saúde*. In: *Anais do IV Encontro Luso-brasileiro de Bioética*. São Paulo, 2006.

As respostas possíveis: superando os desafios da interface

BERER, Marge. *Mulheres e HIV/AIDS*. São Paulo: Brasiliense, 1997.

PARKER, Richard. *Beneath the Equator*. New York: Routledge, New York, 1999.

ZIERLER S. ; KRIEGER, N. *Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection*. *Annual Rev. Public Health*, vol 18, 1997: 401-36.

LOPES, Fernanda. *Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde*. Cadernos de Saúde Pública, vol. 21, 2005.

GARCIA-MORENO ; WATTS, C. *Violence against women: its importance for HIV/AIDS*. *AIDS* 14: S253 - S265 suppl. 3 2000.

Harvard School of Public Health. *Program on International Health and Human Rights. HIV and Gender Violence Literature Review*. Disponível em www.hsph.harvard.edu/pihhr.

VILLELA, W. e SANEMATSU, M. *Dossiê Mulheres com HIV/Aids: elementos para construção e qualidade de vida*. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2004.

VILLELA, W. e DORETO, D. *Sobre a experiência sexual dos jovens*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 11, 2006.

BRANDÃO, Elaine Reis. *Juventude, Sexualidade e Gênero: mudanças e permanências*. In: Taquete, S. (org.). *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência dói e não é direito: violência contra mulheres, saúde e direitos humanos*. São Paulo: UNESP, 2005.

CAMARNADO JR. ; VILLELA, W. *As faces da violência: da conceitualização polissêmica à sua emergência no campo da saúde*. In: *Anais do IV Encontro Luso-brasileiro de Bioética*. São Paulo, 2006.

ESTE LIVRO FOI COMPOSTO POR CLAUDIO FERNANDES NO ESTÚDIO LAMPARINA, RECIFE, EM ABRIL-MAIO DE 2008, COM MRS. EAVES DE ZUZANA LICKO E MYRIAD MM DE CAROL TWOMBLY E ROBERT SLIMBACH. IMPRESSO PELA GRÁFICA DOM BOSCO EM PAPEL PÓLEN SOFT 80G.

A perspectiva de que as iniquidades de gênero conformam parte essencial da base de uma pirâmide de vulnerabilidade ao HIV/AIDS que as mulheres enfrentam coloca em foco uma outra grande epidemia que atinge as mulheres, esta muito mais antiga e perversa, justamente porque é aceita socialmente em maior ou menor grau, a depender do espaço geopolítico e cultural no qual se localiza: a violência de gênero.

A idéia de que muitas questões permanecem em aberto, principalmente quando se trata de evidenciar a inter-relação entre AIDS e violência de gênero tem estimulado a Gestos a pensar mais profundamente sobre os lugares onde essas duas áreas se cruzam, além de discutir sobre as lacunas e desafios relacionados ao tema com o qual temos lidado cotidianamente desde 1993, quando iniciamos o atendimento psicossocial às mulheres soropositivas.

Esta publicação representa, portanto, a sistematização de nossas experiências, percepções e, principalmente, da crença de que nenhuma resposta ao HIV pode ser bem-sucedida sem uma abordagem coletiva e integral — gênero, direitos sexuais e reprodutivos, classe, raça (cor) e etnia. Esperamos que ela gere reflexões, questionamentos e a compreensão de que, sem acabar com todas as forma de violência contra as mulheres e meninas, vai ser impossível superar a AIDS.

REALIZAÇÃO



Women WON'T wait
End HIV & Violence Against Women. **NOW.**

Mulheres NÃO esperam mais
Acabemos com a AIDS e a Violência. **JÁ.**

PARCERIAS



Fundo de População
das Nações Unidas

