

Mulheres e o HIV/AIDS: Intersecções Entre Gênero, Feminismo, Psicologia e Saúde Pública

Mujeres y el VIH/Sida: Intersecciones Entre Género, Feminismo, Psicología y Salud Pública

Women and HIV/AIDS: Intersections Between Gender, Feminism, Psychology and Public Health

BRUNA KRIMBERG VON MUHLEN

MARÍLIA SALDANHA

MARLENE NEVES STREY

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Resumo

Neste ensaio contextualizamos o panorama em que se encontram as mulheres e o HIV. Encadeamos nossas reflexões sobre o empoderamento das mulheres com a teoria de Krista Burlae e a psicologia feminista. Estabelecemos relações entre a hierarquia de gênero e a manutenção da vulnerabilidade feminina presentes nas configurações conjugais heterossexuais e seus efeitos na saúde sexual das mulheres. Enfatizamos o empoderamento das mulheres como um fator de prevenção a ser considerado. Propomos partir dos dados estatísticos relativos à epidemia do HIV/AIDS para centrar atenção na saúde global das mulheres e articular vida privada e saúde pública. Diante das reflexões realizadas entendemos ser necessário transformar o trinômio mulheres/saúde sexual /saúde pública.

Palavras chave: psicologia feminista, mulheres, HIV, empoderamento, gênero.

Resumen

En este ensayo contextualizamos el panorama en que se encuentran las mujeres y el VIH. Relacionamos nuestras reflexiones acerca del empoderamiento de las mujeres con la teoría de Krista Burlae y la psicología feminista. Establecemos relaciones entre la jerarquía de género y el mantenimiento de la vulnerabilidad femenina presentes en las configuraciones de parejas heterossexuales y sus efectos en la salud de las mujeres. Hacemos énfasis en el empoderamiento de las mujeres como un factor de prevención a tenerse en cuenta. Proponemos partir de los datos estadísticos relativos a la epidemia del VIH/sida para centrar la atención en la salud global de las mujeres y articular la vida privada y la salud pública. Ante las reflexiones realizadas, entendemos la necesidad de transformar el trinomio mujeres/salud sexual/salud pública.

Palabras clave: psicología feminista, mujeres, VIH, empoderamiento, género.

Abstract

In this essay is established the framework panorama for the women and the HIV. We jointed our reflections, on the women's empowerment with the Krista Burlae theory and the feminist psychology. Also we establish relationships between the gender hierarchy and the maintenance of female vulnerability present in heterosexual marital relationships and its effects on women's sexual health. We emphasize the empowerment of women as a preventive factor to be considered. Using the statistics relating to the HIV / AIDS epidemic as starting point, in order to focus the attention on the overall health of women and articulate their private life, with the public health. Given the considerations made, we believe is necessary to transform the triad: women / sexual health / public health.

Keywords: feminist psychology, women, HIV, empowerment, gender.

Como citar o artigo: von Muhlen, B. K., Saldanha, M., & Strey, M. N. (2014). Mulheres e o HIV/AIDS: intersecções entre gênero, feminismo, psicologia e saúde pública. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 285-296. doi: 10.15446/rcp.v23n2.29790.

A correspondência relacionada com este artigo deve estar dirigida a Bruna Krimberg von Muhlen, e-mail: brunakm.psic@gmail.com. Av. Cel. Lucas de Oliveira 2824, 306, bairro Petrópolis, Porto Alegre, RS, Brasil.

ARTIGO DE REFLEXÃO

RECEBIDO: 15 DE MAIO DE 2012 - ACEITO: 9 DE JUNHO DE 2014

ESTE ENSAIO é uma continuidade de trabalhos apresentados e publicados em anais de congressos sobre o tema do HIV pelas autoras (von Mühlen, Saldanha, Dewes, & Strey, 2011). Além disso, a experiência no voluntariado de profissionais de saúde mental no Banco de Horas do IDAC (Instituto de Ação Cultural), que proporciona psicoterapia gratuita, por tempo indeterminado, às pessoas com HIV/AIDS, seus familiares e companheiros(as), favoreceu o interesse neste tema, bem como a experiência no grupo de Pesquisa Psicologia da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), onde eram realizadas pesquisas sobre o HIV.

Nosso ensaio está dividido em três partes: na primeira parte, contextualizamos o panorama mundial, brasileiro e do município de Porto Alegre em que se encontram as mulheres e o HIV; em seguida, apresentamos o método que utilizamos para a concepção desta revisão teórica; na segunda parte, encadeamos nossas reflexões sobre o empoderamento das mulheres com a teoria de Krista Burlae (2004) e o papel da psicologia feminista para lidar com a situação de vulnerabilidade em que se encontram, em especial, as mulheres de classes desfavorecidas, no que tange a aspectos da sexualidade e saúde. Procuramos estabelecer relações entre a hierarquia de gênero com a manutenção da vulnerabilidade feminina presentes nas configurações conjugais heterossexuais. Por fim, enfatizamos a questão do empoderamento das mulheres como um fator de prevenção a ser considerado.

A relevância desta reflexão se dá em vista de alertar que as mulheres constituem o grupo de soropositivos que vem crescendo de forma mais rápida, e com muita frequência são diagnosticadas tardiamente, sendo a AIDS a terceira principal causa mundial de morte em mulheres entre 25 e 44 anos (Holstad, Dilorio, & Magowe, 2006; Santos et al., 2009). Segundo o relatório da ONU de 2009, as taxas de infecção por HIV no mundo só aumentam —aproximadamente

36 milhões de casos até então, sendo 15.7 milhões mulheres (UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008). Causado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou, em inglês, AIDS) é uma doença, até agora sem cura definitiva, que reduz a eficácia do sistema imunológico humano e deixa as pessoas suscetíveis a infecções oportunistas (Ministério da Saúde no Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde no Brasil, Programa Nacional de DST e AIDS, 2009). Portanto, essa síndrome representa um problema de saúde pública para os governantes e para a população em geral (UNAIDS, 2008). Apesar de a AIDS ter chegado a uma estabilidade quanto ao número de novos casos no Brasil, as estatísticas demonstram que esse equilíbrio está em patamares muito elevados, sendo um total de 506 mil casos de 1980 —ano do considerado primeiro caso— até junho de 2008, com cerca de 10 mil mortes por ano. Já foram relatadas no Sistema de Informação de Mortalidade 205 mil mortes por AIDS no Brasil, 54 mil do sexo feminino (Ministério da Saúde no Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde no Brasil, Programa Nacional de DST e AIDS, 2009).

Várias drogas foram desenvolvidas e administradas em portadores de HIV o que tornou a AIDS uma doença crônica tratável (Holstad et al., 2006). Para evitar que mulheres soropositivas para HIV venham a desenvolver a AIDS e diminuir o impacto para as que já desenvolveram, faz-se necessário o uso correto de medicamentos antirretrovirais com adesão próxima da perfeição —cerca de 95% (Ammassari et al., 2002)—, o que possibilita um sucesso virológico, isto é, uma carga viral indetectável, em mais de 80% dos casos, e mantém a supressão da replicação viral e a diminuição das taxas de falência terapêutica (Paterson et al., 2000). Se não houver uma adesão próxima a 95%, pode haver um efeito rebote da medicação (Ministério da Saúde no Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde no Brasil, Programa Nacional de DST e AIDS,

2009) e, assim, diminuir a eficácia do tratamento, isso promoveria a resistência viral e aumentaria o potencial de transmissão sexual e vertical (Holstad et al., 2006).

Muitas pesquisas estudam formas de adesão ao tratamento antirretroviral para que pessoas que contraíram o HIV não desenvolvam AIDS (Silva et al., 2009; Tancredi, 2010; UNAIDS, 2009). Nosso questionamento emerge do contato com estatísticas que indicam que, atualmente, a transmissão do HIV através de sexo entre heterossexuais é a principal via de contaminação dessa doença no Brasil e a que mais tem contribuído para feminização da epidemia, através do contágio de mulheres por seus próprios parceiros (Galvão, Cerqueira, & Machado, 2004; Giacomozzi & Camargo, 2004; Ministério da Saúde no Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde no Brasil, Programa Nacional de DST e AIDS, 2009). No início da pandemia, a principal via de comunicação era por sexo entre homens, além de usuários de injetáveis e pessoas que recebiam transfusão de sangue e hemoderivados. No entanto, desde o início dos anos de 1990, mulheres em idade fértil representam o grupo que mais rápido tem apresentado novas infecções pelo HIV (Kornfield, 2010), o que demonstra a existência de aspectos nas relações entre homens e mulheres que contribuem para a manutenção dessa dinâmica.

Assim, neste ensaio é feita referência à categoria gênero quando se fala em relações de gênero, papéis de gênero e hierarquias de gênero. Embora não haja intenção de aprofundar nos diversos significados e reformulações que tal categoria vem assumindo ao longo das décadas, cabe situar os/as leitores/as sobre uso dela aqui. Assim, a contribuição da autora a seguir pode auxiliar no sentido de fornecer uma parcela na qual este trabalho se ancora:

Li haver pertencimentos de gênero, conflitos de gênero, consciências de gênero, discriminações de gênero, uma hierarquia de gênero, desigualdades de gênero, práticas de gênero, privilégios

de gênero, relações de gênero, representações de gênero, papéis de gênero, sentimentos de pertencimento ao gênero. (Louis, 2006, p. 714)

Do mesmo modo, neste trabalho, em alguns momentos, é apresentado o gênero como uma condição, uma perspectiva, uma problemática, um revelador e um papel. Ele é articulado com violência sexual, saúde e relações sociais. Por meio desta análise, pretende-se visibilizar as tramas das relações desiguais de poder entre mulheres e homens e os efeitos na saúde sexual das mulheres.

Mulheres e o HIV

As mulheres têm apresentado índices crescentes de infecção pelo HIV e de maneira rápida. Em mulheres, o HIV apresenta índices de infecção até 40% superiores aos verificados em homens (Wendt, 2009). A vulnerabilidade das mulheres em relação aos homens foi evidenciada em pesquisa de Joffe e Bettega (2003, citado por Moral, 2010), que, ao estudar a representação social da AIDS entre adolescentes do Zâmbia, constataram que adolescentes e adultos do sexo masculino devem se responsabilizar, já que as mulheres são a população que mais contrai o vírus. Aproximadamente 43% das mulheres infectadas estão em fase reprodutiva em todo o mundo, o que define o risco de crescimento da transmissão vertical do HIV (Santos, Fonseca, Canti, Cardoso, & Peixoto, 2000). Além disso, de 1998 até 2004, houve um aumento do número de óbitos para mulheres de 13.11% no Brasil (Wendt, 2009).

Importante contextualizar as mulheres sob a categoria de gênero, que primeiramente foi utilizada para analisar as diferenças entre os sexos e, em seguida, foi desdobrada à questão das diferenças dentro da diferença. A política de identidade na década de 1980 trouxe à tona argumentações que desafiaram o significado único da categoria “mulheres”, isto é, não se pode falar em uma única categoria de mulher, pois há

mulheres de diferentes etnias, religiões, classes sociais, orientação sexual, entre muitas outras (Scott, 1992). Assim, o conceito de gênero deve ser entendido como uma construção social, histórica e cultural, elaborado sobre as diferenças sexuais e sobre as relações que são socialmente construídas. Nesse sentido, a sociedade constrói concepções e funções diferentes para mulheres e homens. Portanto, os estudos de gênero permitem refletir como valores culturais, morais e éticos influenciam a vida das diversas mulheres (Colling, 2004). Neste caso, neste ensaio, pudemos analisar mulheres e HIV sob a categoria de gênero.

Segundo estudo de Kornfield (2010), mulheres são 20 vezes mais vulneráveis do que homens de serem infectadas através de relações sexuais com o vírus do HIV, provavelmente devido à exposição prolongada da vagina, da cérvice e do útero ao líquido seminal. As autoras ainda observam que mulheres de baixa renda têm maior risco de infecção pelo HIV e de ter uma gravidez indesejada. Contudo, o risco de contrair o HIV também está relacionado a fatores como a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, as desigualdades de gênero, as práticas culturais, a falta de informação e de serviços, e talvez à desinformação, já que muitas mulheres não se consideram em risco (Silva & Vargens, 2009; UNAIDS, 2008). Apesar da crescente incorporação da dimensão das relações de gênero e do respeito à diversidade nas opções sexuais em ações de prevenção, o gênero ainda é pensado no singular, no feminino, como sinônimo de opressão feminina; e não se aprofunda nas ações de prevenção (Paiva, 2002); dessa forma, crenças sociais a respeito de comportamentos femininos dificultam a prevenção e fazem refletir sobre estratégias preventivas (Carvalho & Piccinini, 2008). De acordo com dados do Plano Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres (Fogaça, Fortunatti, Kravczyk, Maranhão, & Magalhães, 2010), as mulheres representam 51.2% da população brasileira, destas 46% são pretas e pardas. Historicamente as

afrodescendentes ocupam a base da pirâmide racial e, desse grupo, 69% vivem em situação de pobreza, o que as coloca numa situação de risco maior para o adoecimento e a morte. De forma similar, temos a população de mulheres indígenas que em Porto Alegre se constituem em 50% de um total de 557 índios e cuja saúde ainda não recebe atenção adequada (Martins, 2011). Apesar dos escassos trabalhos sobre a temática saúde e homossexualidade feminina e o consequente desconhecimento das demandas dessa população, sabemos que as mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam, conforme demonstram as pesquisas (Barbosa & Facchini, 2009; Pinto, 2004), constrangimento durante o atendimento ginecológico (aliado à persistência de pré-noções e preconceitos) e assistência inadequada, o que provavelmente acarreta um grande contingente de mulheres com problemas de saúde não diagnosticados e não tratados. Também não formam um grupo homogêneo, portanto não podemos falar em risco alto ou baixo para DST/HIV, mas sim que têm comportamentos de riscos (Barbosa & Koyama, 2006).

Muitas mulheres soropositivas usam preservativo para evitar gravidez e não para se proteger da reinfecção e/ou impedir a transmissão do HIV. Ao engravidar, interrompem o uso de preservativos, uma vez que a motivação do seu uso já não tem razão de ser. Casais soropositivos também devem fazer uso do preservativo para evitar uma reinfecção com um vírus diferente e até mesmo mais resistente que o seu (Kornfield, 2010).

Muitas mulheres não têm podido ou não têm conseguido dialogar com o parceiro sobre o uso do preservativo. Não o fazem devido a tabus relacionados à sexualidade, relações amorosas que não primam pela igualdade, respeito, fantasias de fidelidade permanente, dependência financeira e afetiva, temor da perda do amor se demonstrar dúvidas a respeito da fidelidade do parceiro. A autora, que foi presidenta do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, declarou

que há duas epidemias relacionadas com a vulnerabilidade das mulheres: a AIDS e a doença mental decorrente da violência crescente a que se veem expostas. Aborda a dificuldade das mulheres em negociar sua proteção quando se fala em contracepção e violência de gênero. Expõe que há mecanismos de opressão sobre as mulheres que acarretam dificuldades para que expressem medo de contaminação do HIV. Há falhas em negociar a contracepção desde a adolescência.

Em pesquisa de Sousa-Mata, Araújo-Lemos, Lira-Ferreira, Pereira-Braga e Chaves-Maia (2009), sobre a repetição de gravidez na adolescência, mostra que 54% das mulheres estudadas não fizeram uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual, pois há desinformação quanto ao uso adequado de contraceptivos e há deficiência de programas de assistência e políticas públicas de educação sexual e reprodutiva.

Em contrapartida, uma das causas da exposição do homem às doenças sexualmente transmissíveis diz respeito à necessidade de se autoafirmar, cuja expressão maior é a promiscuidade (Torres, Beserra, & Barroso, 2007). Esses aspectos estão estreitamente correlacionados aos papéis de gênero tradicionais regidos por padrões heterossexistas assimétricos. Além da submissão, dependência afetiva e credulidade, os tabus e preconceitos também são fatores de vulnerabilidade feminina; estereótipos de perfis e condutas desviantes levam ao afrouxamento da preocupação com o autocuidado (Silva & Vargens, 2009). A não adesão ao preservativo denota, em muitos casos, negligência e subestimação dos riscos, em que a razão perde para a emoção. Podemos dizer que a emancipação feminina não está ainda bem consolidada e isso é possível de ser percebido pelas variações dos graus de empoderamento que a sustentam. O questionamento da lógica binária, responsável pela hierarquização, classificação, dominação e exclusão das mulheres, é condição prioritária nesse processo (Grimberg, 2009). Por outro lado, embora questões de índole patriarcal ainda permeiem as relações sociais

contemporâneas, muitas mulheres já conseguem seguir seus desejos e sentimentos sem levar em consideração as crenças e legados transmitidos pelas gerações (Colling, 2004; Scott, 2002).

Reflexões Sobre o Termo Empoderamento

Diante do uso polissêmico e indiscriminado do conceito de empoderamento, começamos esclarecendo que não se trata de utilizar aqui o termo no sentido de “dar poder às mulheres”. A perspectiva adotada é a emancipatória, cuja conotação política teve seu início nos anos de 1970 e emergiu dos principais movimentos feministas (Horochovski & Meirelles, 2007). A ideia embutida nessa perspectiva é a de aprofundamento da democracia do ponto de vista individual e comunitário, em que as pessoas são protagonistas de suas vidas e projetos. Acrescentamos aqui a ideia também de relações conjugais regidas por ideologias igualitárias, ou seja, mais democráticas (Saldanha, 2010).

Quando as mulheres reconhecem que podem desenvolver um senso de si capaz de se autodefender, conquistar, avançar e superar não somente as adversidades, mas também obstáculos humanos comuns, elas iniciam um processo de empoderamento. No caso de mulheres que se encontram destituídas de diversos recursos, não basta receberem o poder por doação ou transferência por benevolência, pois dessa forma as mulheres continuariam no lugar de objetos passivos. Esse poder a que fazemos referência não é uma dádiva, muito menos uma concessão. A afirmação de Horochovski e Meirelles (2007, p. 94) nos dá essa dimensão: “mesmo que os projetos de empoderamento sejam inicialmente elaborados por atores externos, dadas as dificuldades para ação espontânea dos sujeitos desmobilizados, a responsabilidade maior cabe aos sujeitos por eles atingidos, que nesse sentido, podem participar de sua elaboração”.

Ocorrerá empoderamento intrapesoal quando as mulheres com graus baixos de

empoderamento, autonomia e emancipação se sentirem competentes em determinadas situações, reconhecerem a relevância de suas participações, e se perceberem com mais liberdade de expressão e atuação do que constrangimentos e limitações. É o ato de se apossar desses recursos internos que favorece que se tornem sujeitos ativos do processo de suas existências, seja este o exercício de uma conjugalidade igualitária, a busca por um lugar no mercado de trabalho, o tratamento de uma doença, ou a prevenção desta, a denúncia por maus tratos, a administração da sua sexualidade, só para citar algumas situações. Não basta, no entanto, que isso fique somente no plano individual, pois o se empoderar é também relacional e depende das interações com o ambiente em que as mulheres estão circunscritas.

Outra noção de empoderamento que nos dá a dimensão desse processo é a freiriana, que ressignifica o termo como sendo a conquista da liberdade pelas pessoas que têm estado subordinadas a uma posição de dependência econômica ou física ou qualquer outra natureza (Valoura, 2010). Isto é, a metodologia feminista tem influência da educação popular desenvolvida por Paulo Freire, que foca a perspectiva de fazer e aprender, com a inspiração central de emancipação das mulheres. A metodologia feminista tem como condição a consciência dos efeitos de gênero nas relações sociais, ao reconhecer o conflito e a existência de estruturas desiguais de poder, além de trabalhar com as dimensões constitutivas das relações de gênero, que são a simbólica, a normativa, a institucional e a subjetiva, bem como com a perspectiva do empoderamento das mulheres (Pinto, 2011).

Freire convoca em toda sua obra a problematizar a educação e propõe uma recusa à domesticação dos seres humanos. Passa a pensar na educação a partir de uma prática da liberdade —educar e educar-se— reconhece e valoriza o fato de que é uma tarefa daqueles que sabem que pouco sabem. O autor também convida a

conhecer melhor o que já se conhece, ou seja, posiciona-se contrário às naturalizações do que está posto. Dessa forma, ele aponta para o que chama de caráter revolucionário do estudo. Segundo ele, é preciso saber a natureza das relações sociais de igualdade e de colaboração entre todos (Freire, 1985, 1989). Estes são alguns dos muitos aspectos que entram em consonância com o feminismo e as práticas emancipatórias que a psicologia abraça no enfrentamento das desigualdades de gênero. A violência e a carência de poder são faces da opressão a que as mulheres aqui mencionadas estão submetidas. A feminização e a negritude da pobreza não podem deixar de ser lembradas, pois se constituem num ponto estratégico para se alcançar a igualdade levando em conta as diferenças conforme Philips (2009) argumenta. A autora enfatiza que não observar se uma pessoa é homem ou mulher, se é branca ou negra, acaba por reforçar a dominância dos grupos já dominantes. Além de que mulheres negras podem ser mais vulneráveis que brancas, visto que as mulheres negras sofrem mais abusos em suas relações conjugais que as brancas (Costa, Sierra, Bermúdez, & Buela-Casal, 2009; Lopes, Buchalla, Carvalho, & Ayres, 2007).

Teoria do Espaço Consciente

Krista Burlae (2004), autora da teoria do espaço consciente, afirma que a violência é o sentido de ficar preso a um espaço por barreiras do sexismo, do racismo, da pobreza, do medo, das normas culturais, ou mesmo por obstruções físicas. E também a barreiras ligadas à orientação sexual, caso das mulheres lésbicas (Piason, Palma, Mühlen, & Strey, 2012). As mulheres pobres e das minorias lidam com múltiplos níveis de violência e poucos recursos para se proteger do que a autora chama de encarceramentos figurados. Sem um senso de si bem consolidado, por conta de sucessivas invasões do seu espaço cognitivo, emocional e físico ao longo de sua formação, essas mulheres experimentam também

restrições para expressar a mobilidade necessária para desenvolver estratégias de autodefesa e escapar desse “destino”. E situações de barreiras na vida de uma mulher podem ser inúmeras e perdurar por toda sua vida (Dewes, von Mühlen, & Strey, 2011).

Esses encarceramentos tornam seus corpos cativos de relacionamentos “tóxicos” com os homens em que a violência mesclada ao amor confunde, desestabiliza e impera. Esses relacionamentos se referem a todos os homens com quem essas mulheres têm algum tipo de contato, seja na família (namorados, noivos, maridos, relações amorosas eventuais, assim como irmãos, padrastos, membros da rede de parentesco, amigos, vizinhos, e/ou conhecidos); fora da esfera familiar há os chefes, colegas de trabalho e/ou meros desconhecidos que também podem se constituir em fonte de violência concreta ou simbólica das mais diversas (Alemany, 2009). O sistema patriarcal que ainda sobrevive na contemporaneidade em formas sutis de influência, impõe-se mais fortemente em classes sociais desfavorecidas e respaldam, assim, o autoritarismo masculino em detrimento de relacionamentos igualitários.

Não pretendemos aqui descrever a figura masculina como sendo a de um algoz, até porque os homens se apresentam com uma multiplicidade de comportamentos. Assim como as mulheres, eles também são vítimas desse sistema que os torna opressores (Freire, 1987). Nosso foco são as mulheres destituídas do empoderamento que não foi devidamente construído e internalizado na infância nem sustentado e estimulado pela família e pelo entorno social e cultural. A violência doméstica é muitas vezes banalizada ou aceita como “normal”, fato este que deixa as mulheres sem um parâmetro mais fidedigno para reconhecer com clareza a dimensão das situações limite. O efeito disso é que, segundo Burlae (2004), muitas mulheres só percebem que sofreram violência quando os efeitos danosos aparecem e que, dentro do que estamos

discutindo aqui, pode ser a contaminação, a transmissão e/ou a reinfeção pelo HIV.

A autora chama atenção para a urgência em se identificar deixas que levam à violência para poder evitá-la. As mulheres são donas de seus corpos, como há muito ressaltam as feministas em slogans, tais como “nosso corpo nos pertence”, mas a desinformação associada a formações familiares destruturantes e ao patriarcado ainda presente não contribuem para que as mulheres construam a consciência da inviolabilidade de seus corpos assim como da propriedade que têm (ou que deveriam ter) sobre ele. Essa fragilidade na educação abre espaço para um corpo sem fronteiras que fica vulnerável a estupros, propriamente ditos, assim como às violações dos espaços cognitivos, físicos e emocionais que ficam bem evidentes no caso da infecção pelo HIV. É crucial que mulheres desenvolvam a capacidade de identificar “vozes de alerta” para prevenir violências, seja do seu espaço corporal, pessoal e/ou cognitivo. Mas como elas poderão reverter o quadro em que se encontram? A equação desse problema antigo cabe às mulheres somente?

Psicologia Feminista

A situação é de grande complexidade e não há respostas únicas, nem categóricas. Narvaz e Koller (2007) chamam a atenção para o papel comprometido das terapias feministas com a mudança social e com o empoderamento das mulheres. As autoras afirmam que essas terapias orientam as mulheres na busca dos recursos comunitários e legais disponíveis acerca dos seus direitos e reconhecem que suas subjetividades ainda são marcadas por diversas formas de discriminação e violência, como o estigma da AIDS (Carvalho & Galvão, 2008). A psicologia feminista, ao assumir que o conhecimento é socialmente construído e situado e ao se contrapor à ideia positivista de negação da subjetividade, coloca-se como uma aliada importante para as reflexões postas aqui.

No dizer de Neves e Nogueira (2003), a psicologia com essa perspectiva não procura padronização, mas antes o contraste e a diversidade que são construídos nas e pelas relações vividas pelos homens e pelas mulheres. Além disso, as autoras enfatizam o papel das terapias feministas, implicadas na mudança social, como ponte para as mulheres desenvolverem seu empoderamento. Em contextos terapêuticos, as mulheres que sofrem algum tipo de violência podem usufruir de um espaço de acolhimento para trabalhar as sequelas das experiências traumáticas vividas. Como já foi dito anteriormente, a infecção pelo HIV e a sua reinfecção pode ser fruto de relações conjugais conturbadas, assim como de abusos sexuais por parentes próximos, efeito funesto das discrepâncias de poder, da manutenção da vulnerabilidade feminina e que se constitui num problema de saúde pública. A utilização das terapias feministas junto às mulheres vulnerabilizadas é de grande valia, pois atua simultaneamente numa lógica de intervenção individual, social e comunitária. O papel político dessa abordagem psicológica é o de reabilitar o ideal da igualdade entre os sexos, promover o empoderamento (resiliência e autonomia) das mulheres vítimas das violências em todo seu espectro e, em particular aqui, das sexuais.

De posse do reconhecimento do seu potencial humano, as mulheres se reerguem e podem assim retomar o cuidado com seus próprios corpos e sua própria saúde. Podem também, a partir de uma nova postura, antecipar possíveis contágios e romper com um comportamento no campo feminino da sexualidade que, como afirma Taquette (2009), ainda é marcado por conformismo, silêncio e submissão, o que dificulta a negociação de práticas sexuais mais seguras. A psicologia feminista tem um papel fundamental no questionamento dos modelos hegemônicos de gênero, cujas raízes no sistema patriarcal da sociedade favorecem a educação machista e seus desdobramentos nas relações de dominação dos homens sobre as mulheres. Na

tentativa de dominá-las, os homens que estão profundamente impregnados de valores sexistas se apresentam mais agressivos e as mulheres, nas mesmas condições, se apresentam mais submissas. As metodologias feministas com seus princípios feministas embutidos compõem a psicologia aqui tratada e garantem (Neves & Nogueira, 2003; Swain, 2004) o comprometimento científico, social, cultural e político que legitime e valorize, numa perspectiva de equidade, tanto as experiências como as realidades sociais de ambos os sexos.

Conclusões

Neste artigo buscamos circunscrever o contexto em que mulheres são infectadas pelo HIV compreendendo fatores psicossociais que contribuem para a manutenção de suas vulnerabilidades; além disso, num segundo momento, investigar aspectos que podem se tornar aliados na prevenção e, assim, romper com o ciclo que mantém as mulheres nesse grupo de risco. Poucos estudos sobre o HIV contemplam a população feminina e focam o aspecto da prevenção; apenas enfatizam os dados estatísticos alarmantes e se fixam mais no discurso do uso do preservativo. No dizer de Cunha (2012), mesmo a retórica da prevenção, sendo muitas vezes reduzida ao uso do preservativo, vai muito além, na medida em que pressupõe a construção de uma conscientização sobre si, sobre seu corpo, sua vida e tudo ao redor. Essa conscientização é um primeiro passo para o exercício do empoderamento e que encontra ecos na teoria e na perspectiva que escolhemos para dialogar com a temática deste artigo.

Procuramos conjugar a teoria do espaço consciente e a psicologia feminista para, de forma comprometida com uma mudança social, desenvolver um olhar sistêmico e preventivo ao mesmo tempo. A chamada “feminização” do HIV abre espaço para discussões importantes sobre a interconexão entre vida privada, saúde sexual, relações de gênero e saúde pública. Por

isso, ademais de medidas profiláticas fundamentais, deve haver um contínuo empoderamento das mulheres, tanto no que tange à saúde física quanto à psicológica, e esse trabalho é simultaneamente individual e comunitário. Assim, o empoderamento implica o reconhecimento das restrições sociais a que a categoria das mulheres está submetida e da necessidade de reversão dessa situação por meio de mudanças num contexto público, com a inserção em cargos de poder e decisão, educação não sexista e serviços de saúde adequados; e também em contextos terapêuticos em grupo ou individuais, que favoreçam o aumento (ou o despertar) da autoestima, da autonomia e da reorganização do trabalho doméstico, entre outros (Cortez & Souza, 2008). Apesar de o primeiro passo já ter sido dado, como a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), enfatizamos a necessidade da adoção de medidas que favoreçam o empoderamento das mulheres e que este seja proposto como função preventiva, já que os efeitos do seu desempoderamento são um problema de saúde pública. O questionamento da naturalização das relações de gênero e as hierarquias presentes nessas relações, bem como a prática da liberdade proposta por Freire e a convocação para que os seres humanos não aceitem a domesticação estabelecida pela cultura pela via da educação se agregam ao corpo de ideias que nos levaram a refletir neste ensaio.

O crescente empoderamento associado ao desenvolvimento de uma consciência sobre a posse do próprio corpo e suas fronteiras poderá ser um grande aliado na prevenção da transmissão sexual do HIV e todas as mazelas consequentes desse advento, além de diminuir a taxa de mortalidade em virtude da AIDS (Dewes, von Mühlen, & Leite, 2010).

Por fim, o(s) feminismo(s) tem(têm) muito a colaborar enquanto metodologia(s) que defenda(m) princípios de igualdade e que, ao mesmo tempo, explicita(m) as relações de poder, enfrentando constantemente os conflitos

das estilizações dos corpos das mulheres. Essa(s) metodologia(s) pode(m) desvelar o espaço de poder para os corpos e colabora(m) para refletir sobre os cativos das mulheres, e até mesmo reverter a delicada situação destas (Pinto, 2011), sobretudo no que diz respeito à prevenção dos corpos das mulheres em relação ao HIV. A associação da psicologia com o feminismo ao formar o corpo teórico da psicologia feminista pluraliza as metodologias que estão voltadas ao empoderamento das mulheres e que integram projetos, campanhas com vias a amplificar o combate às violências contra as mulheres e as terapias que cuidam, em contextos terapêuticos, dessas mulheres.

Não poderemos falar de uma emancipação feminina consolidada enquanto milhões de mulheres se constituírem em alvo das mais variadas formas de violência, continuamente registradas pelas pesquisas (Alvim & Souza, 2005; Bianco & Mariño, 2010; Narvaz & Koller, 2006; Negrão, 2011; Saffioti, 2001) nos mais diversos rincões do planeta e se encontrarem em condições de vulnerabilidade. Para que tal quadro se reverta, muitas ações simultâneas e articuladas entre setores da saúde, academia, governos, movimentos sociais e sociedade civil precisarão ser realizadas efetivamente. Nesse sentido, vale lembrar o paradigma da transdisciplinaridade que apresenta a sinergia como uma perspectiva a ser perseguida. Inojosa (2001) aponta para um horizonte no qual se permita o desenvolvimento de um olhar de rede e de um fazer transestoriais, em que dialoguem as várias dimensões da mudança, orientados, sempre, pelas necessidades integradas da população e por uma perspectiva política de desenvolvimento social e de superação da exclusão.

As questões que trouxemos para compor este ensaio não se constituem num problema exclusivo das mulheres para com sua saúde global ou uma questão pontual de saúde pública. Trata-se de uma problemática mais complexa que envolve a articulação em rede de toda uma

sociedade que precisa continuar se mobilizando para acabar com a feminização da AIDS e os efeitos perversos do patriarcado capitalista e internacional que camufla as tentativas nesse sentido.

Referências

- Aleman, C. (2009). Violências. Em H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, & D. Senotier (Orgs.), *Dicionário crítico do feminismo* (pp. 251-256). São Paulo: Editora UNESP.
- Alvim, S. F. & Souza, L. de. (2005). Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(2), 171-206.
- Ammassari, A., Trotta, M. P., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P., ... AdCoNA Study Group. (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: Overview of published literature. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(1), 123-127.
- Barbosa, R. M. & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 291-300.
- Barbosa, R. M. & Koyama, M. A. H. (2006). Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1511-1514.
- Bianco, M. & Mariño, A. (2010). *Dos caras de una misma realidad: violencia hacia las mujeres y VIH/sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Evidencias y propuestas para la reorientación de las políticas públicas*. Buenos Aires: FEIM
- Burlae, K. K. (2004). The theory of mindful space: Identifying, understanding, and preventing violence. *AFFILIA*, 19(1), 85-98.
- Carvalho, C. M. de L. & Galvão, M. T. G. (2008). Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 90-97.
- Carvalho, F. T. de & Piccinini, C. A. (2008). Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1889-1898.
- Colling, A. (2004). A construção histórica do feminino e do masculino. Em M. N. Strey, S. T. Cabeda, & D. R. Prehn (Orgs.), *Gênero e cultura: questões contemporâneas* (pp. 13-38). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Cortez, M. B. & Souza, L. (2008). Mulheres (in) subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 171-180.
- Costa, N., Sierra, J. C., Bermúdez, G., & Buela-Casal, M. P. (2009). Comparación entre mujeres blancas y negras víctimas de la violencia de pareja en el nordeste de Brasil. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(2), 135-143.
- Cunha, C. C. da (2012). Os muitos reverses de uma "sexualidade soropositiva". O caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 10, 70-99.
- Dewes, D., von Mühlen, B. K., & Leite, J. C. C. (2010). Efetividade de intervenções motivacionais para promover adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV: uma revisão sistemática. *Revista de Psicologia da IMED*, 2(1), 327-339.
- Dewes, D., von Mühlen, B. K., & Strey, M. N. (novembro, 2011). *Combatendo a violência contra mulheres: uma batalha pela equidade de gênero*. Trabalho apresentada no Fórum de Gênero, Direitos Humanos e Cidadania, UFRGS, Porto Alegre, Brasil.
- Freire, P. (1985). *Extensão ou comunicação?* (8ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Freire, P. (1987). *A pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1989). *A importância do ato de ler em três artigos que se completam* (23ª ed.). São Paulo: Cortez Editora.
- Galvão, M. T. G., Cerqueira, A. T. de A. R., & Machado, J. M. (2004). Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/AIDS. *Revista Saúde Pública*, 38(2), 194-200.
- Giacomozi, A. I. & Camargo, B. V. (2004). Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6(1), 31-44.
- Grimberg, M. (2009). Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre

- personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 133-141.
- Holstad, M. M., Dilorio, C., & Magowe, M. K. (2006). Motivating HIV positive women to adhere to anti-retroviral therapy and risk reduction behavior: The Kharma Project. *Home Periodicals*, 11(1), 1-9.
- Horochofski, R. R. & Meirelles, G. (abril, 2007). *Problematizando o conceito de empoderamento*. Trabalho apresentado no II Seminário Nacional. Movimentos Sociais, Participação e Democracia, Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais – NPMS, UFSC, Florianópolis, Brasil.
- Inojosa, R. M. (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos FUNDAP*, 22, 102-110.
- Kornfield, S. V. L. (2010). *Maternal-fetal attachment, temporal orientation and locus of control: Implications for prenatal care behaviors and HIV risk reduction during pregnancy* (Tese de doutorado não publicada). Drexel University: Philadelphia, USA.
- Lopes, F., Buchalla, C. M., Carvalho, J. R. de, & Ayres, M. (2007). Black and non-Black women and vulnerability to HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 1-7.
- Louis, M. V. (2006). Diga-me: o que significa gênero? *Sociedade e Estado*, 21(3), 711-724.
- Martins, E. F. K. (2011). Suicídios, HIV e violência ameaçam saúde das mulheres indígenas. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 29, 23.
- Medeiros Fogaça, J. A., Réus Fortunatti, J. A., Kravczyk, A. C., Maranhão, C., & Magalhães, C. (2010). *Plano municipal de políticas públicas para as mulheres*. Recuperado de http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cmm/usu_doc/1planomulheres.pdf
- Ministério da Saúde no Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde no Brasil, Programa Nacional de DST e AIDS. (2009). *Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: manual de bolso* (Séries manuais, n.º 85). Brasília: Ministério da Saúde.
- Moral de la Rubia, J. (2010). Religião, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 45-59.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2006). Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. *Revista Psico*, 37(1), 7-13.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2007). Feminismo e terapia: a terapia feminista da família – por uma psicologia comprometida. *Psicologia Clínica*, 19(2), 117-131.
- Negrão, T. (2011). Metodologias feministas, pedagogias para o empoderamento. Em T. Negrão (Ed.), *As metodologias feministas: experiência da Escola Lilás de direitos humanos* (pp. 9-14). Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural.
- Neves, S. & Nogueira, C. (2003). A psicologia feminista e a violência contra as mulheres na intimidade: a (re)construção dos espaços terapêuticos. *Psicologia e Sociedade*, 15(2), 43-64.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *INTERFACE – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(11), 25-38.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., ... Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30.
- Philips, A. (2009). Da desigualdade à diferença: um caso grave de deslocamento? *Revista Brasileira de Ciência Política*, 2, 223-240.
- Piason, A. da S., Palma, Y. A., von Mühlen, B. K., & Strey, M. N. (2012). Heterosexuality as captivity: When desire is imprisoned. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 8(1), 45-51.
- Pinto, J. P. (2011). Ler e escrever sobre corpos: metodologia feminista para letramento de jovens. *Cadernos de Pesquisa*, 41(143), 538-558.
- Pinto, V. M. (2004). *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

- Saffioti, H. I. B. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, 16, 115-136.
- Saldanha, M. (2010). *De(s)colar de casa: dilemas contemporâneos dos casais de aeronautas* (Tese de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Santos, N. J. S., Barbosa, R. M., Pinho, A. A., Villela, W. V., Aidar, T., & Filipe, E. M. V. (2009). Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 321-333.
- Santos, B. R., Fonseca, R. C., Canti, I. T., Cardoso, E., & Peixoto, M. F. (2000). Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS. *Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição*, 13(1-2), 28-33.
- Scott, J. (1992). *História das mulheres*. Em P. Burke (Org.), *A escrita da história: novas perspectivas* (pp. 63-95). São Paulo: Editora UNESP.
- Scott, J. (2002). Fantasy echo: história e a construção da identidade. *Labrys: Estudos Feministas*, 1-2.
- Silva, C. M. & Vargens, O. M. da C. (2009). A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 401-406.
- Silva, M. C., Ximenes, R. A., Miranda Filho, D. B., Arraes, L. W., Mendes, W., Melo, A. C., & Fernandes, P. R. (2009). Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 52(3), 135-139.
- Sousa-Mata, Á. N. de, Araújo-Lemos, C., Lira-Ferreira, C., Pereira-Braga, L., & Chaves-Maia, E. M. (2009). Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência. *Revista Colombiana de Psicologia*, 18(2), 167-175.
- Swain, T. N. (2004). Feminismo, corpo e sexualidade. Em C. S. M. Rial & M. J. F. Toneli (Orgs), *Genealogias do silêncio: feminismo e gênero* (pp. 183-194). Florianópolis: Editora Mulheres.
- Tancredi, M. V. (2010). *Sobrevida de pacientes com HIV e AIDS nas eras pré e pós terapia antirretroviral de alta potência* (tese de doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Taquette, S. R. (2009). O paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/AIDS. Em S. R. Taquette (Org.), *AIDS e juventude: gênero, classe e raça* (pp. 135-154). Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Torres, C. A., Beserra, E. P., & Barroso, M. G. T. (2007). Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. *Revista de Enfermagem: Anna Nery*, 11(2), 296-302.
- UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2008). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS.
- Valoura, L. de C. (2010). Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo empoderamento, em seu sentido transformador.
- von Mühlen, B. K., Saldanha, M., Dewes, D., & Strey, M. N. (agosto, 2011). *Mulheres e o vírus HIV: prevenção dos corpos*. Trabalho apresentado no V Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade: Instâncias e Práticas de Produção nas Políticas da Própria Vida, I Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade, I Encontro Nacional Gênero e Diversidade na Escola – GDE, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, Brasil.
- Wendt, G. (2009). *AIDS e envelhecimento: repercussões na saúde pública*. Sistema Integrado de Saúde. Recuperado de: <http://www.sissaude.com.br/sissaude/userfiles/AIDS%20e%20envelhecimento.pdf>