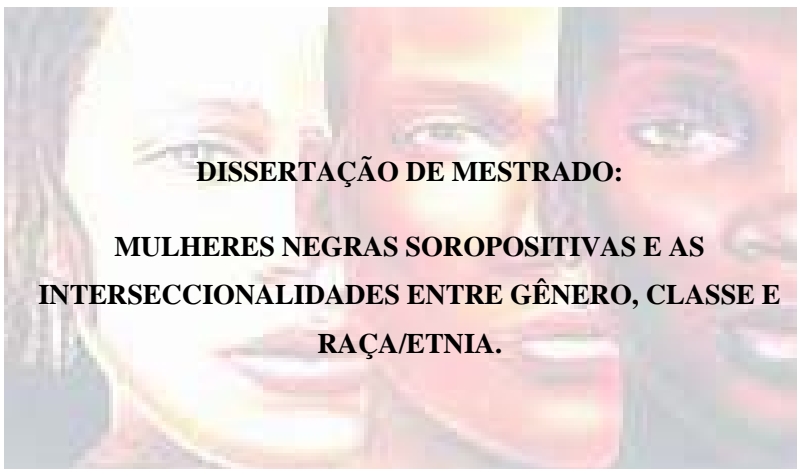


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - CSE**

**ANGELITA ALVES DE TOLEDO**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO:  
MULHERES NEGRAS SOROPOSITIVAS E AS  
INTERSECCIONALIDADES ENTRE GÊNERO, CLASSE E  
RAÇA/ETNIA.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - CSE**

---

**ANGELITA ALVES DE TOLEDO**

**MULHERES NEGRAS SOROPOSITIVAS E AS**  
**INTERSECCIONALIDADES ENTRE GÊNERO, CLASSE E**  
**RAÇA/ETNIA.**

---

**FLORIANÓPOLIS – 2012**

**SC**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Toledo, Angelita Alves de Toledo  
Mulheres Negras Soropositivas e as Interseccionalidades  
entre Gênero, Classe e Raça/Etnia. [dissertação] / Angelita  
Alves de Toledo Toledo ; orientador, Teresa Kleba Lisboa -  
Florianópolis, SC, 2012.  
125 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em  
Serviço Social.

Inclui referências

1. Serviço Social. 2. Aids. 3. Interseccionalidade. 4.  
Gênero. 5. Raça/Etnia. I. , Teresa Kleba Lisboa. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Serviço Social. III. Título.

**MULHERES NEGRAS SOROPOSITIVAS E AS  
INTERSECCIONALIDADES ENTRE GÊNERO, CLASSE E  
RAÇA/ETNIA.**

**Dissertação, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, área de concentração: Direitos Humanos e Questão Social, Linha de Pesquisa: Serviço Social, Exclusão, Violência e Cidadania, da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.**

**Orientadora: Profa. Dra. Teresa Kleba Lisboa.**

**ANGELITA ALVES DE TOLEDO**

---

**MULHERES NEGRAS SOROPOSITIVAS E AS  
INTERSECCIONALIDADES ENTRE GÊNERO, CLASSE E  
RAÇA/ETNIA.**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do  
Título de Mestra em Serviço Social, e aprovada em sua forma final pelo  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Florianópolis, 30 de outubro de 2012.

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Helenara Silveira Fagundes**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação-UFSC

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Professora Dra. Teresa Kleba Lisboa**

Universidade Federal de Santa Catarina – Orientadora

---

**Professora Dra. Myriam Raquel Mitjávila**

Universidade Federal de Santa Catarina

---

**Dra. Luzinete Simões Minella**

Universidade Federal de Santa Catarina

*“às navegantes negras,  
que tem por monumento as pedras pisadas do cais...”*

## ***AGRADECIMENTOS***

Agradeço a essa força espiritual e de luz que acompanha meus passos e guia meu caminho: “... *pois a arte é de viver na fé, só não sabe fé em quê*”.

Papai e Mamãe, meu par romântico preferido, pelo qual tanto me orgulho. A vocês que nunca mediram esforços em priorizar meus estudos e me acordavam aos assobios para ir ao colégio, dedico mais uma conquista e ao meu irmão companheiro, distante, porém sempre no peito. Amo vocês!

A orientadora Teresa Kleba, a Professora querida, que compreendeu todos os meus momentos de desafios emocionais, profissionais, entre outros. Foi muito bom ter a Senhora ao meu lado na construção deste trabalho. Não tenho palavras para agradecer toda a atenção e carinho.

As companheiras de turma e que realmente estiveram juntas até o fim: Marisa Albrecht, Kaliandra Mendes e Fabiana Demétrio.

Ao amigo de muitos anos, meu “veterano” de graduação e “bicho” no mestrado, Cristiano Mariotto, esse sim “tá junto” pro que der e vier.

As amigas de lazer e convivência, e que sempre deram aquele ânimo: Gabriela, Varuna e Clementina. E aos amigos Alexandre Guerra e Fernando Tuzi, que me ajudaram a concluir o trabalho.

Às feministas e militantes dos movimentos sociais, que no momento fazem parte do meu cotidiano: Clair, Sheila, Vera, Simone,

Estela e Ioná, a vocês meu total respeito e admiração. E, a Rede Feminista de Saúde e Casa da Mulher Catarina.

À Fundação Açoriana para o Controle da Aids e ao Marcelo Pacheco de Freitas.

À Banca Examinadora, as professoras Myriam e Luzinete, e em especial a Doutora Jurema Werneck, que teve participação fundamental na Banca de Qualificação, e que muito contribui com suas considerações, acerca das questões que envolvem a mulher negra.

E por fim, a todas as mulheres negras, e principalmente as “guerreiras” que aceitaram participar enquanto sujeitas da pesquisa.



*“Mama África  
A minha mãe  
É mãe solteira  
E tem que  
Fazer mamadeira  
Todo dia  
Além de trabalhar  
Como empacotadeira  
Nas Casas Bahia...  
Mama África, tem  
Tanto o que fazer  
Além de cuidar neném  
Além de fazer dengui  
Filhinho tem que entender  
Mama África vai e vem  
Mas não se afasta de você...  
Mama sai de casa  
Seus filhos de olodunzã  
Rola o maior jazz  
Mama tem calo nos pés  
Mama precisa de paz...  
Mama não quer brincar mais  
Filhinho dá um tempo  
É tanto contratempo  
No ritmo de vida de mama...*

*(Música: Mama África/Autor: Chico César)*

TOLEDO, Angelita Alves. **Mulheres Negras Soropositivas e as Interseccionalidades entre Gênero, Classe e Raça/Etnia**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Centro Sócio-Econômico. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. SC. 2012.

## **RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo analisar a tríplice desigualdade e os fatores de vulnerabilidade que contribuem para mulheres negras de Florianópolis contraírem o vírus HIV/Aids. Partiu-se da hipótese que a interseccionalidade entre as categorias gênero, classe, e raça/etnia são determinantes no desencadeamento das vulnerabilidades individuais, sociais e políticas frente à epidemia do vírus HIV/Aids que repercutem de forma particular no processo de saúde e doença das mulheres negras. Foram sujeitos da pesquisa, mulheres soropositivas autodeclarantes como pretas ou pardas, que foram acolhidas e atendidas pela Fundação Açoriana para o Controle da Aids (FAÇA), no período de Março à Maio de 2012. Utilizamos a entrevista como método para uma abordagem qualitativa, através de um roteiro norteador ressaltando os seguintes eixos temáticos: a) a percepção de identidade de gênero e raça/etnia; b) a percepção da condição de classe; c) os cuidados em saúde e percepção de exposição ao vírus HIV/Aids; d) a tripla desigualdade. Os principais resultados obtidos através das entrevistas demonstram: baixa escolaridade das mulheres negras; forte sentimento de discriminação racial, principalmente em relação ao trabalho; falta de percepção em relação a contrair o vírus por conta da confiança na estabilidade da relação e pelo imaginário da Aids, enquanto doença “do outro”; importância da realização do exames pré-natal durante a gestação; discriminação enquanto soropositivo e dificuldade de aceitação do vírus. Concluímos, com a pesquisa, que a tríplice desigualdade a que estão expostas as mulheres negras, em particular o “racismo sexista” é favorecedora do adoecimento seja ele psíquico ou físico das pessoas de cor preta ou parda, contribuindo de forma decisiva na contração do vírus HIV/Aids e que a sociedade, como um todo deve ser alertada em relação ao preconceito, à discriminação e ao “comportamento de risco” a que todos estamos expostos, ou seja entender que a Aids faz parte do cotidiano das pessoas e que ela não é somente “a doença do outro”.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV/Aids, interseccionalidade, gênero, classe, raça/etnia.

TOLEDO, Angelita Alves. **Black Women and HIV positive Intersectionalities between Gender, Class and Race / Ethnicity.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Centro Sócio-Econômico. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. SC. 2012.

## **ABSTRACT**

This study aims to analyze the triple inequality and vulnerability factors that contribute to black women contracting the virus from Florianópolis HIV/Aids. We started from the hypothesis that the intersectionality between the categories gender, class, and race / ethnicity are determinants in triggering the individual vulnerabilities, and social policies to the epidemic of HIV/Aids that resonate in a particular way in the process of health and disease black women. Were research subjects, seropositive women autodeclarantes as black or brown, which were received and answered by the Azorean Foundation for the Control of AIDS in the period March to May 2012. We use the interview as a method for qualitative approach, through a guiding roadmap highlighting the following themes: a) the perception of gender identity and race / ethnicity b) the perception of class condition, c) health care and perception of exposure to HIV/Aids d) the triple inequality. The main results from the interviews show: poor education of black women, strong sense of racial discrimination, particularly in relation to work, lack of perception in relation to contract the virus because of the confidence in the stability of the relationship and the imaginary Aids, disease as "the other"; importance of completing the prenatal examinations during pregnancy, while HIV positive discrimination and difficulty accepting the virus. We conclude, through research, that the triple inequality they are exposed to black women, in particular the "sexist racism" is favoring the illness be it mental or physical people of black or brown, contributing decisively in the contraction of the virus HIV/Aids and that society as a whole should be warned against the prejudice, discrimination and "risky behavior" to which we are all exposed, ie understand that Aids is part of everyday life and that she did not and only "somebody else's disease."

**KEYWORDS:** HIV / Aids, intersectionality, gender, class, race / ethnicit.

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	15
I CAPÍTULO .....	25
O VÍRUS HIV/AIDS NO BRASIL .....	25
1.    A AIDS no Brasil – da noção de risco à questão da vulnerabilidade social 25	
2.    Vulnerabilidade e Aids em Mulheres .....	38
3.    O recorte racial/étnico do vírus HIV/Aids .....	49
3.1.    População Negra em Florianópolis.....	57
II CAPÍTULO .....	66
AS INTERSECCIONALIDADES REFLETIDAS NA TRÍPLICE DESIGUALDADE DAS MULHERES NEGRAS SOROPOSITIVAS	66
1.    Caminho Metodológico.....	66
1.1.    A Fundação Açoriana Para o Controle da Aids e a Atuação do Serviço Social junto aos portadores de HIV. ....	68
1.2.    Identificações das sujeitas da pesquisa .....	74
1.3.    Análise Interseccional.....	77
1.4.    Interseccionalidades e desigualdade social.....	80
1.5.    Representações sobre as relações de gênero e raça/etnia.....	83
1.6.    Representações da condição de classe.....	98
1.7.    Quanto aos cuidados em saúde e percepção em contrair o HIV/Aids.....	100
1.8.    Vivenciando a Tríplice Discriminação.....	106

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	115
ANEXOS.....	121

## **IDENTIFICAÇÃO**

**ASSUNTO:** Saúde; Gênero; Raça/Etnia.

**TEMA:** HIV/AIDS em Mulheres Negras.

**TÍTULO:** Mulheres Negras Soropositivas e as Interseccionalidades entre Gênero, Classe e Raça/Etnia.

**DOCENTE:** Teresa Kleba Lisboa

**DISCENTE:** Angelita Alves de Toledo

## INTRODUÇÃO

As críticas feministas à ciência têm ressaltado, com apoio de Sandra Harding (1996), que em cada área de pesquisa, o que é definido como problema, conceitos, teorias, metodologias e objetivos, são na verdade produtos do pensamento de seus criadores, individuais ou coletivos, marcados de alguma forma pelo seu gênero, classe, raça/etnia e cultura.

A construção do conhecimento, legado do pensamento moderno, foi definido, de fato, pela ótica do masculino e o silêncio de feminino. A dimensão androcêntrica e eurocêntrica tornou-se norma, excluindo e invisibilizando as experiências das mulheres, outras civilizações e outras culturas.

Nesse sentido, uma epistemologia feminista é reivindicada pelas estudiosas das relações de gênero, raça e etnia, no sentido de afirmar que as mulheres também possuem capacidade de raciocínio e devem somar-se ao mundo acadêmico produzindo conhecimentos específicos sobre suas experiências concretas.

Um novo olhar sobre a modernidade, ou sobre a forma como a ciência foi construída até o presente momento está sendo reivindicado pelas estudiosas do feminismo. Conforme Heloisa B. de Holanda, (1994), enquanto as políticas e teorias pós-modernas falam de uma crise da representação e da morte do social, o feminismo fala exatamente da necessidade de uma luta pela (re) significação dos sujeitos, dos grupos marginalizados entre eles, as mulheres.

Enquanto acadêmica de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina realizei nos últimos dois anos do curso, estágio curricular obrigatório e não obrigatório como bolsista do Hospital Universitário de Londrina, na Unidade de Moléstias Infecciosas, onde pude ter uma vivência significativa junto à pacientes doentes de Aids, e/ou familiares, bem como, portadores do vírus HIV que realizavam tratamento no ambulatório de clínicas do mesmo hospital. Desde então, o contato com esses sujeitos despertou-me o interesse em estudar as implicações (sociais, culturais, religiosas, etc.) relacionadas com o vírus da Aids, além de sensibilizar para a problemática do HIV entre a população negra e feminina.

Na realização dos atendimentos sociais no hospital obtive maior contato com uma população empobrecida e de baixa escolaridade, além de observar o aumento de internações de mulheres de cor preta ou parda, doentes de Aids, chefes de família ou casadas, que vieram a contrair o vírus HIV de seus maridos ou companheiros em relações estáveis.

Na atual conjuntura, o modo mais freqüente de transmissão do vírus é a relação sexual sem proteção, e a maioria das pessoas infectadas são heterossexuais. Esta realidade é bastante diferente da década de 80, quando a doença atingia em maior número os homossexuais homens, prostitutas e usuários de drogas, considerados grupos de risco. A idéia de grupos de risco criou um imaginário social sobre a Aids, ou seja, a maioria das pessoas a considera como “doença do outro”<sup>1</sup>, o que resulta na falta de percepção de estar exposto ao risco

---

<sup>1</sup> PAULILO (1999).



e infectar-se. Acreditamos que esse fato, infelizmente, pode ter contribuído para o avanço da epidemia no Brasil.

O primeiro texto<sup>2</sup> que aborda esta questão: *Mulher Negra e Aids*, de autoria de Edna Roland foi apresentado no Seminário Mulher e Aids em 1992 no Rio de Janeiro. A autora utiliza os dados do CRT, Sistema Municipal de Informação de Saúde de São Paulo e os dados do IBGE para a cidade de São Paulo, chegando aos seguintes resultados: a) a população negra está sobre representada entre os usuários do CRT. b) o perfil epidemiológico se diferencia conforme a localização dos bairros, ou seja, na periferia a contaminação esta mais ligada as causas intravenosas e se percebe o aumento do número de mulheres infectadas. Nos bairros mais centrais a epidemia atinge uma população masculina branca homossexual.

Edna Roland já chamava atenção para o fato do aumento do vírus HIV entre as mulheres por questões gênero, e significativamente entre as mulheres negras, afirmando: “*Ao longo dos anos a epidemia da Aids no Brasil mudou o seu perfil que se pauperizou, feminilizou e enegreceu*”<sup>3</sup> [grifo nosso]. A proporção de mulheres infectadas aumenta na medida em que se consideram os bairros periféricos das cidades em que a população negra é maioria.

---

<sup>2</sup> Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/artigos/interna.php?id=180>, acesso na data: 11/10/2012.

<sup>3</sup>Extraído em <http://www.lpp-uerj.net/olped/acoesafirmativas/exibiropinia.asp?codnoticias=9694>, acesso em 21/03/2011.

Essa afirmação é confirmada alguns anos depois, através do estudo realizado por Fernanda Lopes (2003)<sup>4</sup>, para a sua tese de doutorado: “*Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*”, no qual a autora demonstra que a vida das mulheres negras que vivem com HIV é mais difícil. Essas mulheres têm as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e familiar, na maioria das vezes são essas mulheres chefes de família.

As mulheres estudadas por Lopes (2003) foram diagnosticadas em virtude de seu próprio adoecimento, ou adoecimento ou morte do parceiro ou filho. Alegam não haver recebido orientação anterior e posterior ao teste. Já nos serviços especializados de saúde, elas referem-se à dificuldade em entender as orientações médicas, acerca da redução de danos no uso de drogas injetáveis e sobre o uso de anti-retrovirais para recém-nascidos.

Um número expressivo de negras brasileiras ainda têm baixos níveis de escolaridade e não possuem plano de saúde. Mas o fator mais preocupante é, sem dúvida, a opressão. Por sentirem-se com menos poder de negociação diante do parceiro sexual, essas mulheres se expõem a contextos sociais de vulnerabilidade que podem culminar na infecção pelo vírus da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Uma das pesquisas, realizada com jovens mulheres moradoras de 10 diferentes comunidades do Rio de Janeiro, comprova que 74% são negras, 39% são sexualmente ativas e 24,4% destas mulheres são portadoras de DST. Esta é apenas uma parte da realidade brasileira.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Extraído em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900008&lng=pt&nrm=iso) Acesso na data: 11/10/2012.

<sup>5</sup> Extraído em: <http://www.aids.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-divulga-estudos-sobre-hiv-aids-e-populacao-negra-brasileira>. Acesso na data: 29/09/2012.

As mulheres negras estão mais vulneráveis em contrair o vírus HIV, não somente por conta da cor da pele, mas sim pelas condições socioeconômicas em que se encontram atualmente, decorrentes de um passado escravocrata que lhes reservou as piores condições de trabalho, escolaridade, moradia, renda individual e familiar, entre outras. Muitas delas são chefes de família, o que dificulta ainda mais os cuidados que deveriam dispensar em relação à sua saúde, frente a inúmeras responsabilidades, afazeres domésticos e trabalhos.

Esse contexto é confirmado por Werneck (2001), quando ressalta que as iniquidades em saúde das mulheres negras são heranças das desigualdades postas pelas relações sociais e políticas pautadas nas discriminações de origem racial e sexista violando direitos, impossibilitando as ações de políticas públicas assim como dificultando o acesso à ascensão social e a um serviço de saúde de qualidade, igualitário e que respeite a diversidade racial.

Essas mulheres encontram maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, na realização de exames, testes e recebimento de diagnósticos, por conta do trabalho, muitas vezes informal, que não permite ausências justificadas por consultas médicas, ao contrário do trabalho formal; além do que, podem não entender orientações e informações quanto às formas de prevenção das DST's e Aids (campanhas com linguagens rebuscadas e somente em épocas de carnaval) e, se grávidas desconhecem tamanha necessidade em realizarem corretamente o pré-natal.

Recentemente à Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras, em carta aberta endereçada à Presidenta Dilma Rousseff, denuncia:

“Somos nós as maiores vítimas da profunda desigualdade racial que vigora na sociedade brasileira. É sobre nós que recai todo o peso da herança colonial, onde o sistema patriarcal apoia-se solidamente com a herança do sistema escravista. A interseccionalidade do racismo, sexismo, das desigualdades econômicas e regionais produz em nossas vidas um quadro de destituição, injustiça e exclusão, aprofundados pela expansão mundial do neoliberalismo e suas formas de ataque à capacidade dos estados democráticos em nos oferecer as condições mínimas de bem-estar”.<sup>6</sup>

Segundo Moura & Barreto (2002), o racismo<sup>7</sup> implica humilhação. A humilhação adoce. O ato de humilhar afirma simultaneamente o poder e a obediência, negando o outro, gerando emoções tristes. Dos desejos tristes nascerão emoções que submetem homens e mulheres à passividade. São estas emoções perturbadoras do equilíbrio que servem de alerta ao organismo, onde os conflitos internos estabelecidos por imposição externa, demarcam algo que se perdeu: a saúde. A intolerância e o desrespeito não são geradores de alegria e respeito ou de qualidade de vida, mas de infelicidade e doenças, enfim de impotência para refletir e criar.

---

<sup>6</sup> (Disponível em: <http://www.geledes.org.br/areas-de-atuacao/questoes-de-genero/265-generos-em-noticias/11424-carta-aberta-da-articulacao-de-organizacoes-de-mulheres-negras-brasileiras-para-a-sua-excelencia-sra-dilma-rousseff-presidenta-da-republica>, acessado no dia 17/10/2010)

<sup>7</sup> Esclarecemos aqui a utilização do termo racismo, que semanticamente se difere das palavras preconceito e discriminação, mas que no presente estudo as utilizaremos, neste mesmo sentido, o de gerar emoções tristes por parte de quem o sofre.

Identificadas com esse quadro de múltiplas desigualdades que recaem sobre as mulheres negras, e apostando nas contribuições de uma epistemologia feminista que convida as mulheres a somar-se ao mundo acadêmico produzindo conhecimentos específicos sobre suas experiências concretas, nos propomos a realizar um estudo sobre a problemática do vírus da Aids entre as mulheres negras em Florianópolis/SC, buscando dar visibilidade para essa questão e defendendo que a intersecção entre as desigualdades de gênero, raça/etnia e de classe são fatores determinantes de agravos na saúde das mesmas.

Para a realização do estudo, contamos como sujeitos da pesquisa, mulheres soropositivas de cor da pele preta ou parda, autodeclarantes como pertencentes à raça/etnia negra e que aceitaram contribuir com a mesma, através de seus relatos orais. Mulheres que, foram acolhidas, atendidas e/ou que frequentam a Fundação Açoriana para o Controle da Aids (FAÇA), local onde nos inserimos de forma voluntária intervindo como profissional de Serviço Social e realizando observação participante<sup>8</sup>, durante dois semestre, com a intenção de realizar nossa pesquisa de campo, junto aos trabalhos de prevenção ao HIV/aids, na cidade Florianópolis.

Ao promover a articulação entre as múltiplas desigualdades sociais que abarcam a questão de gênero, classe e raça/etnia numa perspectiva de interseccionalidade, pretendemos anunciar diferentes fatores de vulnerabilidade social a que as mulheres negras estão submetidas. Também consideramos importante trabalhar junto às

---

<sup>8</sup> Ver Proposta Metodológica

possíveis denúncias de violações aos direitos humanos, além de abraçar a causa para o controle da epidemia do vírus HIV.

Para a apresentação da problemática da Aids entre a população negra de Florianópolis destacando as mulheres negras soropositivas, o presente estudo está dividido em dois capítulos, considerando-se fora da contagem, a Introdução e as Considerações Finais.

No primeiro capítulo, fizemos um apanhado histórico sobre o vírus HIV/Aids e sua epidemia no Brasil, dissertando sobre a mudança do perfil homossexual para o heterossexual das pessoas infectadas por ele, bem como a mudança da utilização do termo “grupos de risco” para “comportamento de risco”. Além de destacarmos as categorias vulnerabilidade e interseccionalidade, como aportes para o entendimento de que a população feminina negra, na atual conjuntura está mais exposta em contrair esse vírus.

No segundo capítulo, apresentamos o caminho metodológico percorrido, destacando o grande desafio que foi a dificuldade em encontrar sujeitos para participar da pesquisa, apesar da dedicação voluntária por dois semestres consecutivos, em uma instituição que atende portadores do vírus HIV. Descrevemos, também, o trabalho desenvolvido pela Fundação Açoriana para o Controle da Aids (FAÇA), ressaltando a contribuição que tivemos junto a essa ONG, como profissionais de Serviço Social, implantando o atendimento qualificado às pessoas que vinham em busca de serviços. Neste capítulo ainda, apresentamos o perfil das entrevistadas e a análise dos depoimentos obtidos durante as entrevistas.

Na presente pesquisa, utilizamos o método da abordagem

qualitativa para interpretar as falas dos sujeitos entrevistados, e também recorreremos a dados quantitativos para ilustrar as interseccionalidades das desigualdades de classe, gênero e raça/etnia, como fatores determinantes para a exposição, contaminação e agravos de doenças.

Cabe ressaltar que este trabalho é uma reflexão acadêmica que sistematiza o conteúdo do material bibliográfico pesquisado sobre o tema. Não possui pretensão de verdade, e ao menos chegar à uma conclusão, mas sim, pontua questões e tece considerações sobre a questão do vírus HIV/Aids entre as mulheres negras, as dificuldades enfrentadas por elas ao descobrir-se portadoras e chama atenção para a falta de visibilidade e descaso do poder público para a efetividade de políticas que atendam essa demanda.

Pretendemos com essa reflexão, contribuir para um conhecimento teórico junto ao Serviço Social, proporcionando um encontro deste com os Estudos Feministas e fornecendo elementos para a intervenção profissional numa direção ético-política que prime por um atendimento mais humanizado com mulheres negras, portadoras do Vírus HIV.

Atualmente, a epidemia pode ser considerada como um “fenômeno democrático”, pois atinge indiscriminadamente: homens, mulheres, jovens, crianças e idosos, de diferentes segmentos sociais, com graus de instrução variados, de diversas etnias, habitantes de grandes e pequenas cidades, nas mais remotas regiões do país, de diferentes religiões e orientações sexuais, ou seja, ela é conhecida como uma doença “sem cara e sem aparência”.

Apesar de todos os esforços realizados até agora no Brasil,

ainda temos muitas batalhas. As desigualdades econômicas do País influenciam diretamente na incidência de casos HIV/Aids na população de menor nível socioeconômico e parte da nossa população negra conta nessa estatística.

As pesquisas de HIV/Aids na população negra servem como subsídios para o fomento de políticas públicas, inclusão social, ações afirmativas e estratégias de gestão participativa voltadas à redução das condições de vulnerabilidade da população negra são fundamentais para o controle dessas doenças.



## **I CAPÍTULO**

### **O VÍRUS HIV/AIDS NO BRASIL**

#### **1. A AIDS no Brasil – da noção de risco à questão da vulnerabilidade social**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), foi descoberta em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados os primeiros casos em homossexuais masculinos. Em 1983, foi identificado o agente etiológico, o vírus denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Após a infecção pelo HIV, ocorre uma diminuição progressiva do número e da atividade dos linfócitos (código CD4), com comprometimento principalmente da imunidade celular, sendo a Aids uma manifestação tardia e avançada deste processo, ou seja, há diferença entre ser portador do vírus HIV e estar doente de Aids.

Desde o aparecimento dos primeiros casos e a identificação do vírus HIV, a Aids configura-se com um dos grandes problemas de saúde pública no plano mundial, sua transmissão ocorre: através de relações sexuais, do uso compartilhado de seringas contaminadas, da transfusão de sangue infectado e da mãe soropositivo para o feto (transmissão vertical) no momento do parto ou na amamentação do bebê.

Segundo Parker (1999) para além das ações no campo da saúde, a pandemia do HIV / Aids é hoje uma questão central na luta pelos direitos humanos, tornando-se muito mais do que a propagação de uma doença infecciosa, de alta letalidade e de alto custo social. No complexo processo de disseminação do HIV, prolifera uma 'epidemia de

significados', que leva ao constante enfrentamento de estigmas e discriminações que são obstáculos ao compromisso com a prevenção e com o atendimento digno.

A pandemia<sup>9</sup> da Aids tem sua maior concentração nos países em desenvolvimento, provocando um grande impacto socioeconômico, notadamente nos países da África Subsaariana, do Leste Europeu, da América Central e da Ásia, onde, sobretudo a população em idade produtiva e reprodutiva, é fortemente afetada.

Conforme projeção da Organização Mundial da Saúde (OMS), 70 milhões de vidas estarão afetadas nos próximos 20 anos caso não seja implementada uma ação eficaz em nível global para deter a propagação do HIV / Aids. Em 1986, com a criação do Programa Especial de Aids da OMS, iniciaram-se as respostas oficiais de luta contra a Aids. Nessas duas últimas décadas, governos e sociedade civil organizada têm empenhado esforços técnicos e de mobilização social para construir respostas para o controle da Aids.

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

Para os brasileiros, a notícia da disseminação do vírus da Aids, chegou rotulada com teor punitivo e estigmatizante, aterrorizando

---

<sup>9</sup> Consideramos pandemia, a epidemia de uma doença infecciosa que se espalha entre a população localizada em uma vasta região geográfica como, por exemplo, um continente, ou mesmo o planeta.

a população, uma vez que, a sexualidade e o sexo são tratados por grande número da população, como tabu ou pecado. A mídia tornou público um fato que em pouco tempo se tornaria um dos grandes problemas de desafio à saúde pública. Ao difundir o aparecimento da doença, a imprensa também divulgou e deu destaque às reações de preconceito, medo e moralismo.

Na década de 80 os meios de comunicação anunciavam as celebridades infectadas pelo HIV, como Cazusa e Renato Russo, mas ao transmitirem essas informações, contribuía na construção do preconceito ao redor da Aids, quando apontavam os mesmos como homossexuais, promíscuos e rebeldes, com exceção do sociólogo Betinho visto como vítima da doença por ser hemofílico, se tornou um mártir da epidemia.

Para Galvão (2000) a mídia, nos anos iniciais da epidemia, foi fundamental ao apresentar para a opinião pública aquela nova doença. E no caso brasileiro, importando o modelo norte-americano de explicação da transmissão sexual e infecção pelo HIV, sendo *vítimas* [grifo nosso], as crianças, os que se infectaram por transfusão de sangue e as mulheres (vítimas de seus parceiros) e os *culpados* [grifo nosso], àqueles que se infectaram por via sexual ou por uso de drogas injetáveis. “Há uma sutil violência, gerada pelos preconceitos, que faz crer que um homossexual está sendo castigado por uma culpa que carrega. Não é um doente; é um relapso” (DANIEL *apud* GALVÃO, 2000: 174).

A mídia tem uma parcela de culpa nesse processo histórico de construção de um imaginário, que envolve preconceitos, mitos e tabus ao redor do HIV/Aids, pois logo no início da descoberta da doença

e dos primeiros casos, vinculavam-se notícias não científicas sobre os meios de transmissão relacionando o contágio com o simples convívio social.

As campanhas publicitárias de combate a Aids da época ao invés de focarem o uso do preservativo, relacionavam a doença com a prática do sexo desregrado, o que é um equívoco, pois basta uma única relação desprotegida para contrair o vírus, o que provavelmente fez com que muitas mulheres acreditassem estar “salvas” em seus relacionamentos fixos e “fiéis”, além de utilizarem imagens ilustrativas alarmantes, criando um estigma da pessoa soropositiva, esta que pode ser, seu amigo, seu vizinho, seu familiar como até mesmo seu parceiro.

Para Paulilo (1999), a Aids passa a ser representada desta forma como a doença do outro, existe um imaginário de pessoas portadoras do vírus (magras, tatuadas, usuários de drogas, etc.), o que ocasiona uma falta de percepção em contrair o vírus, ou seja, todos estamos vulneráveis ao contágio quando não nos preservamos nas relações sexuais, ou seja, não há “grupos de riscos” e sim “relação de risco”.

A ideia da resistência seria, portanto, essencial à noção do “eu sadio”. Devido aos medos e preocupações trazidos por doenças graves, a angústia é simbolicamente mobilizada e utilizada para sustentar o “eu sadio” como uma identidade metaforicamente articulada a classe social, raça, gênero e identidades sexuais. A vulnerabilidade, o “eu doente” se ancora, assim, na imagem do “outro”. Dessa forma, quando, em uma doença como a aids, pessoas que já carregam estigmas de marginalização tornam-se atingidas e, portanto, contagiosas, as duas formas de alteridade são perigosamente combinadas. O marginalizado “outro”, agora duplamente discriminado, é visto como um perigo físico para o indivíduo e um perigo simbólico para a sociedade em geral. [...], tudo o que o “eu” quer evitar, tudo o que o “eu” receia para si,

tudo o que o “eu” não reconhece em si é simbolicamente deslocado para o “outro”. (Paulilo, 2005, p.54).

Em meados da década de 1990, enquanto ainda se acreditava que a Aids era uma doença de homossexuais homens, ela espalhava-se assustadoramente entre as mulheres, sendo aos poucos identificada como umas das principais causas de mortalidade de mulheres em idades reprodutivas, além do número significativo de nascimento de bebês portadores do vírus.

A noção de “grupos de risco” cedeu lugar à noção de “comportamento de risco”, ou seja, a prática que leva o indivíduo a exposição ao HIV, como a relação sexual sem o uso de preservativo; dessa forma, toda pessoa está vulnerável a infectar - se com o vírus, seja por práticas individuais, condição social e /ou cultural, bem como fatores políticos.

Paulilo (2005), recorda que o processo de construção da Aids exerceu, sem sombra de dúvida, influência na construção de seu risco. Dos sentidos atribuídos a ela desprenderam-se os sentidos atribuídos ao risco. As percepções do perigo associadas às situações de risco nem sempre se apresentam como decorrentes de uma escolha racional. As reações de frente aos diferentes tipos de risco podem ser consideradas a partir de comparações feitas com outros riscos, bem como através da interação com as pessoas na sociedade.

[...] No entanto, uma dessemelhança mais crucial, no que diz respeito ao risco para o HIV, pode ser levantada quando se trata de comparar países desenvolvidos e países do denominado Terceiro Mundo. A diferenciação reside na existência de causas que vão além da perspectiva individual cultural. Consistem elas

em condições políticas, financeiras, educacionais, de saúde, jurídicas, que aumentam as probabilidades de disseminação de uma epidemia e são designadas fatores de vulnerabilidade social. (PAULILO, 1999, p.55)

Para a autora, há três diferentes idéias de risco: 1) perigo, perdas, danos ou ameaça. 2) cálculo de risco. 3) assunção de riscos – que refere-se a aspectos positivos e negativos. O discurso em comportamento de risco social é um discurso na definição de problema, sobre diferentes estilos de vida, relações de poder e emoções, riscos “reais” e a gestão racional. Em teoria, o sistema de distinção entre risco e perigo é introduzido a fim de abordar o problema da incerteza como um problema de responsabilidade.

Enquanto que, para Sontag (1989), muitas abordagens convergem mais ou menos explicitamente no reconhecimento da incerteza como uma experiência fundamental da modernidade.

A AIDS é concebida de maneira pré-moderna como uma doença provocada pelo indivíduo enquanto tal e enquanto membro de algum “grupo de risco” – essa categoria burocrática, aparentemente neutra, que também ressuscita a ideia arcaica de uma comunidade poluída para a qual a doença representa uma condenação (Sontag, 1989, p.56).

Uma doença infecciosa cuja principal forma de transmissão é sexual necessariamente expõe mais ao perigo aqueles que são sexualmente mais ativos - e torna-se fácil encará-la como um castigo dirigido àquela atividade. Isso se aplica à sífilis, e mais ainda à AIDS, pois não apenas a promiscuidade é considerada perigosa, mas também uma determinada “prática” sexual tida como antinatural. “Contrair a

doença através da prática sexual parece depender mais da vontade, e, portanto implica mais culpabilidade” (Sontag, 1989, p.32).

O comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente. A transmissão sexual desta doença, encarada pela maioria das pessoas como uma calamidade da qual a própria vítima é culpada, é mais censurada do que a de outras – particularmente porque a AIDS é vista como uma doença causada não apenas pelos excessos sexuais, mas também pela perversão sexual. (Refiro me, é claro aos EUA, onde atualmente se afirma que a transmissão heterossexual da doença é extremamente rara e improvável – (como se a África não existisse).(Sontag, 1989, p.32).

A expansão da epidemia aos diversos segmentos da sociedade aponta que ela deixou de ser uma doença de elite, ou seja, passa a atingir segmentos mais pobres da população brasileira, e com menor grau de escolaridade, tornando-se potencialmente mais ameaçadora e perigosa para a população que acreditava estar livre do risco de infecção.

Retomamos Paulilo (1999), ao lembrar que dois grandes tabus da sociedade ocidental foram associados a Aids: o tabu do sexo e o tabu da morte; para ela as principais razões que levam o indivíduo a se expor ao risco de infecção são:

- A questão da construção do “eu” e do “outro” – relacionadas ao conceito de grupos de risco.
- Hierarquização do risco – camadas mais pobres da população enfrentam diversos problemas como; fome, frio, entre outros, e a Aids é só mais um problema.

- Falta de credibilidade na ciência – incertezas e contradições que permeiam a racionalidade científica.
- A questão de gênero – relação subjetiva de confiança e fidelidade no parceiro em relacionamentos amorosos.
- Busca pelo prazer – envolvem uma infinidade de elementos, desde o uso de drogas (lícitas ou ilícitas) e as mais diversas práticas sexuais.
- Fatores de vulnerabilidade social – conforme a realidade de cada país ou região.

Desde a identificação dos primeiros casos de Aids como uma nova doença infecciosa, até o momento presente, a epidemia se espalhou em múltiplas dimensões pelo mundo, considerada como uma doença moderna parece ter sido estabelecida como crônica (diante do avanço do tratamento e dos coquetéis ARV's) e epidêmica, suscitando inúmeras discussões relacionadas a sua origem, aos grupos atingidos, às respostas à epidemia, aos conceitos e preconceitos morais e sexuais.

O advento da terapia anti-retroviral (ARV) combinada (coquetel) é universal e tem distribuição por serviços públicos de saúde, ainda sem cura, a Aids tem tratamento e traz novos desafios para as pessoas infectadas pelo HIV.

Segundo a psicanalista Carmen Felicitas Lent (ALIA-2005), a infecção é como um filme que costuma ser revelado mais tarde, é necessário à consideração de aspectos subjetivos do problema, tais



como:

- Portar uma infecção extremamente discriminada na vida social;
- Sofrer as conseqüências, seja de escondê-la, seja declará-la;
- Encarar o exercício de uma sexualidade que, de expressão de vitalidade, transformou-se em possível risco de vida;
- Ter que exercer uma severa disciplina, incessante e mobilizadora, a respeito de exames frequentes, assim como da ingestão de medicações de rotinas rigorosas;
- Colocar em questão seu estilo de vida prévio à infecção.

Esses aspectos podem ser encontrados em outras enfermidades, mas elas apresentam-se praticamente juntas para os soropositivos. É traumático receber o diagnóstico Aids, ser portador de um vírus transmissível, que é um elemento de discriminação social e que provoca uma virtual deterioração física expressiva e uma eventual morte por colapso do sistema imunológico.

Para Carmen (2005) o desconhecimento gera distância e a distância gera mais desconhecimento. O desconhecimento gera também a própria existência do muro “aparthaids”. Do lado de fora do muro àqueles que não são portadores do vírus, estruturam sua percepção em relação ao muro das seguintes maneiras: 1) o pouco que aprenderam a respeito dessa epidemia é que ela afeta a grupos de risco, dos quais não fazem parte, esse assunto não tem nenhuma relação com eles e não é

para eles que estão sendo feitas as campanhas de prevenção; 2) ao não se considerar parte de algum grupo de risco, uma imensa quantidade de pessoas que mantêm uma sexualidade ativa, não está de fato em condições de afirmar a inexistência do vírus no seu organismo. Continua existindo de fato inúmeros portadores para os quais seu próprio estado é desconhecido, pode-se dizer que um enorme número de pessoas não testadas é soro-interrogativo.

Receber a sorologia positiva inicia um processo de descobrir-se (no sentido mesmo de tirar a cobertura) de coisas que aconteceram distantes no tempo e na história do sujeito, muito antes de saber da sorologia positiva para o HIV ou de a infecção ter acontecido.

A perspectiva da morte traz a questão da fragilidade humana, do quanto de uma hora pra outra, nos vemos falíveis, impotentes diante da vida, e certamente, a partir do momento em que essa perspectiva se coloca, as coisas do mundo passam a ser entendidas de outra forma, e até mesmo o passado é ressignificado.

Viver a vida em plenitude também significa continuar experimentando seu sabor amargo, isto é, a vida traz em si prazeres e desprazeres, satisfação e frustração, medos, perdas, ansiedades, e não viver essa parte da vida não é saudável. Portanto, a sorologia positiva, por mais que seja um fardo difícil, não pode nem deve eximir o sujeito de continuar a viver o bem e o mal que a vida suporta.

Hoje a epidemia tem atingido homens, mulheres, jovens e crianças, indistintamente: indivíduos de diferentes segmentos sociais, com graus de instrução variados, de diversas etnias, habitantes de grandes e pequenas cidades (interiorização do vírus), nas mais remotas regiões do país, de diferentes religiões e orientações sexuais.

A expansão da epidemia aos diversos segmentos da sociedade aponta que ela deixou de ser uma doença de elite, ou seja, passa a atingir segmentos mais pobres da população brasileira, e com menor grau de escolaridade, tornando-se potencialmente mais ameaçadora e perigosa para a população que acreditava estar livre do risco de infecção.

Uma dessemelhança mais crucial, no que diz respeito ao risco para o HIV, lembra Paulilo (1999), pode ser levantada quando se trata de comparar países desenvolvidos e países do denominado Terceiro Mundo. A diferenciação reside na existência de causas que vão além da perspectiva individual cultural. Consistem elas em condições políticas, financeiras, educacionais, de saúde, jurídicas, que aumentam as probabilidades de disseminação de uma epidemia e são designadas fatores de vulnerabilidade social.

Conforme o Instituto Panos (1992, apud Paulilo, 1999, p.11 e 12) se por um lado a epidemia da Aids trouxe impactos significativos no mundo de ordem demográfica, econômica e social, por outro, a assistência e o tratamento da Aids, apesar de todas as limitações e da precariedade dos recursos disponíveis foram marcados por aspectos positivos.

Em termos demográficos a Aids trouxe um aumento nas taxas de mortalidade em diversos países da América, Europa Ocidental e África Subsaariana, principalmente nos grupos etários entre 20 a 40 anos.

Em termos econômicos, o aumento nas taxas de mortalidade desse grupo de população, que se encontra em idade

reprodutiva, poderá desestabilizar os índices de produtividade dos países, além de reduzir drasticamente o grupo mais velho da população, na faixa dos 40 a 60 anos, o qual possui uma experiência de trabalho acumulada.

Em termos sociais, muitas famílias não conseguem manter seus filhos na escola, devido à necessidade de tê-los trabalhando ou de tê-los cuidando de alguém doente. No campo da saúde em muitos países a Aids ainda tem que dividir recursos com doenças tratáveis como, Malária e Cólera, o que torna evidente a precariedade da Saúde Pública.

Esse panorama revela que a concepção de Aids não deve ser restrita ao campo da saúde, mas inserida a um contexto mais amplo, no qual orientação sexual, pobreza, gênero e racismo se cruzam de diferentes maneiras como uma pandemia, por ser presente no mundo todo.

Marques (2003) apresenta as mudanças ocorridas em relação ao perfil social e econômico dos indivíduos com HIV/Aids no país, ressaltando que nos primeiros anos foram registrados casos em grande número de indivíduos de nível universitário. Esse número foi reduzido para 13% em 1994; e em 1996, 87% do número de pessoas soropositivas, eram indivíduos com nível primário de escolaridade ou sem escolaridade alguma. Essa faixa da população brasileira, já atingida pela maioria das doenças causadas por má-nutrição ou pelas inadequadas condições sanitárias e de vida, é agora o principal alvo da Aids no Brasil. Tal quadro torna-se mais sério diante da dificuldade de acesso desse segmento da população aos serviços de saúde pública e à informação sobre prevenção da doença.

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

Essas questões sociais são apontadas por Marques (2003) através dos seguintes fatores: 1) Nenhum país afetado pelo HIV conseguiu deter a disseminação da epidemia: 2) O HIV tem-se expandido por regiões do mundo que não haviam sido por ele atingidas; 3) O impacto da epidemia nas sociedades tem revelado sua enorme complexidade – destaca-se o impacto direto e indireto da pandemia nas mulheres.

## 2. Vulnerabilidade e Aids em Mulheres

A observação do caminho que a epidemia do HIV tem percorrido, desde seu reconhecimento inspirou a elaboração da idéia de vulnerabilidade por Jonathan Mann, em seu livro “A Aids no mundo” (1993). Esse pesquisador buscou instrumentos teórico-práticos mais efetivos para o entendimento e a atuação frente à epidemia, em particular seu avanço sobre indivíduos, populações e países mais empobrecidos, excluídos e com reduzido grau de exercício de direitos.

Vulnerabilidade, no entender do autor, aponta para a articulação de características pessoais com estruturas sociais de desigualdade (incluindo gênero, classe e raça), bem como para os sistemas de produção de significado que se geram a partir da elaboração e do rebatimento, na cultura e sobre os indivíduos, do seu lugar específico na dinâmica de produção de desigualdades, na determinação dos comportamentos individuais facilitadores da aquisição do vírus.

Cada pessoa está vulnerável a infectar-se com o vírus, a partir de suas condições sociais e individuais. Estamos vulneráveis ao contágio quando não nos preservamos (uso de preservativo na relação sexual) e podemos ser levados por sentimentos como amor, confiança e fidelidade, pela relação de gênero, visão estereotipada, uso de drogas ilícitas ou lícitas, pela influência da mídia (erotização) e até mesmo pela idade (sexualidade precoce). A droga, assim como o sexo, oferece o que o mundo tem de mais escasso: sensação de felicidade e prazer.

O conceito de vulnerabilidade utilizado por MOREIRA, 2002 (apud, VILLELA, 1998, p.130), aponta três planos, inter-relacionados e mutuamente influenciáveis, no processo de determinação

da infecção pelo HIV em indivíduos e grupos:

- O comportamento individual, que decorre das informações sobre a infecção e as formas de preveni-las transformando essas informações em ação;
- Os contextos sociais, que determina a possibilidade de acesso do indivíduo às condições capazes de reduzir sua vulnerabilidade individual;
- O contexto político, que define a prioridade dada ao combate ao HIV numa região ou país, as informações preventivas e acessos a programas possibilitando a existência de contextos sociais favorecedores à adoção de medidas de proteção.

Abordaremos a Aids e a sua epidemia entre as mulheres sustentada no conceito de vulnerabilidade de VILLELA (1998) que entende como um modo específico de inter-relação de fatores de diferentes naturezas que facilita ou dificulta a exposição de uma pessoa ou população ao HIV. Esses fatores podem ser individuais como o imaginário que se tem sobre a doença e a falta de percepção em contrair o vírus; sociais, como a desigualdade social, questões de gênero e raça e políticos, como campanhas de prevenção, serviços de saúde, ações afirmativas, entre outros.

Para Lopes & Villela (2007: 179), “há uma relação entre a violência de gênero e Aids, de fato, a infecção pelo vírus HIV na população feminina pode ser entendida como uma das consequências da

violência, seja na dimensão interpessoal, institucional ou estrutural”. No entanto ainda são poucos os estudos que buscam descrever com maior detalhe os modos como as diferentes formas de violência se articulam na construção da vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Segundo essas autoras, embora a violência de gênero contra as mulheres tenha sua face mais imediatamente visível no âmbito das relações interpessoais, esta representa a consequência limite ou paradigmática da dominação masculina, entendida não como a dominação de um homem em particular sobre uma mulher específica, mas como uma estrutura social complexa, que situa as mulheres em uma condição socialmente inferior, conforme afirmação:

Esta condição de inferioridade social tem importantes impactos sobre a saúde, sejam diretos, como no caso em que a submissão da mulher ao homem a impede de exigir o uso do preservativo, por exemplo, ou indiretos, como ocorrência de agravos relacionados à prática do sexo, decorrentes da presunção de que sexualidade é uma prerrogativa masculina “instintiva”, e que assim não haveria necessidade de educação sexual para as meninas ou para meninos. Em termos de prática de saúde, o não reconhecimento do status de cidadania das mulheres também se traduz pelo enfoque nos cuidados materno infantis, onde a prioridade, na prática, é dada à criança (LOPES & VILLELA, 2007: 179).

Ao assumir que ao lado de práticas individuais, que podem expor um indivíduo a um maior ou menor risco, Villela (1998, p.12), lembra que “existem as condições sociais de risco, determinadas por processos de desigualdade, exclusão social e desrespeito aos direitos humanos, que incidem sobre indivíduos ou populações”. A vulnerabilidade permite que se considere a real complexidade da prática



do sexo protegido pelas mulheres, bem como a sua impossibilidade para muitas.

De acordo com Moreira (2002), entender a vulnerabilidade das mulheres ao HIV é compreender como fatores sociais e culturais operam na construção das relações de gênero. Para ela todas as pessoas estão sujeitas em contrair o HIV, mas algumas características do corpo feminino podem aumentar essa vulnerabilidade:

- A concentração do HIV no fluído corporal é um fator determinante para a eficiência da transmissão, sendo que o sêmen contém uma quantidade maior que o muco vaginal;
- Durante a relação sexual a mucosa vaginal rompe-se facilmente abrindo pequenas portas de entrada para o vírus;
- Os fatores que tornam a mucosa vaginal mais vulnerável estão relacionados à insuficiência da lubrificação vaginal, condições patológicas, como irritações ou infecções muitas vezes não percebidas pelas mulheres;
- Relações sexuais desprotegidas principalmente no período menstrual;
- Alguns contraceptivos também criam um ambiente favorável à penetração do vírus.

Em consonância, Xavier (1997) cita Lowndes e Giffin (1995):

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

Enquanto acreditava-se que a Aids era uma doença de homossexuais homens, ela espalhava-se entre as mulheres, sendo uma das principais causas de mortalidade de mulheres em idades reprodutivas, que conseqüentemente aumenta o número de bebês portadores do vírus.

A recomendação de que se ofereça a todas as gestantes a oportunidade de fazer o teste anti-HIV está longe de ser uma realidade prática dentro dos serviços. Estudos realizados em diferentes países revelaram que a aceitabilidade ao exame no período do pré-natal tem maior adesão quanto existe um serviço de aconselhamento, a garantia de confidencialidade e a explicitação dos benefícios para a mãe e a criança (incluindo tipo de tratamento disponível e a diminuição da infecção perinatal) relacionados ao diagnóstico precoce da infecção. (Revista de Medicina, Conselho Federal; ano XII nº 93, maio/98.).

Longe de ser uma doença de prostitutas e mulheres promíscuas, a Aids tem se configurado como um problema da população feminina em geral, e particularmente daquela com menor acesso às informações e serviços de saúde.

Além disso, quando a mulher adoece, geralmente não tem quem cuide dela, pois sendo ela é cuidadora de todos os membros da

família, muitas são abandonadas pelo parceiro ao manifestarem os sintomas da doença.

A vulnerabilidade da mulher está ligada a sua dependência social, econômica, e psicológica para com os homens. A mulher é tolerante sexualmente e o casamento torna-se, portanto um dos fatores de risco, pois mulheres casadas podem se contaminar através de seus maridos infiéis.

O amor e a paixão apresentam ainda outro componente que mantém afastado o risco, emerge assim um sentimento de invulnerabilidade típico de pessoas apaixonadas. A sensação de plenitude e encantamento na qual submergem os apaixonados funciona com uma redoma de vidro, a protegê-los.

A subalternidade da mulher em relação ao homem é uma questão de gênero, decorrente das construções simbólicas da masculinidade e feminilidade, o masculino tem por gosto o sexo, enquanto que o feminino é fiel e passível. A mulher tem menor liberdade de agenciamento da sua própria vida sexual, assim como menos poder de decisão no uso do preservativo com seu parceiro sexual, e vale ressaltar que, o principal método disponível no momento para a prevenção da infecção é de controle e uso masculino.

Por esses motivos, acreditamos que a população feminina está mais vulnerável a epidemia do HIV devido aos fatores relacionados à desigualdade de gênero.

Antigamente os estudos sobre a diferença entre os sexos baseavam-se em princípio, ao funcionamento sexual do homem e da mulher. A mulher não só precisa sentir prazer para conceber, como não

precisa nem ao menos estar consciente.<sup>10</sup>

No final do Iluminismo, a ciência médica deixa de considerar o orgasmo feminino relevante para a geração, e a independência da concepção com relação ao prazer criou o espaço no qual a natureza da mulher podia ser redefinida, debatida, negada ou qualificada. A presença ou ausência do orgasmo tornou-se um marco biológico da diferença sexual.

No século XVIII, o corpo feminino era interpretado em relação ao masculino, a vagina era vista como um pênis interno, os lábios como prepúcio, o útero como o escroto e os ovários como testículos. Assim o antigo modelo classificava homens e mulheres conforme a metafísica do corpo e seu calor vital (orgasmo), cuja causa final era masculina, ou seja, havia uma anatomia que substituíria uma metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem.

Com as mudanças sociais e políticas houve uma reinterpretação dos corpos. Para Laqueur (2001, p. 17) não só os sexos são diferentes, como são diferentes em todo o aspecto concebível do corpo e da alma, em todo aspecto físico e moral. Ser homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural; daí a compreensão de gênero como categoria cultural.

O interesse em buscar evidência de dois sexos distintos, diferenças anatômicas e fisiológicas concretas entre ambos, surgiu

---

<sup>10</sup> Conta-se que, em 1836 um monge velava pelo corpo de uma jovem durante a noite, atraído pela beleza da moça, o rapaz deixou de lado a conveniência, esqueceu seus votos e tomou liberdade com a morta, permitida de fossem casados. Envergonhado, o monge necrófilo partiu na manhã seguinte; quando o caixão estava para ser enterrado à moça começou a mexer-se e logo depois voltou à vida. Ela não havia morrido estava em coma e posteriormente veio dar à luz. (Laqueur, 2001: 14)

somente, quando essas diferenças se tornaram politicamente importantes. Quando as diferenças foram descobertas, já eram em sua representatividade, marcadas pela política de poder de gênero.

A mulher é o oposto, o outro do homem: ela é o não-homem, o homem a que falta algo, a quem é atribuído um valor, sobretudo negativo em relação ao princípio primeiro masculino. A mulher não é um outro ser, no sentido de alguma coisa fora de seu alcance, mas um outro intimamente relacionado com ele, a imagem daquilo que ele não é e, portanto, uma lembrança essencial daquilo que ele é (LOPES, 1996, p. 12)

A subalternidade da mulher em relação ao homem é uma questão de gênero, decorrente das construções simbólicas da masculinidade e feminilidade, o masculino tem por gosto o sexo, enquanto que o feminino é fiel e passível. A mídia retrata imagens da mulher como objeto de desejo e consumo, como dependente, ansiosa de amparo e proteção, dentro do lar, como boa mãe e esposa.

Para Villela (2005, p.68), os comportamentos individuais e suas mudanças possíveis estão sobredeterminados: os comportamentos individuais das mulheres, e também dos homens, em relação ao seu corpo, à sexualidade e também aos significados de uma relação estável estão marcados por uma cultura que situa o sexo como coisa de e para homens; os serviços de saúde confirmam e reproduzem esse ditame cultural.

Ao abordar a mulher prioritariamente enquanto mãe, e a sua sexualidade apenas na dimensão da reprodução, e ao excluir os homens das ações de cuidado à saúde, as políticas sociais confirmam e reproduzem a perspectiva de que as mulheres devem ser dependentes

dos homens, na medida em que não mostram agilidade em resolver questões estruturais que poderiam contribuir para sua autonomia, como políticas de emprego, e renda não específicas e não-paternalistas. Em contrapartida, reforça a perspectiva de os homens, ao serem provedores adquirem direitos e poderes sobre seus corpos.

Apesar da imagem da Aids estar associada à sexualidade, e mais especificamente à sexualidade masculina, a história da doença tem apresentado características contrárias a essa noção presente no imaginário popular. Alguns autores ressaltam que em nenhuma outra parte do mundo, a epidemia do vírus HIV, sofreu transformações tão profundas e uma feminilização tão rápida quanto no Brasil.

A escolha em usar o preservativo nas relações sexuais, e o fazer corretamente, muitas vezes é um desafio para as mulheres. Além de exercer a autonomia na relação com seu companheiro que nem sempre aceita o uso de preservativos, deve decidir sobre sua vida sexual e assumir as conseqüências indesejáveis ou não-planejadas como contrair uma doença sexualmente transmissível (DST) ou engravidar.

Grande parte das mulheres com HIV/ Aids no Brasil são donas de casa ou subempregadas com baixo grau de instrução. Esse fato é comprovado pelo elevado número das mortes femininas com essas características, ou seja, entre 1991 e 1993, 75% das mortes de mulheres em São Paulo e no Rio de Janeiro, foram causadas por Aids.

Somente em 1990 setores ligados ao governo e ao controle da epidemia reconheceram uma mudança no perfil de disseminação da doença, o que os dados epidemiológicos começaram a demonstrar em 1986 (Villela, 2005).

O medo de se infectar pelo HIV pelas mulheres é menor que o medo de simplesmente sugerir aos seus parceiros o uso do preservativo, além disso, as mulheres que tentam introduzir o preservativo na relação sexual podem ser percebidas pelo marido como “preparadas demais” para o sexo ou desconfiadas da infidelidade do parceiro (MOREIRA apud, PEARL, 1990, p.136).

Dados do Ministério da Saúde apontam a Aids como a principal causa de mortalidade entre mulheres de 15 a 49 anos, o fato de a epidemia ter atingido mulheres em idade reprodutiva tem como consequência um aumento progressivo do número de bebês portadores do vírus (transmissão vertical).

Para Moreira (2002), o crescimento proporcional de casos atribuídos às relações heterossexuais e o crescente número de casos entre as mulheres, condizem com um impacto cada vez maior da infecção pelo HIV entre as populações mais pobres e carentes, por limites existentes à informação e educação, na adoção de práticas seguras, com difícil compreensão e percepção da sua vulnerabilidade ao HIV.

Paralelo a femininização da Aids houve o processo de pauperização, ou seja, é cada vez maior o número de diagnósticos, muitas vezes tardio, em relação ao segmento de baixa renda. Para este segmento há uma necessidade de ampliação do conceito de proteção social para os portadores de HIV/Aids, devido à falta de apoio da família e/ou ausência ou insuficiência de renda.

No Brasil, a Aids disseminou-se entre os moradores de comunidades mais pobres, principalmente entre as mulheres, entre os de

menor educação formal e entre aqueles inseridos em ocupações mal-remuneradas ou excluídos do mercado de trabalho formal.

Diferentes mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão relacionada ao gênero, à etnia, à faixa etária e ao modo de exercer a sua sexualidade também interferem no grau de saúde das populações, ao facilitar a ocorrência de alguns agravos ou ao dificultar o acesso aos meios para sua prevenção e cuidado.

Por isso, acreditamos que focar somente as mulheres nas campanhas preventivas pode ser considerado “machismo” ou “sexismo”, pois as mesmas mensagens dirigidas às mulheres devem alcançar os homens para que estes se preocupem em praticar sexo mais seguro. A maioria das campanhas preventivas trata os homens como desinteressados e não receptivos a respeito de questões ligadas à saúde.



### **3. O recorte racial/étnico do vírus HIV/Aids**

Segundo Werneck (2001), as mulheres negras são maioria, na população negra, na população pobre, provavelmente também um dos maiores contingentes da população brasileira e um dos principais segmentos excluídos da sociedade brasileira.

Atingidas pela violência estrutural que se baseia no racismo e no sexismo, a maioria das mulheres negras vivencia condições de extrema pobreza, sem acesso a recursos básicos como educação, habitação, saúde e emprego.

Para a autora, que é médica e ativista do Movimento de Mulheres Negras, a epidemia da Aids no Brasil tem atingido mais as mulheres, por fatores de vulnerabilidade social, principalmente aquelas com menor escolaridade e renda. Para Werneck (2000, p. 95), “as mulheres negras estão mais vulneráveis, pois falta acesso à informação e aos meios de prevenção de infecções, bem como falta de acesso a serviços de saúde para diagnósticos”.

Esta autora deixa claro, ainda, que o perfil epidemiológico da população negra é diferencial em relação à população branca, ainda que, sejam poucos e recentes os dados que diferenciam a incidência de soropositivos conforme a raça.

É lamentável que no Brasil haja uma ausência de informações estatísticas e sociais sobre a doença, pois conforme Cohn (2002), os bancos de dados existentes sobre Aids não possuem variáveis sociais relacionadas à população infectada e diagnosticada, com exceção do registro precário do nível de escolaridade, variável que indiretamente

poderia indicar níveis socioeconômicos desses indivíduos. Esta ausência de informações interfere no conhecimento de quem realmente são os infectados pelo HIV e prejudica a identificação dos grupos mais vulneráveis na implantação de políticas de prevenção e assistência.

A inclusão da variável raça<sup>11</sup> nos bancos de dados referentes à epidemia do vírus HIV, no Brasil é recente, ao contrário de outros países, que consideram esta variável fundamental nos sistemas de informação. Não só é recente como deficiente, quando preenchida erroneamente ou não preenchida.

Os negros no Brasil já representam 45% do total da população, e localizam-se em sua imensa maioria nas periferias constituindo a classe pobre e trabalhadora. Apesar de ter grande influência positiva nos aspectos socioculturais a nível nacional, sua participação social, econômica e política ainda são insignificantes.

Apesar das mulheres negras sempre terem trabalhado fora de casa, primeiro como escravas e depois nas fabricas, na prestação de serviços domésticos ou como vendedoras ambulantes, circulando por muitos espaços públicos, no Brasil, as mulheres recebem em média metade do salário dos homens e as mulheres negras, a metade do que ganham as mulheres brancas.

As mulheres negras e pobres também são maioria quando determinados sistemas potencializam desigualdades sociais relacionados

---

<sup>11</sup> Atualmente, a população brasileira é classificada em cinco categorias de cor: preta, parda, branca, amarela e indígena, entende-se a população negra como a somatória de pretos e pardos. A dimensão cor ( assim como a categoria sexo), mesmo sendo um operador básico da diferença, não engloba a dimensão moral, social e política da classificação negra. Numa sociedade multirracial, em que a autodefinição é importante, mulatas (os) ou morenas (os) não são brancas(os) nem pretas(os).

à distribuição de doenças, pois de acordo com (Barata, 2009: 11), “as desigualdades sociais podem produzir diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais tais como riqueza, educação, ocupação, raça, etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho”.

A Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN) considera que é grave e insistente a questão do racismo no Brasil, que persiste mesmo após uma série de conquistas institucionais. O racismo se reafirma no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura discriminatória, influencia a vida, as instituições e as relações entre as pessoas. Essa condição é histórica e traz consigo o preconceito, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residentes em áreas urbanas ou rurais e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (PNSPN, 2009).

Do ponto de vista institucional (que envolve as políticas, os programas, e as relações interpessoais) deve se considerar que as instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura. Esse comprometimento é resultante do racismo institucional:

O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos

racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições (PNSPN, 2009, p.20).

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias (PNSPN, 2009, p.20):

- a) Geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite;
- b) Adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, **DST/HIV/Aids** (grifo nosso), mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);
- c) Evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no país.

A constituição do Programa Nacional de Saúde da População Negra foi possível graças às mobilizações de diferentes segmentos sociais e políticos em diversas instâncias municipais, estaduais e federais.

Este, ao lado da marca da participação, trouxe também a rapidez da incorporação tecnológica – especialmente no que se refere à

utilização de medicamentos e sua disponibilização à população infectada. Como isso, o Brasil conseguiu promover importantes alterações na evolução da epidemia, permitindo uma espécie de “cronificação” da infecção, ao lado da redução do impacto dos estigmas (Werneck, 2012)<sup>12</sup>,

Diante da relativa estabilização da epidemia, a autora nos alerta para a crescente associação entre o HIV/Aids e vulnerabilidade social mostrando a crescente presença da epidemia entre a população negra. Informações colhidas em 2008 pelo Ministério da Saúde mostram que existia uma tendência de crescimento da epidemia na população negra, sobretudo na população que se auto-declara parda.

Entre negros do sexo masculino registrou-se:

- 1.157 casos ao ano em pretos – 10,5% dos casos (constante);
- 3.924 casos ao ano em pardos –35,6% dos casos (aumento expressivo).

Entre mulheres negras:

- 851 casos ao ano em pretas – 13% dos casos (tendência de aumento);
- 2376 casos ao ano em pardas –36,3% dos casos (aumento expressivo).

Assim, foi possível constatar naquela data uma queda na razão branco/negros: entre homens, a queda foi de 1,7:1 em 2001 para 1,1:1

---

<sup>12</sup> Dados retirados da versão impressa enviada por correio eletrônico, como arguição na Banca do Projeto de Qualificação da presente pesquisa, em maio de 2012.

em 2008. E entre mulheres a queda evoluiu de 1,6:1 em 2001 para 1,0:1 em 2008.

A taxa de mortalidade por Aids entre jovens negras é quase o dobro daquela apresentada pelas jovens brancas. Conforme tabela abaixo:

**Taxas de mortalidade nas principais causas em mulheres negras e brancas de 10 a 29 anos, Brasil, 2008. \***

<b>Causas determinadas</b>	<b>Negras Tx. mortalidade</b>	<b>Branças Tx. mortalidade</b>
<b>Total **</b>	<b>51,2</b>	<b>38,1</b>
Demais causas externas	10,2	9,4
Homicídios	6,8	3,4
Acidentes de trânsito e transporte	6,1	6,5
Mal definidas	3,8	2,0
Mortes maternas	3,3	1,6
Outros acidentes	2,2	1,3
<b>AIDS **</b>	<b>2,2</b>	<b>1,4</b>
Suicídios	1,8	1,4
Lesões intencionais indeterminadas	1,6	0,8
Pneumonias	1,4	1,2
Doenças cerebrovasculares	1,2	1,1
Leucemias	1,1	1,0
Septicemia	0,7	0,5
Anemias	0,7	0,5
Diabetes mellitus	0,6	0,6
Insuficiência renal	0,5	0,3

**Fonte: SIM/SVS/MS**

Estes dados ressaltam Werneck (2012), foram produzidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e falam

do ano de 2008. Apesar dos números evidenciarem a necessidade do acompanhamento da trajetória da epidemia de acordo com a raça/cor das pessoas, o país não tem dedicado a gama de recursos equivalentes a este fenômeno, quando comparada à fase anterior, de forte predomínio da epidemia na população branca, em homens brancos em particular.

Para a autora, esta negligência ou insuficiência ocorre paralelamente à constatação da crescente feminização da epidemia, que permite interrogar a crescente vulnerabilidade das mulheres negras. No entanto, tais questões permanecem pouco abordadas nas políticas públicas, ainda que seja urgente a apresentação de respostas qualificadas.



### 3.1. População Negra em Florianópolis

Segundo Estudo dos Indicadores Socioeconômicos da População Negra da Grande Florianópolis, publicado neste ano (Março, 2012), pela Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial de Florianópolis<sup>13</sup>, durante mais de 300 anos, o fluxo de escravos para a região Sul do país teve origem da África, mas também de regiões portuárias do Nordeste do país.

Com a Lei Eusébio de Queiros e outras medidas que inviabilizaram o tráfico negreiro, o número de crioulos e negros nascidos no Brasil foi aumentando, em detrimento da redução dos africanos. Em Santa Catarina, o tráfico interno de mão-de-obra era marcante, o que contribuiu para a diminuição no número de escravos. (COPPIR, 2012: 06).

Atualmente, esse estado possui uma pequena presença de afro-descendentes, pois no passado se caracterizou como uma colônia de povoamento, sendo a economia voltada para subsistência e a população marcada pela presença de imigrantes europeus. Em regiões que foram colônias de exploração, marcadas pela necessidade da mão-de-obra escrava, hoje em dia percebe-se que há um número maior de negros na população.

Em um cenário ainda mais recente, a população negra voltou a ser maioria oficial no país nos últimos 5 anos. O estado de Santa

---

<sup>13</sup> Disponível em: [http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas\\_noticias/2012/04/coppir-lanca-relatorio-sobre-estudos-socioeconomicos-da-populacao-negra-da-grande-florianopolis](http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2012/04/coppir-lanca-relatorio-sobre-estudos-socioeconomicos-da-populacao-negra-da-grande-florianopolis). Acesso dia: 20/09/2012.

Catarina é o que tem menor proporção de negros em seu contingente populacional, enquanto os estados de Pará, Bahia e Maranhão possuem as maiores proporções. Os negros são metade da população brasileira, mas em média 65% dos pobres, aproximadamente 15% são analfabetos e possuem um rendimento médio 25% inferior aos não-negros. As profissões de menor reconhecimento social são em sua maioria ocupados por negros. Quando negros e não negros possuem as mesmas condições para ocupar determinada vaga no mercado de trabalho, normalmente os brancos são privilegiados. (Coppir, 2012: 06 )

Conforme o estudo mencionado, a composição da população brasileira segundo a classificação racial, cerca de 51% dos habitantes se auto intitulam negros (IBGE - Censo Demográfico 2010). Este cenário é consequência do grande crescimento da população negra, que se acentuou substancialmente do ano 2000 para 2010, atingindo uma taxa média anual de crescimento de 2,47% neste período, o que resultou em um aumento de 9% da população negra de 1991 a 2000 e posteriormente de 28% até 2010. A quantidade de habitantes não-negros no país, até então superior, passou a ser menor que a de negros.

Enquanto que, a população da Região Metropolitana de Florianópolis apresenta uma distribuição segundo a classificação racial bastante distinta do cenário nacional. Este fato é observado em toda a região sul do Brasil e reafirmado pelo estado de Santa Catarina que possui a menor proporção de negros do país (15,35%). Apesar disso, a Região Metropolitana de Florianópolis acompanhou a tendência nacional de crescimento da população negra apresentando taxas médias anuais de crescimento superiores à população de não-negros no período analisado, com crescimento médio de 4,96% de 1991 a 2000 e 6,64% de 2000 a 2010. Como resultado, a população de negros na Região

Metropolitana de Florianópolis sofreu um aumento de 55% de 1991 a 2000 e de 90% de 2000 a 2010. (Coppir, 2012: 12).

Destaca-se o grande aumento no número de habitantes sem declaração racial tanto no Brasil quanto na Região Metropolitana de Florianópolis no ano 2000. No Brasil cerca de 535 mil habitantes não declaravam cor em 1991, aumentando para próximo de 1 milhão e 200 mil em 2000 e retornando a cerca de 7 mil em 2010. Na Região Metropolitana de Florianópolis a quantidade de habitantes sem declaração de raça saiu de cerca de 2 mil em 1991 para 4 mil em 2000 e posteriormente caiu para menos de 50 habitantes em 2010.

A Região Metropolitana de Santa Catarina apresenta forte concentração da população negra do estado (91%) em quatro das vinte e duas cidades desta região conforme gráfico abaixo. Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu também despontam como os municípios mais populosos e que possuem a maior proporção de negros na população, o que é exposto na tabela abaixo. Além disso, esses municípios são responsáveis por 87% do Produto Interno Bruto da Região Metropolitana de Florianópolis (IBGE- Produto Interno Bruto dos Municípios 2005-2009). (Coppir, 2012: 14)

Proporção de Negros da Região Metropolitana de Florianópolis, por município.	
<b>Município [%]</b>	
Biguaçu	15,59%
Palhoça	15,09%
São José	15,06%
Florianópolis	14,68%

São Pedro de Alcântara 14,08%
Canelinha 13,30%
Tijucas 13,22%
Alfredo Wagner 12,06%
Paulo Lopes 10,80%
São João Batista 10,67%
Garopaba 9,05%
Santo Amaro da Imperatriz 7,79%
Governador Celso Ramos 7,18%
Nova Trento 7,06%
Rancho Queimado 6,70%
Antônio Carlos 5,90%
Águas Mornas 5,10%
Anitápolis 3,89%
Major Gercino 2,71%
Angelina 2,19%
São Bonifácio 1,73%
Leoberto Leal 0,95%

*Fonte: IBGE – Censo Demográfico*

Este mesmo estudo dos indicadores socioeconômicos da população negra de Florianópolis destaca o recorte de gênero, observa-se que a distribuição de homens e mulheres no Brasil e na Região Metropolitana de Florianópolis é equânime: 51% dos habitantes são mulheres (para cada habitante homem existem 1,03 mulheres no ano de 2000 e 1,04 em 2010). Esta proporção é também observada no ano

2010, evidenciando que o crescimento do número de habitantes homens e mulheres tem sido muito próximo. (Coppir, 2012: 15).

Quando considerada a população negra, a distribuição segundo o gênero é similar, porém a situação se inverte: 51% da população negra são homens tanto no Brasil, quanto na Região Metropolitana de Florianópolis em 2000. Este cenário permanece inalterado na Região Metropolitana de Florianópolis em 2010 e se equaliza em 50% nacionalmente, o que é exposto no gráfico abaixo. As taxas de crescimento para os habitantes com classificação racial negra, porém, são substancialmente superiores. (Coppir, 2012: 15).

Crescimento da População segundo o Gênero e Raça, 2000 - 2010	
<b>Brasil RM - Florianópolis - Brasil RM - Florianópolis</b>	
Homens	11,73% - 23,32% - 1,12% - 2,12%
Mulheres	12,84% - 24,63% - 1,22% - 2,23%
Homens negros	25,87% - 89,51% - 2,33% - 6,60%
Mulheres negras	29,33% - 91,10% - 2,61% - 6,69%

*Fonte: IBGE – Censo Demográfico*

Segundo o estudo, a população feminina apresenta uma concentração levemente maior de habitantes em faixas etárias superiores no comparativo com a população masculina: 23% das mulheres da Região Metropolitana de Florianópolis possuem 50 anos ou mais de idade, contra 20% da população masculina. As mulheres constituem maioria da população no país e na Região Metropolitana de Florianópolis. (Coppir, 2012: 22).

Com relação à renda o estudo aponta que, enquanto o rendimento mensal domiciliar *per capita* do não-negro alcança o valor de R\$ 915, 87, o do negro apresenta o valor de R\$ 552,50. Em termos reais, a menor diferença ocorre em 2004, no valor de R\$ 285,67, enquanto a maior diferença ocorre em 2009, no valor de R\$363,38. Em termos nominais, a menor diferença ocorre em 2004, no valor de R\$ 220,18, enquanto a maior diferença ocorre em 2009, no valor de R\$ 363,38.

Considerando os aspectos de gênero, para mulheres no Brasil foi observado um aumento relativo na razão de rendimento médio em torno de 18,35%, embora tenha ocorrido, uma redução da razão para a Região Metropolitana de Florianópolis para as mulheres no valor de 1,65%, ou seja, um aumento da desigualdade entre mulheres negras e não-negras. Para os homens a desigualdade expressa pela razão diminuiu, tanto no Brasil como na Região Metropolitana de Florianópolis. Na primeira região, ocorre um aumento de 20,71% enquanto que, para a segunda, um aumento de 4,41%. (Coppir, 2012: 27).

“... a partir de todas as descrições apresentadas, observa-se que os negros, para quase todas as classificações, possuem rendimento médio menor do que os não-negros. A média da diferença entre o rendimento mensal *per capita* de negros e não-negros é de R\$ 324,65, e não diminui, de forma relevante. Na Região Metropolitana de Florianópolis, de 2001 para 2009, a razão de rendimento médio entre negros e não-negros foi de 61,67% para 82,41% no meio rural e de 69,26% para 67,17% no meio urbano. Classificando por gênero, a razão do rendimento médio para mulheres foi de 77,83% para 76,54%.

e para homens foi de 62,73% para 65,51%. Para nenhuma das classes de ocupação apresentadas, observou-se negros com rendimento médio igualitário à de não-negros, exceto funcionários públicos estatutários em 2001 e trabalhadores domésticos com carteira de trabalho assinada em 2009. No ano de 2001, a média da razão do rendimento médio para todos os níveis de escolaridade é de 77,93%. No ano de 2009 esse valor sobe para 89,53%. Entretanto, essa média é enviesada pela razão do rendimento médio obtido para a parcela da população com ensino superior completo. Existe uma proporção maior de negros em condições de indigência e pobreza, na Região Metropolitana de Florianópolis, do que não-negros nesta mesma posição, no ano de 2010.”(Coppir, 2012: 47).

Já com relação aos estudos e o recorte de gênero, a quantidade de mulheres no Ensino Superior é aproximadamente 8% menor do que a de homens. Para os negros, esta diferença é ainda maior chegando a 14%. Quando calculada a composição de sexos dos alunos, as mulheres negras representam 46% dos alunos negros e 5% do total de alunos. (Coppir, 2012: 57).

Com relação aos dados da população negra na região metropolitana de Florianópolis, saltamos dos dados acadêmicos para destacar os aspectos relativos à saúde.

Dessa forma, o estudo ainda aponta que, a taxa de fecundidade está representada como o número médio de filhos por mulher em idade fértil, sendo esta segmentada entre negra e não-negra. Para os dois grupos de raça, há uma tendência de queda desse indicador. Porém, a taxa de fecundidade ainda é mais alta para mulheres negras, **indicando uma possível falta de acesso às informações de controle**

**de natalidade, bem como, medidas preventivas** [grifo e acréscimo deste nosso]. Em Santa Catarina, tal diferença é ainda mais notória: no último ano, para o Brasil o número médio de filhos das mulheres negras é 35% maior, enquanto no estado em evidência é de 51,49% superior. (COPPIR, 2012: 113).

Ao verificar os procedimentos realizados em mulheres – nesse caso, exames preventivos de câncer de mama e câncer de colo de útero –, é possível concluir, seguindo o corte populacional de 14,01% de pessoas da raça negra entre as mulheres no município de Florianópolis, que não há um acesso equivalente ao ginecologista, principalmente no que diz respeito aos exames de mamografia. Tal fato sugere uma possível adoção de políticas públicas voltadas à mulher negra visando viabilizar uma equidade racial nessa questão de controle de saúde. (COPPIR, 2012: 114).

Sobre a importância do pré-natal e redução da mortalidade infantil das crianças negras:

Apesar de constatados um maior número de nascidos por parto cesário no total, os nascidos negros estão mais concentrados em operações de parto vaginal. Do total de nascidos negros no mesmo período, em média 62% foram concebidos pelo parto mais “natural”. Com relação aos não-negros, a situação é inversa, estando em média 54% dos nascimentos concentrados no parto cesário. Tal fato sugere uma menor prevenção sobre partos da população negra, através de consultas e acompanhamentos ao longo da gravidez. Alguns partos vaginais poderiam ser não aconselháveis e poderiam ser identificados por fatores preventivos, igualando as proporções dos tipos de parto entre negros e não-negros. Dessa forma, poderia haver uma contribuição, mesmo que pequena, para redução da mortalidade infantil de crianças nascidas de mulheres negras,



através desse acompanhamento antes do período de gestação. (COPPIR, 2012: 115).

Por fim, a análise de alguns dados saúde indicou uma diferenciação entre expectativas de vida e taxas de mortalidade infantil e fecundidade entre a população negra e não-negra. Em geral, negros possuem menor esperança de vida, maiores riscos de terem filhos mortos na infância e maior número de nascimentos por mulher negra.

Dessa forma, nos baseamos neste estudo apresentado pela Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial de Florianópolis de modo ilustrativo e que, venha de encontro com a presente pesquisa acerca das desigualdades enfrentadas pela população negra, em especial pelas mulheres negras. Neste ínterim, no capítulo seguinte, pretendemos apresentar o caminho metodológico percorrido, a análise dos dados, bem como a interpretação das falas, dos sujeitos da pesquisa e que vão de encontro às categorias teóricas centrais discutidas neste estudo acadêmico.

## **II CAPÍTULO**

### **AS INTERSECCIONALIDADES REFLETIDAS NA TRÍPLICE DESIGUALDADE DAS MULHERES NEGRAS SOROPOSITIVAS**

#### **1. Caminho Metodológico.**

Ao definirmos que o nosso objeto de estudo seriam mulheres negras (de Florianópolis/SC) portadoras do vírus da AIDS iniciamos um longo percurso metodológico no sentido de localizar os sujeitos para a nossa pesquisa.

Inicialmente, entramos em contato com a coordenadora da ONG “Arco Iris”<sup>14</sup>, que desenvolve um trabalho junto ao Presídio Feminino Municipal, com o objetivo de solicitar autorização para visitar as detentas e ver a possibilidade de entrevistar mulheres de cor preta ou parda, portadoras do HIV/Aids.

Após inúmeras tentativas, fomos informadas que para entrar no Presídio como pesquisadora é necessário solicitar autorização para mais de uma Organização, seguindo vários passos dentro de uma lógica burocrática para finalmente obter o aval da Secretaria de Segurança Pública. Concluímos que seria um tempo muito longo para o período que tínhamos para desenvolver a pesquisa.

Continuando o nosso percurso, visitamos uma das ONGS existentes, atualmente, no Município de Florianópolis, que é referência

---

<sup>14</sup> O Instituto Arco-Íris é uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), entidade não governamental, de Utilidade Pública e Sem Fins Lucrativos que tem com algumas de suas finalidades: a promoção da saúde, da cidadania, prevenção ao HIV/DST/AIDS, Redução de Danos Associados ao Consumo de drogas entre outras. Disponível em <http://www.arcoiris-br.org/>

para portadores de HIV/Aids: o Grupo de Apoio a Portadores de HIV/AIDS (GAPA).

Fomos bem recebidas pela Assistente Social, porém a condição para ficar acompanhando as mulheres que procuram a ONG, na tentativa de localizar mulheres negras portadoras do HIV/AIDS seria, que atuássemos como estagiária de Serviço Social, uma vez que estavam carentes de recursos humanos para assumir as atividades. Apesar de sermos profissionais de Serviço Social, cursando mestrado, permanecemos na entidade por um mês realizando vários tipos de tarefa, com a esperança de identificar sujeitos para nossa pesquisa.

Atualmente, o GAPA vem atuando apenas de forma filantrópica, servindo almoço para moradores de ruas, o que não deixa de ser importante para a cidade, diante de tantas pessoas nessas condições. Porém, a instituição perdeu o seu foco que deveria ser o de atender pessoas soropositivas, impossibilitando-as de acessar um acolhimento com dignidade, receber orientações, atendimento social e/ou psicológico, entre outras demandas. Além disso, o local onde funcionam as dependências físicas do GAPA está abandonado, sem manutenção, em condições insalubres demonstrando o descaso para com as políticas públicas no Município. Outro fator problemático é que o GAPA está localizado em um endereço público, conhecido pela população florianopolitana, o que estigmatiza as pessoas que vão até o local, ou seja, não foi possível realizar a pesquisa nesta instituição.

Imbuídas de nova esperança em relação ao nosso percurso metodológico, fomos conhecer a outra ONG que presta serviços a pessoas portadoras do vírus do HIV/AIDS, a Fundação

Açoriana Para o Controle da Aids (FAÇA), na qual também fomos bem recebidas e convidadas a exercer um trabalho voluntário junto a mesma, cuja experiência será relatada no item a seguir.

### **1.1. A Fundação Açoriana Para o Controle da Aids e a Atuação do Serviço Social junto aos portadores de HIV.**

A Fundação Açoriana para o Controle da Aids (FAÇA), existe há 20 anos e foi criada pela Assistente Social Lourdes Sardá<sup>15</sup>. Desde o início de suas atividades a ONG se mantém através do financiamento decorrente de projetos sociais, enviados tanto para a Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, como para o Ministério da Saúde a nível Federal.

Em seus documentos de fundação, consta como missão da FAÇA: promover com eficiência e qualidade a prevenção das DST's, HIV/Aids e Hepatites Virais junto à sociedade, fornecer suporte às pessoas soropositivas e seus familiares, reconhecendo-os como importantes agentes de transformação social e no controle de políticas públicas de saúde. Oferecer serviços de assessoria jurídica, psicoterapia individual e grupal, e acolhimento e orientações ao portador do HIV. Realizar palestras sobre DST's, HIV/Aids e Hepatites Virais em empresas privadas, órgãos públicos, e para diferentes grupos e organizações integrantes das comunidades de periferia, difundindo a prevenção, as orientações sobre adesão ao tratamento, a necessidade do pré-natal objetivando a não transmissão vertical, a melhora na qualidade

---

<sup>15</sup> Constam nos documentos da FAÇA que a referida Assistente Social trabalhou no GAPA juntamente com a atual coordenadora desta ONG. Mas depois de um sério desentendimento entre ambas, a Assistente Social desvinculou-se do GAPA e criou a FAÇA.

de vida do soro-positivo, além da distribuição de preservativos e materiais informativos.

A FAÇA também se faz presente regularmente em campanhas preventivas dos órgãos públicos federal, estadual e municipal e em datas comemorativas como no Carnaval e dia Mundial de Luta contra a Aids, comemorado em 01 de Dezembro.

Embora a FAÇA tenha um histórico de projetos sociais e de ações exitosas no campo da saúde, dos direitos e da assistência social direcionadas para as pessoas portadoras de HIV/AIDS que dela necessitam, atualmente a instituição também vem passando por sérias privações em relação a recursos financeiros e humanos: as pessoas que trabalhavam na FAÇA, antes da chegada da pesquisadora, eram o coordenador (engenheiro aposentado e portador do HIV) que tinha como principal tarefa coordenar as Oficinas de Prevenção, e uma senhora voluntária de 60 anos de idade que realizava o acolhimento das pessoas.

Ciente dos limites desta ONG, a pesquisadora optou por inserir-se no cotidiano da Instituição, no primeiro momento enquanto “observadora participante” com o principal propósito de identificação de possíveis sujeitos para a pesquisa. Porém, conforme as demandas surgiam para a pesquisadora, profissional do Serviço Social, passamos a prestar o acolhimento sistematizado através de um atendimento social à pessoas portadoras de HIV/Aids e/ou familiares que buscavam informações e orientações em relação ao sistema previdenciário.

Com o passar do tempo, conquistamos o espaço de atuação da Assistente Social, implantando instrumentos sistematizados

para suas ações, o acolhimento de pessoas que buscavam informações, bem como o espaço de fala para verbalizem suas angústias diante do descobrimento do vírus, bem como o encaminhando de demandas que remetiam às relações familiares e sociais, além de orientar sobre questões previdenciárias e sobre os direitos que elas possuíam em relação as demais políticas públicas.

Para a Assistente Social Narciso (2003), que atua junto à pacientes portadores de HIV/Aids no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, o atendimento individual do Assistente Social, pauta-se na abordagem educativa e reflexiva visando orientar e informar sobre o tratamento, direitos e deveres do soropositivo, questões trabalhistas previdenciárias e jurídicas. Atua também diretamente com as demandas sociais relativas à falta de alimentação, medicação e transporte, sendo extensivo o acompanhamento social à familiares que enfrentam as mesmas dificuldades dos usuário.

As famílias geralmente tendem a esconder o problema, conscientes da discriminação, mas elas também se vêem ameaçadas, principalmente quando a doença se manifesta, afetando todo o contexto familiar de forma significativa. (...) Os conflitos entre as pessoas vivendo com o HIV/AIDs e seus familiares estão muito presentes e não surgem com a doença ou diagnóstico, elas apenas intensifica-os ou os desmascaram. O preconceito surge na fala dos familiares, de forma bastante camuflada comprovando que também no contexto familiar é bastante complexo tratar desta questão. (NARCISO, 2003: 28).

Uma das demandas recorrentes das pessoas que procuravam a FAÇA durante a nossa permanência na Instituição era o atendimento sócio-jurídico e psicossocial. Uma vez descoberta a

soropositividade, os portadores do HIV/Aids, passam a vivenciar sentimentos de ansiedade, culpa, medo, angústia, entre outros. Neste contexto faz-se necessário o acolhimento e acompanhamento multiprofissional, conforme triagem socioeconômica e demanda apresentada.

Através de contatos pessoais, conseguimos que uma advogada e uma psicóloga que atuavam em outra ONG – ADEH Nosso Mundo (Associação em Defesa dos Direitos Humanos com enfoque de gênero) viessem até a FAÇA duas vezes por semana prestar atendimento multiprofissional. O trabalho interdisciplinar proporcionou um espaço de fala e de escuta, além da motivação para os portadores participarem de ações educativas e informativas, tendo em vista a orientação, troca de experiências com relação à doença e a importância da adesão ao tratamento.

Admitimos que a nossa intenção inicial, a de atuar como observadora participante para encontrar sujeitos para a pesquisa terminou em um acúmulo intenso de responsabilidades ao Serviço Social além dos limites postos à pesquisadora, que precisou atuar enquanto Assistente Social, para ser reconhecida, e conseqüentemente conquistar confiança para realizar a pesquisa nesta intuição, uma vez que, a mesma preza pelo atendimento humanizado e sigiloso para com seus usuários.

Somente um semestre depois de dedicação totalmente voluntária enquanto Assistente Social, a luta pela conquista de uma sala reservada e sigilosa foi alcançada, e se deu início aos atendimentos

sociais conforme requerem os pressupostos teórico-metodológicos da profissão.

À medida que nosso trabalho foi sendo reconhecido pelos integrantes da instituição e seus usuários, passamos a dedicar-nos intensamente, que nos levaram inconscientemente, a preocupar-nos mais com as demandas dos usuários, do que com a própria pesquisa.

Ao final de um ano de intenso trabalho como voluntária na FAÇA, a pesquisadora se deu conta que, apesar da experiência adquirida através dos atendimentos realizados, e das atividades em Oficinas de Prevenção percebemos que atendemos somente duas mulheres negras. A grande maioria das mulheres era branca, o que não contribuía com a pesquisa, uma vez, que o propósito inicial era o contato com mulheres negras soropositivas.

Esse fato chamou atenção, uma vez que a FAÇA atende majoritariamente um público feminino. Perguntamos-nos como pesquisadora: será que as mulheres negras possuem maiores dificuldades do que as brancas em virem até ONG declarar que são portadoras do vírus HIV? A sua condição de tríplice desigualdade (gênero, classe, raça/etnia) seria um fator determinante para não procurarem tratamento, bem como orientações com relação aos seus direitos?

Salientamos que durante a nossa atuação na FAÇA, fomos até uma Comunidade da periferia de Florianópolis, conhecida como Morro do Céu, realizar Oficinas de Prevenção e na ocasião sabemos da existência de mulheres negras portadoras do HIV, porém nenhuma se identificou enquanto soropositiva, o que nos faz acreditar, que muitas



vivenciam o vírus na clandestinidade ou possuem medo de serem estigmatizadas perante a comunidade.

Por fim, apenas duas mulheres negras aceitaram participar da pesquisa. Ficamos diante de um impasse metodológico: um número muito pequeno de sujeitos para uma pesquisa que requer o mínimo de “evidencia qualitativa” na diversificação de amostras. Tendo claro que este dado tornou-se um dos maiores desafios no percurso do nosso trabalho, discutimos com a orientadora que ainda sugeriu a possibilidade de realizar uma análise comparativa entre mulheres negras e brancas portadoras do HIV/AIDS, porém, dado ao tempo imposto pela CAPES e pelo Programa de Pós Graduação às bolsistas, fomos obrigadas a optar por trabalhar com as duas entrevistas, tão somente.

A profissional encerrou seu trabalho voluntário na FAÇA, porque recebeu um convite para trabalhar na Rede Feminina de Saúde, porém valorizou a experiência, adquiriu conhecimento, plantou sua semente, ou seja, sistematizou o trabalho do Serviço Social na ONG, elaborando instrumentos de atendimentos sociais, para que outra profissional continue o trabalho iniciado, uma vez que o mesmo é de suma importância, diante das demandas que surgem na instituição, e que vinha sendo realizado pelo próprio diretor da instituição. Os usuários eram acolhidos e atendidos pelo mesmo no sentido de orientações quanto aos direitos e quanto ao tratamento, por conta da sua vivência enquanto soropositivo, mas não enquanto profissional capacitado técnica e cientificamente para este tipo de atuação.

## **1.2. Identificações das sujeitas da pesquisa**

Como já mencionamos anteriormente, apesar do trabalho realizado na referida instituição, com o único objetivo de identificar possíveis sujeitas para a pesquisa, o mesmo não foi alcançado. Sendo que o número de usuárias negras que procuraram a Fundação Açoriana para o Controle da Aids, foi inferior ao de mulheres brancas (no período de coleta de dados).

Durante os meses propostos para a coleta de dados (Março à Maio 2012), em termos quantitativos, cerca de 10 (dez) mulheres brancas, se deslocaram até a instituição, em função das mais variadas demandas, principalmente para o acolhimento e atendimento psicológico. Enquanto que no mesmo período, somente duas (02) mulheres negras (autodeclaradas cor preta e parda) foram até a FAÇA, e ambas buscavam orientações previdenciárias.

Dessa forma, para a realização deste estudo, contamos como sujeitas da pesquisa, duas (02) mulheres soropositivas de cor da pele preta ou parda, autodeclarantes como pertencentes à raça/etnia negra que foram acolhidas, atendidas e/ou que frequentam a Fundação Açoriana para o Controle da Aids e que aceitaram contribuir com a mesma, através de seus relatos orais.

As entrevistas foram realizadas em uma sala sigilosa, no espaço da referida instituição, com a presença somente da pesquisadora e entrevistada. Ambas as sujeitas permitiram o uso do aparelho de áudio MP3 para que a entrevista fosse gravada, e assim o aproveitamento minucioso das falas, bem como pausas e emoções. A entrevista da sujeita 1 teve aproximadamente 120 minutos de gravação, enquanto que

a sujeita 2 teve 100 minutos. Sendo assim, identificamos as sujeitas no quadro abaixo:

	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Grau de Instrução</b>	<b>Ocupação/ Trabalho</b>	<b>Religião</b>	<b>Cor</b>
<b>Sujeita 1</b>	30 anos	Casada	Ensino Fundamental	Vendedora  (auxílio-doença)	Evangélica	Parda
<b>Sujeita 2</b>	26 anos	Solteira	Ensino Fundamental	Agente de saúde	Católica	Preta

Fonte: entrevista realizada pela Mestranda em Junho de 2012.

Inicialmente, observamos que para as mulheres brancas é mais fácil procurarem a instituição e na maioria das vezes se preocupam mais com a saúde, com o corpo e com a mente, enquanto que para as mulheres negras a dificuldade já está posta no próprio deslocamento, que requer recursos financeiros para a tarifa do transporte urbano, o que conseqüentemente será um empecilho na adesão ao tratamento recomendável para portadores, bem como comparecimento a consultas regulares e a ingestão de uma alimentação saudável e equilibrada.

Pudemos observar que quando as mulheres negras procuram uma “assistência” (SIC), demonstram estar em situações limites, principalmente financeiros, verbalizando a necessidade de “cesta básica” (SIC), ou orientações previdenciárias em relação ao

auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, ou Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O primeiro dado que chamou atenção é a idade de ambas, as sujeitas de nossa pesquisa, 26 e 30 anos, respectivamente, considerando o período reprodutivo da mulher (15 à 49 anos), o que infelizmente ocasionou o nascimento de um bebê portador do vírus (sujeito 2), embora a outra mãe (sujeito 1), tenha descoberto ser portadora, durante a gestação.

Este dado comprova a importância da realização do exame pré-natal bem como a realização do teste anti-HIV no momento do parto, evitando a transmissão vertical. Diante da atual conjuntura, e dos avanços com relação ao tratamento e testes de HIV/Aids, indagamos: o fato desta criança ter contraído o vírus, seria desconhecimento da mãe, negligência profissional ou uma forma de racismo institucional?

Outro dado significativo é a escolaridade de ambas, que estudaram somente até o ensino fundamental, não completando o ensino médio. Este dado coincide tanto com o fato de as mulheres negras se inserirem no mercado de trabalho mais precocemente do que as brancas, muitas vezes no trabalho informal, como babá (sujeito 1), como também ilustra o fato da baixa escolaridade ser considerada um dos fatores de vulnerabilidade e que facilita a exposição ao risco, por conta da falta de informação, bem como a não compreensão da mesma.

Ambas contraíram o vírus HIV/Aids de parceiros fixos, o que nos chama atenção para as questões de gênero, ponderadas neste trabalho, ou seja, na confiança delas em seus companheiros, e na falta de percepção de estarem expostas ao risco, uma vez que, as duas

verbalizaram o pensamento de que para elas a Aids só atingia “mulheres baixas” (SIC), promíscuas.

*“No meu caso eu sempre achei que meu parceiro se cuidava. Mas foi tudo muito diferente... [silêncio]” (Sujeito 2).*

Longe de ser uma doença de prostitutas e mulheres promíscuas, a Aids tem se configurado como um problema da população feminina em geral, e particularmente daquela com menor acesso às informações e serviços de saúde.

### **1.3. Análise Interseccional.**

Para realizar cruzamentos interseccionais, Mattos (2011: 17) sugere como primeiros passos da metodologia, que os pesquisadores se concentrem na análise de cada entrevista, na percepção a respeito de quais categorias de diferenciação podem provocar diferentes formas de exclusão social, dependendo do contexto analisado e dos níveis de análise.

O primeiro passo da análise interseccional diz respeito à identificação das categorias de diferenciação que são apresentadas pelos entrevistados. Na maioria das vezes, é possível notar que algumas declarações dos (as) entrevistados (as) dirigem-se não apenas a uma categoria de diferenciação, mas, ao contrário, a várias categorias. Só depois de se perceber como os indivíduos constroem suas narrativas designando e nomeando, muitas vezes de maneira fragmentada e

imprecisa essas categorias, é que se iniciam as outras análises interseccionais.

Com a abordagem interseccional citada por Mattos (2011) tem-se a vantagem de realizar um diagnóstico mais preciso a respeito das causas e dos efeitos das desigualdades sociais em suas diversas matrizes. E é aqui que essa abordagem pode contribuir teórica e empiricamente para as pesquisas interseccionais feministas, pós-coloniais.

Ao considerar uma multiplicidade de categorias de diferenciação, partindo das práticas cotidianas dos agentes sociais e ligando, dessa maneira, construções identitárias com modelos de interpretação simbólicos e condicionamentos estruturais, evita-se a arbitrariedade da escolha *a priori* de categorias, uma vez que a análise de cada um dos níveis e de sua interrelação pressupõe precisão no que se refere à identificação dos diferentes efeitos produzidos por essas categorias de diferenciação, dependendo do contexto e do nível analisado. (MATTOS, 2011: 20).

Também nos embasamos na abordagem qualitativa de Minayo (2010: 21), para a qual a pesquisa responde questões muito particulares, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, “conjunto de fenômenos entendidos aqui como parte da realidade social, uma vez que, o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes”.

Dividimos o processo de pesquisa qualitativa em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico e documental.

Propomos enquanto foco de amostragem a análise ao universo dois (02) instrumentos representativos à realidade. A pesquisa

de campo segue para a sua efetivação os trâmites de análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa conduzida pela Resolução 196/96 de Conselho Nacional de Saúde, uma vez que, esta envolve seres humanos, o pesquisador deverá recorrer ao Comitê de Ética, tendo em vista que o mesmo se constitui como órgão disciplinar deliberativo, consultivo e educativo.

Outro componente estabelecido pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa é o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)”, (Anexo I) que tem como objetivo esclarecer e proteger o sujeito da pesquisa, assim como o pesquisador. As entrevistas serão realizadas mediante o consentimento dos sujeitos de pesquisa com a leitura e concordância através da assinatura do termo.

O Roteiro de Questões Norteadoras (Anexo II) abordará quatro eixos temáticos, o que facilitará quanto à interpretação dos dados obtidos conforme as categorias centrais apresentadas no presente Referencial Teórico são eles: 1) Quanto à percepção de identidade de gênero e raça/etnia; 2) Quanto à percepção da condição de classe; 3) Quanto aos cuidados em saúde e percepção de exposição ao vírus HIV/AIDS; IV) Tripla Desigualdade.

A análise dos dados coletados está pautada na análise de conteúdo, que segundo Minayo (2010) deve seguir os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Após a coleta de dados, os instrumentos de pesquisa serão organizados e analisados pelos eixos temáticos.

#### **1.4. Interseccionalidades e desigualdade social.**

A literatura mais recente sobre políticas de igualdade tem incorporado a interseccionalidade nas políticas públicas, revelando uma preocupação com o aumento de múltiplas formas de desigualdade social, repressão e poder que tem atingido as mulheres em todo o mundo. Um dos aspectos centrais dessa abordagem interseccional diz respeito à necessidade de se perceber que as categorias de diferenciação – discriminação de gênero, raça/etnia, geração, exploração de classe, biopolítica dos corpos, produzem efeitos distintos, dependendo do contexto analisado.

Matos (2008) nos convida a refletir sobre a teoria da interseccionalidade a partir do desafio colocado por diversas autoras que trabalham com essa categoria que é:

Desenvolver um conceito e métodos de pesquisa que permitam responder as seguintes questões: como evitar a sobreposição de categorias de diferenciação, simplificando e obscurecendo o diagnóstico a respeito da relação entre as causas e os efeitos das desigualdades sociais? Como não confundir as causas com os efeitos e vice versa? Como não cair na armadilha de fazer análises adicionais e sobrepostas, que não permitam que se chegue a um diagnóstico preciso sobre as causas e os efeitos das desigualdades sociais? (Matos, 2008, p. 02)

A autora adverte para a necessidade de percebermos que as categorias de diferenciação produzem efeitos distintos, dependendo do contexto analisado, e que por esse motivo, “a forma de investigar as desigualdades sociais e as discriminações nos níveis da estrutura social, das representações simbólicas da identidade é diferenciada” (Matos, 2008, p. 03).



A reflexão de Matos (2008) remete para o debate feminista, a discussão de como evitar um provável reducionismo de uma categoria sobre as demais, ou sobre um possível “essencialismo da diferença”, nos convidando a perseguir sempre a macro análise ou o estudo das inter-relações de várias maneiras de diferenciação social.

No nível de estrutura social existe um reconhecimento de que classe, gênero e raça estruturam e legitimam, sob diversas maneiras, desigualdades sociais, mas além dessas categorias, citadas por Mattos (2011, p. 05), sustentam a importância de se adicionar à categoria corpo que, no atual estágio do capitalismo, aparece como de fundamental relevância para se pensar em novas formas de estratificação social.

Para as autoras a ordem social, estabelece-se na cabeça e no corpo dos indivíduos, de forma pré-reflexível, e com isso torna a classificação social, em grande medida, também imperceptível à consciência dos indivíduos. Nessa lógica, a categoria classe social não está posta como principal para predeterminar o acesso a bens e recursos materiais e simbólicos escassos nas sociedades modernas.

O ponto de partida para uma reflexão interseccional lembra Mattos (2011), é a compreensão da dinâmica do capitalismo na atualidade. Sabendo-se que toda sociedade capitalista tem como objetivo principal à maximização do lucro, e o entendimento da lógica de acumulação capitalista que, apesar das contradições e ambiguidades observáveis empiricamente, se autorreproduz e se autoperpetua como aufere a autora:

Contrariamente ao que ocorre no nível de identidade, no nível da estrutura as categorias de diferenciação são reduzidas a quatro – classe, gênero, raça/etnia e corpo. Com essas categorias pode-se determinar a situação social dos membros da sociedade a partir

de seu posicionamento no mercado de trabalho e sua responsabilidade pela reprodução da própria força de trabalho (MATTOS, 2011: 13).

O uso e a articulação das categorias de diferenciação: classe, gênero, raça e corpo, têm como finalidade possibilitar o entendimento acerca da relevância dessas categorias com relação ao acesso ao mercado de trabalho remunerado, à distribuição desigual de salários, bem como à reprodução da força de trabalho a custos os mais favoráveis possíveis. As quatro categorias descrevem relações de poder presumidas para cada uma das categorias, como nos explica Mattos:

O classismo designa relações de dominância de classe baseadas nos volumes de capital econômico, cultural e social que se ‘materializam’ através das diferenciações salariais, de prestígio e reconhecimento social; o sexismo remete a heteronormatividade; o racismo, principal categoria de estratificação relacionada à flexibilização do acesso ao mercado de trabalho – exclui pessoas com valores não hegemônicos, não ocidentais, imigrantes por exemplo, e o Bodismus [corpo] hierarquiza a partir da capacidade que cada indivíduo tem de ser responsável pela reprodução de sua própria força de trabalho – exclui os velhos, os doentes, os portadores de quaisquer deficiências físicas, enfim os considerados menos produtivos, ao mesmo tempo em que se tem uma crescente comercialização da beleza e da juventude (MATTOS, 2011: 13).

A autora ressalta que, há um deslocamento das desigualdades sociais, na medida em que se percebe, por um lado, uma maior igualdade entre homens e mulheres de classe média, e por outro, nota-se um aumento nas diferenciações sociais e étnicas entre as mulheres, ou seja, se as mulheres brancas enfrentam dificuldades, por conta das desigualdades de gênero. Porém, as mulheres negras enfrentam problemas muito maiores, pela junção da desigualdade de gênero e raça/etnia, além da social.

Complementando essa questão Werneck afirma:

Esse racismo sexista diferenciará a situação da mulher negra, pois a vulnerabilidade no caso dessas tem de ser compreendida como o somatório de fatores histórico-sociais, político-institucionais e comportamentais, os quais funcionarão como um fator determinante de violência estrutural, em que há a vivência simultânea de “graus extremos de violência decorrente do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social, em um bloco monolítico e tantas vezes pesado demais” (WERNECK, 2001:54).

### **1.5. Representações sobre as relações de gênero e raça/etnia**

A questão de gênero se configura historicamente como a relação entre os sexos, é uma construção social introduzida nas ciências sociais pelo movimento feminista. Homem e mulher são construções sociais, políticas e ideológicas – um só existe e adquire significado a partir do outro.

Para Alves e Pitanguy (1985), a política, o sistema jurídico, a religião, a vida intelectual e artística, são construções de uma cultura predominantemente masculina. Os estudos feministas refutam a ideologia que legitima a diferenciação de papéis, reivindicando a igualdade em todos os níveis, seja no mundo externo, seja no âmbito doméstico. Revela que esta proposta teórica encobre na realidade uma relação de poder entre os sexos, e que a diferenciação de papéis baseia-se mais em critérios sociais do que biológicos.

No entender das autoras o reducionismo biológico camufla as raízes da opressão da mulher, que é fruto de relações sociais, e não de uma natureza imutável. O debate feminista demonstra que a hierarquia

sexual não é uma fatalidade biológica e sim o fruto de um processo histórico e, como tal, pode ser combatida e superada. Sendo história, e não natureza é passível de transformação.

Já Saffioti (1987), afirma que a existência da relação patriarcal, ainda que mitigada, incide não somente na hierarquização entre os sexos, mas na contradição de seus interesses, ou seja, na manutenção do *status quo* para o homem e a busca pela igualdade entre os sexos, pela mulher.

[...] o patriarcado não se resume a um sistema de dominação, modelado pela ideologia machista. Mais do que isto, ele é também um sistema de exploração. Enquanto a dominação pode, para efeitos de análise, ser situada essencialmente nos campos político e ideológico, a exploração diz respeito diretamente ao terreno econômico (Saffioti, 1987, p. 50 citada por Lourenço, 2004, p.68).

Para Saffioti (2000), não é possível pensar o econômico desvinculado do político, ela recorre a Marx, pois enquanto a dimensão política de uma classe social não for constituída, ela não é verdadeiramente uma classe capaz de lutar por seus interesses:

“Foi, por conseguinte, o próprio Marx que me ensinou a pensar o nó problemático, embora em sua época não lhe tenha sido possível fazê-lo. Aliás, o mais importante em um esquema de pensamento consiste no vigor de poder ensinar a pensar. Se assim não fora, para que serviriam os já velhos de um século ou um século e meio? O econômico e o político integram o social de maneira indissolúvel. Ou seja, o econômico e o político são consubstanciais ao social” (SAFFIOTTI, 2000, p.74).

Essa organização social incide na construção de várias gramáticas norteadoras do comportamento de homens e mulheres, de brancos e negros, de ricos e pobres, de crianças, adultos, idosos, entre

outras, (Saffioti, 1997b, p. 39-40 citada por Lourenço, 2004, p.66), sendo que as três principais são as seguintes:

1. A gramática sexual ou de gênero, que regula as relações entre homens e mulheres, as relações entre homens e as relações entre mulheres, especificando as condutas socialmente aceitáveis quanto ao sexo;
2. A de etnia, que define as relações, por exemplo, entre brancos e negros, determinando que estes obedeçam àqueles. Brancos e negros pertencem a etnias diferentes que são socialmente hierarquizadas;
3. A de classe social, cujas leis exigem comportamentos distintos dos pobres e dos ricos. Estes, para se manterem no poder, precisam dominar/explorar os pobres. O processo de dominação/exploração faz parte integrante da divisão da sociedade em classes.

Para Saffioti, o sistema de exploração-dominação está pautado numa tríplice contradição: gênero-classe-etnia, e com base neste, torna-se necessário retomarmos a relação simbiótica, caracterizada pelos três esquemas básicos de dominação-exploração atuantes na sociedade, sendo eles: o patriarcado, o racismo e o capitalismo (Saffioti, 1987 citada por Lourenço 2004, p.67).

A sociedade não comporta uma única contradição. Há três fundamentais, que devem ser consideradas: a de gênero, a de raça/etnia e a de classe. Com efeito, ao longo da história do patriarcado, este se foi fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual

desabrocharam na sua plenitude, as classes sociais. [...] O nó formado pelo patriarcado-racismo-capitalismo constitui uma realidade bastante nova, que se construiu nos séculos XVI-XVIII, e que não apenas é contraditória, mas também regida por uma lógica igualmente contraditória (Saffioti, 2000, p.73).

O patriarcado enovela-se com o racismo e com a desigualdade entre as classes sociais numa junção de sistemas de dominação e exploração que “[...] na realidade concreta, são inseparáveis, pois se transformou, através deste processo simbiótico, em um único sistema de dominação – exploração, denominado patriarcado - racismo - capitalismo” (Saffioti, 1987, p. 20). Assim, o machismo presente nas relações sociais entre os homens e mulheres, contribui para a manutenção do poder e do quadro de desigualdades existentes, quer no que se refere às relações homem-mulher, entre as etnias e as classes sociais. Esses três sistemas de dominação-exploração fundiram-se de tal maneira, que será impossível transformar um deles, deixando intactos os demais

As relações sociais entre homens e mulheres nessas condições tornam-se desiguais, enfim, de sujeitamento. Esse fenômeno da subordinação é repassado às classes sociais e às raças e etnias. Saffioti (1987, p. 23) afirma que há interesse na existência da discriminação de mulheres, negros e homossexuais, pois “...quanto mais discriminada uma categoria social, tanto mais facilmente ela se sujeitará a trabalhar em más condições e por baixos salários” [grifo nosso].

Em relação ao racismo, na sociedade brasileira não são apenas os negros que sofrem discriminações de raça/etnia, mas também os nordestinos, indígenas, asiáticos entre outros povos que compõe a

vasta miscigenação cultural deste país. Porém, são as mulheres negras, que na sociedade brasileira ocupam a última posição na base social, justamente por sua condição de gênero e de etnia (Saffioti, 1987).

Portanto, é fundamental analisar as contradições de classe-raça/etnia-gênero como interdependentes na realidade historicamente constituída. É certo que o questionamento a respeito da discriminação de gênero e classe não inclui naturalmente a discriminação de raça. O desafio consiste em ampliar conceitos para incluir os sujeitos atingidos por outras formas de discriminação que coexistem com a discriminação patriarcal. O processo que gerou e sustentou o patriarcalismo se configurou, de forma a propiciar poderes aos homens e atribuir-lhes as responsabilidades em todas as subestruturas sociais e culturais, o que resultou em relações baseadas nas desigualdades a partir das diferenças.

Para Silva (2003), são profundas as marcas da violência sofrida pelas mulheres negras ao longo da história. A forma de tratamento e de relacionamento entre as mulheres brancas e negras foi fortemente influenciada pela ideologia do patriarcado que continua perpassando as relações desencadeando uma hierarquia pautada em dominação versus submissão. A mulher negra foi instrumento tanto nas mãos do homem branco como nas mãos da mulher branca. Esta, que de alguma forma era explorada, oprimida pelo homem branco seu marido, passa a descontar sua raiva na mulher negra utilizando diferentes estratégias de opressão.

A atuação sexual diferenciada entre negras e brancas situa a função que ocupavam na sociedade: mulher branca era educada para ser dona da casa e mãe de família, sendo proibida de manter relações

sexuais antes do casamento. Seu lugar era o da submissão e de dona de casa exímia, tolerante com as transgressões sexuais do marido.

A escrava representava, aos olhos da senhora, uma ameaça aos laços abençoados e sacramentados da família branca, pois o fato de a Igreja proibir relações sexuais com realização sexual do casal levou os senhores a desejarem e manterem relações com as escravas, fonte de prazer, além de gerar nas esposas uma aceitação social não explícita à infidelidade conjugal dos maridos. A mulher escrava era vista como um objeto sexual, ama de leite dos filhos da senhora e empregada doméstica, assim o ditado popular: “Mulher preta é para trabalhar, mulata para fornicar e branca para casar”.

A violência por parte da mulher branca, dona de engenho, contra as mulheres negras, escravas, data de meados do século XIX. São comuns as referências em que escravas tinham olhos, dentes unhas ou orelhas arrancadas por ordem de suas senhoras, que enciumadas, acreditavam que as mulheres negras deitavam com seus homens; além disso, quando viúvas, senhoras de engenho, ao tomar as rédeas da fazenda e dos negócios, reproduziam as formas de violências instituídas pelos homens, senhores de engenho (conf. Silva, 2003).

Ressaltamos que, se os homens negros sofreram todo tipo de discriminação racial e violência, as mulheres negras foram ainda mais penalizadas. O cruzamento de fatores: gênero e condição racial ao longo da história fez com que as mulheres afrodescendentes permaneçam até hoje ocupando posições inferiores, comparativamente aos homens brancos e negros e as mulheres brancas.

Considera-se, portanto que as mulheres negras advêm de uma experiência diferenciada e o discurso clássico sobre a



discriminação da mulher ainda não deu conta de aprofundar a diferença qualitativa da discriminação sofrida pelas mulheres negras. O seu perfil é marcado pela opressão e investido com base no patriarcado. Em geral foram e são agredidas por diversos segmentos, entre eles, pelo homem-branco, pelo homem-negro, pela mulher-branca como esclarece Silva (2003).

A representação a mulher negra, tanto na mídia como em livros didáticos, ainda é associada ao carnaval, ou ao papel de serviçal, a empregada que serve a mesa para a família branca, feliz e que às escondidas é cobiçada pelo patrão ou filho do patrão.

Segundo Mattos (2011: 13), a categoria gênero envolve não só a classificação binária quanto ao sexo, mas também a orientação sexual. As construções sociais das diferenciações homem/mulher e a classificação heterossexual estão sempre reconstruindo a categoria gênero. O gênero concebido, assim, de forma mais abrangente, estrutura a posição no mercado de trabalho, além de traçar as divisões entre trabalho produtivo e trabalho reprodutivo. As associações salariais e as possibilidades de acesso aos cargos de maior prestígio social e poder, ainda é, em grande parte, determinada pela conotação sexual de áreas de trabalho.

*“Nunca fui muito” feminina “, gostava de ser a mais” forte “.  
Sempre fui mais “moleca”, nunca fui muito “menininha”,  
gostava de ser líder durante a infância.” (Sujeita 1)*

Para as sujeitas da entrevista, quanta a percepção de gênero, o “sentir –se mulher” está relacionado com a inicio das atividades sexuais, com o exercício da sexualidade e com o corpo.

*“Comecei minha vida sexual aos 18 anos, já namorando por 7 anos o pai do meu filho, [silêncio]... e dae foi quando aconteceu... [silêncio] mas eu acho que comecei a me sentir mulher, me descobrindo com o pai do meu filho mesmo, na relação que tinha com ele. Mas com 15 anos, comecei a ganhar corpo.” (Sujeita 1)*

*“Comecei a me sentir mulher, quando comecei a sair de casa, com 16 anos já não me sentia mais menina, paquerava, e queria ter namorados. Mas, não cheguei a ter muitos namorados, logo comecei a namorar sério o pai da minha filha, e foi com ele que tive minha primeira relação, e também foi ele quem me passou o vírus (HIV/Aids)... [silêncio]. (Sujeita 2)*

Para a autora, a categoria raça/etnia produz assimetrias e regula, entre outras coisas, o acesso ao mercado de trabalho e diferenciações salariais através de classificações simbólicas que transformam grupos em raças. Constroem-se hierarquias separando europeus de não europeus, onde são marcadas as diferenças entre europeus e indivíduos vindos de países pobres da África, América Latina e Ásia. Colocam-se ainda as hierarquias entre imigrantes com permissão de trabalho e residência e imigrantes ilegais sem permissão de residência e trabalho (empregadas domésticas e prostitutas) e imigrantes “tolerados”, que possuem permissão de residência, mas não possuem permissão de trabalho. Imigrantes “tolerados” são, muitas vezes, expulsos, mesmo tendo autorização de permanência e residência na Alemanha, se não tiverem condições de se sustentarem, uma vez que os benefícios sociais são destinados, antes de tudo, às pessoas de nacionalidade alemã.

*“Enquanto menina negra me sentia diferente, principalmente na minha família, minha mãe era branca e meu pai negro. Eu cresci no meio da família da minha mãe, onde ela cresceu, e a população era branca, de origem alemã. A família da minha mãe era branca, de origem alemã, então sempre me senti diferente, dentro da própria família, que ia do” moreno “pro” galego “, mas eu sempre fui à única prima negra, perto das primas loiras galegas, de olhos azuis”.*(Sujeita 1)

Para Sampaio (2012: 245) o caráter perverso do racismo brasileiro está justamente na invisibilidade dessa realidade, desse sentimento que faz com que essas pessoas que são bombardeadas cotidianamente por esse estigma mantenham uma dor profunda em um lugar bem guardado, e que, apesar de reatualizado com as novas vivências, se mantém como algo que não é falado, não ecoado e sim silenciado. No entanto, é sentido, percebido e deixa marcas bem profundas.

*“Já na escola, eu era a única negra da sala (até a 8ª série), sozinha no grupo, sempre ouvi brincadeiras do tipo “macaca”, cresci ouvindo isso, aí chega uma hora que você começa a achar “normal” e não se importa mais...”* (Sujeita 1)

*“Eu lembro que na época da escola, era mais tranqüilo, tinha um ou outro que fazia umas piadinhas, mas pra mim era tranqüilo. Tinha racismo e umas pessoas racistas, né? por que nem todo mundo é perfeito, eu me lembro de que um guri me chamou de macaca e até hoje ele não fala comigo, por que peguei-o de pau. Fora isso, foi tranqüilo. Eu não era a única na sala, mas tinha eu ou mais um, sempre era raro, mas já teve época de eu ser a única negra, e me sentir isolada, tipo “Meu Deus, só eu aqui de negra...”*” (Sujeita 2).

Segundo o autor, o racismo por ter a sua origem na vivência constante e cumulativa de paradoxos insolúveis e patogênicos criados pela sociocultura brasileira, a partir de atitudes de dupla mensagem, em que a população negra é empurrada a abrir mão das representações do seu si mesmo, para poder se adequar às imposições que lhe são comunicadas, ora de forma sutilmente velada, ora de forma crua e objetiva.

*“Eu tinha amigas brancas, e quando a gente saía, eu percebia que os homens se interessavam mais por elas. Quando era pra chamar pra dançar nas festas, elas eram mais chamadas do que eu. Tipo já aconteceu, numa balada, de olharem mais para as minhas amigas brancas do que eu”. (Sujeita 2).*

*“Quando comecei a sair, quando comecei a ter meus primeiros paqueras preferia homens negros, não sei se depende de cada pessoa, mas sempre preferi pessoas negras mesmo”.(Sujeita 2).*

Segundo Mattos (2011: 15) no nível das representações, o intuito é perceber como normas, discursos, ideologias, estereótipos hegemônicos contribuem para a construção de subjetividades, ao mesmo tempo em que apoiam relações de poder e dominação. O objetivo principal de análise deste nível é mapear e descrever, de um lado, os discursos hegemônicos e, de outro, as posições contrárias e concorrentes a esses discursos.

*“Enquanto adolescente, sempre fui mais reservada, não era” namoradeira “, tinha jeito de menino, de família religiosa, não podia namorar, tinha uma” rédia “mas também nunca fui digamos”, cortejada “, pelos homens, e eu percebia que quando saía com minhas amigas e /ou primas (uma loira e outra branca) os meninos” chegavam “mais nelas, elas eram mais favorecidas, me sentia feia, nunca me tiravam pra dançar...” (Sujeita 1).*

*“Eu sou católica, mas sou um pouco espírita. Mas pra mim é indiferente à questão do HIV. Mas tinha uma médica no posto, que ela não passava anticoncepcional, não indicava preservativo, porque era muito religiosa”. (Sujeita 2).*

Para a autora, a investigação deste nível é realizada utilizando-se o método da análise de discursos veiculados em novelas, revistas, jornais, propagandas, internet, filmes, etc. Com as entrevistas, é possível perceber como e até que ponto essas representações ganham “o coração e a mente das pessoas”. Isto é, em que medida as pessoas usam e produzem performativamente essas e novas representações para traçarem as linhas de distinção entre o “nós e os outros”, sob forma de ficções de segurança.

*“Como sou muito religiosa sempre fui muito focada nos ensinamentos da igreja, vivia aquilo e não sabia muito da vida lá fora, talvez se eu fosse um pouco mais aberta a conhecer mais o mundo, talvez não teria acontecido. Nunca tive conhecimento sobre nada, drogas nem nada, minha vida era toda baseada numa vida certinha. Já escutei no meu círculo religioso que” o preço do pecado é a morte “.Porque a igreja, basea-se só no comportamento das pessoas que convivem lá, então essa pessoa que saí desse grupo e se envolve com um grupo diferente ela acaba agindo de forma errada, está despreparada, desinformada. A pessoa está na igreja porque quer uma vida certa, com Deus e acaba não sabendo do mundo lá fora.” (Sujeita 1).*

Segundo Giacomini (1988: 67) da associação da negra à sensualidade e ao prazer sexual teriam também compartilhado alguns viajantes estrangeiros, que foram bombardeados pela ideologia e práticas dominantes das classes às quais, de certa forma, se identificaram.

*“... quando comecei trabalhar como vendedora em uma loja de artigos para turistas, “ai sim” era bem vista por eles, na época tinha 16 anos, e comecei a chamar atenção, os argentinos e os americanos, sempre se interessavam mais por mim, eles sim me cortejavam, tanto que até namorei um argentino, que comprava camisetas, quase todo dia vinha até a loja, durante um mês, até que percebi que ele vinha somente para me ver”. (Sujeita 2).*

Conforme Sontag (1989), o desconhecimento sobre as formas de transmissão do vírus criou “fantasias” e informações contraditórias, pois se acreditava que a Aids estaria restrita aos chamados grupos de risco - os homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e profissionais do sexo, criando a falsa noção que ao não pertencer esse grupo, a pessoa estaria salva de contaminar-se.

As percepções do perigo associadas às situações de risco nem sempre se apresentam como decorrentes de uma escolha racional. As reações de frente aos diferentes tipos de risco podem ser consideradas a partir de comparações feitas com outros riscos, bem como através da interação com as pessoas na sociedade.

*“Quando minha família descobriu que ele usava drogas, quiseram me separar dele, então eu fugi de casa com ele, mas voltei depois de dois anos pois fiquei grávida, e durante a gestação descobri o HIV, e daí pra frente minha vida desestruturou... “ (Sujeita 1)*

Há relatos de mulheres com Aids, casadas, algumas com filhos e com apenas um parceiro. Algumas dessas mulheres tinham consciência de relacionamentos sexuais de parceiros com outras mulheres, mas isso era aceito por não se tratarem de prostitutas, revelam que não negociavam o uso do preservativo. Muitas dessas mulheres

eram donas de casa, economicamente dependentes e estavam temerosas de serem abandonadas por seus parceiros ainda que eles também estivessem infectados.

*“Hoje sou casada com outra pessoa. Não sinto saudade dele, porque quando descobri que eu estava com o vírus, sempre me perguntei: “por quê comigo?”, sempre fui religiosa, sempre fui certinha, e por causa de um namoro e de uma certa “meninice” acabou acontecendo... mas quando eu descobri meu amor foi morrendo... e quando ele morreu fazia 18 meses que a gente não dormia nem na mesma cama, ele pra mim, se tornou um fardo. Eu pedia a Deus pra que tirasse ele da minha vida mesmo, porque não podia me separar, tinha medo da sociedade me julgar, então não me separava por vergonha ...” (Sujeita 1)*

Para Paulilo (2005, p. 56), a hierarquia de riscos aparece ainda mais nas relações de gênero. Cabe lembrar que é em função do marido e dos filhos que muitas mulheres constroem seu mundo e, através deles, elas constroem ainda mais sua identidade. O casamento torna-se assim, para muitas mulheres, valor de extrema importância. A dissolução do vínculo traria, para essas mulheres, dano e sofrimento muito intensos. Elas então mantêm o casamento, embora o conflito entre risco e proteção permeie a relação. Essa parece ser uma resposta possível a tantas situações nas quais mulheres financeiramente independentes conservam um relacionamento, mesmo tendo ciência da infidelidade do marido.

*“A minha amiga quando soube, deu um transtorno total na vida dela, ela já tem cinquenta anos de idade, era casada e o marido dela acabou deixando-a. E ela não entende até hoje porque ela tem, mas no marido dela não deu nada. A irmã dela contou pra ele, ela entrou em depressão, ele fez o teste e deu negativo, ela diz que nunca o traiu”.(Sujeita 1)*

*“Separamos-nos, mas quando o menino nasceu ele veio registrou e tudo... tentando voltar, e eu penso que foi nessa” volta “que eu me contaminei. Durante a gravidez, fiquei 2 anos separado dele. Fiz tudo sozinha só com a ajuda da minha irmã. Ele não me ajudou em nada, só depois quando o meu filho ia fazer um aninho a gente tentou voltar, aí acho que foi aí que peguei o vírus. Eu aceitava que ele tinha outra moça, que não era casada, ele namorava há dez anos e está com ela até hoje, eu sempre aceitei...”(Sujeita 2).*

*“Quando descobri eu sabia que tinha tido outros homens, eu me cuidava com preservativos, e ele vivia me cobrando quando ficava separado, que eu tinha que usar. Eu perguntava e ele dizia que não tinha tido relações. Então ele pedia pra eu me cuidar, mas ele não se cuidava” (Sujeita 2).*

Enquanto acreditava-se que a Aids era uma doença de homossexuais homens, ela espalhava-se entre as mulheres, sendo umas das principais causas de mortalidade de mulheres em idades reprodutivas, que conseqüentemente aumenta o número de bebês portadores do vírus.

*“Sobre o HIV? [silêncio]... Bem eu sabia que pegava pelo sexo, anal, oral, enfim... pelo contato de seringa, pelo leite da mãe pelo filho, acho que é isso... eu sabia até... Antes de eu descobrir que eu tinha, desconfiava que o pai do meu filho pudesse ter e não queria dizer, então quer dizer, eu namorei 7 anos com ele, engravidei, dei de mamá, ae um dia resolvi fazer o exame... eu fiz pré-natal, mas não acusou nada. Ele nasceu em 2008, em 2009 eu fiz o teste. Fiz em dezembro, mas fui pegar o exame só em janeiro. (Sujeita 2)”*

A recomendação de que se ofereça a todas as gestantes a oportunidade de fazer o teste anti-HIV está longe de ser uma realidade prática dentro dos serviços. Estudos realizados em diferentes países revelaram que a aceitabilidade ao exame no período do pré-natal tem maior adesão quanto existe um serviço de aconselhamento, a garantia de confidencialidade e a



explicitação dos benefícios para a mãe e a criança relacionadas ao diagnóstico precoce da infecção.

(Revista de Medicina, Conselho Federal; ano XII nº 93, maio/98.).

*“No exame do pré-natal deu positivo pra HIV, o médico fez a segunda vez pra confirmar. Exigi que meu parceiro fizesse também e aí começou um a jogar a culpa no outro, mas estava claro, era só olhar a vida dele e olhar a minha vida. Ainda fiquei com ele por 3 anos e sempre pensando como seria a minha vida dali pra frente. E na verdade, mesmo com ele, criei minha filha sozinha porque ninguém sabia que eu tinha HIV, minha família só soube depois que ele morreu. Pra minha família eu dizia que eu não podia amamentar porque eu tinha hepatite, e se não passaria pra criança. (Sujeita 1)*

*“Eu não tomo medicamento, fiz o pré-natal tudo certinho e meu filho nasceu com o vírus porque eu dei de mamar. Meu filho apresentou alguns sintomas, mas eu sempre achei que era algum bichinho, aparecia herpes e eu achava que era algum bicho que picou. Ai depois que fiz o exame eu entendi que meu filho poderia ter porque ele mamou no peito. Dei de mamar a ele horas depois fiquei sabendo que tinha AIDS. Pra mim foi muito difícil. Eu toparia sumir da vida dele, que ele fosse criado por outra pessoa, se pudesse apagar todas as lembranças dele eu toparia, toparia morrer só pra ver ele curado. O que mais me maltrata nessa história é isso, é ele.” (Sujeita 2)*

Nas falas desse sujeito, podemos perceber também a questão de gênero e o papel social da mulher, enquanto mãe que ama incondicionalmente seu filho e assume todas as responsabilidades, diferentemente do homem.

*“Quando eu engravidei, ele não queria o pequeno, eu não quis “tirar”, quis cuidar do meu filho, que não pediu pra nascer, ai assumi as conseqüências e deixei-o. Ele não era casado, mas acho que não queria o compromisso de me assumir, e o filho também. A gente só namorou. Ele nunca quis casar.” (Sujeita 2).*

*“Mas eu acho que se eu tivesse minha mãe minha vida seria outra, quem teve mãe não precisa de mais nada, agora o pai tanto faz, como tanto fez “. (Sujeita 2)*

### **1.6. Representações da condição de classe.**

Segundo Mattos (2011: 17) a categoria classe cria hierarquizações no que diz respeito ao acesso ao mercado de trabalho remunerado e à distribuição de recursos materiais e simbólicos. Na nova estrutura do capitalismo, a utilização da categoria classe não se restringe à velha divisão entre capitalistas e assalariados. A estratificação social no mercado de trabalho se constrói a partir de distinções como: empregos estáveis/empregos precários ou ocasionais; empregos em tempo integral/empregos em tempo parcial; empregados e desempregados.

*“Meu primeiro trabalho de carteira assinada? Foi... como repositora de loja, senti bastante dificuldade em arrumar emprego, entregava muitos currículos, mas nunca era chamada nem para entrevistas... lembro-me, que consegui esse emprego, somente por que uma amiga já trabalhava lá, e como ela ia subir de emprego me indicou para entrar no lugar dela”. (Sujeita 2)*

*“Necessidades básicas? [silêncio] seria uma boa higiene, alimentação e sei lá. Não tem condições de se vestir bem, mas se veste como pode. Tem gente que prefere jogar fora a dar para o próximo”. (Sujeita 1).*

Para a autora, a ideologia central para a reprodução da estratificação por classes é a meritocrática. No pós-fordismo ela é acentuada com o ideal “subjetivação empreendedora”. Num contexto de

crise do Estado de Bem-Estar social estão todos convocados e desafiado, a todo o momento, a se autorremodelarem permanentemente, a estarem perpetuamente dispostos a aprender. O discurso meritocrático está ancorado como norma no senso comum articulando, inclusive, a “promessa de inclusão” aos excluídos, aos desempregados e precariamente empregada. O princípio do mérito, que é a base para a justificação dos prêmios e castigos atribuídos aos indivíduos nas sociedades capitalistas, legitimando, portanto, o acesso privilegiado de alguns indivíduos a bens e recursos materiais simbólicos escassos, é definido segundo valores *standards*, cujo ponto de referência normativo não é, de forma alguma, neutro. Ao contrário, refere-se à atividade econômica do macho, das classes dominantes, heterossexual.

*“Eu vejo uma pessoa pobre, quando ela não vai atrás de coisa melhor, tipo catador de lixo, tem gente que necessita disso, mas tem gente que poderia arrumar um serviço um pouquinho melhor. Tem pessoas que são forte, mas assim, não que catador de lixo não seja trabalho, mas sera que ele não pensa que ganhando um poquinho mais, poderia melhorar mais a vida. Pra mim uma pessoa pobre, seria aquela que “tá bão do jeito que tá”, não vai atrás das coisas, tipo acomodada. Tem faxineira que ganha muito mais por mês do que eu.” (Sujeita 1)*

Sendo assim, todos os indivíduos e grupos que, em função de suas especificidades culturais, de gênero, raça/etnia, classe social, sexualidade, idade, etc. não possuem as mesmas disposições desse grupo de privilegiados na hierarquia social são classificados negativamente como “inferiores”.

*“Acho que tem muita desigualdade no Brasil sim, os ricos têm prioridade pra tudo. Nós, que é de classe mais baixa, sofre mais. Até na escola, os professores olham diferente para as pessoas mais pobres. Pela pessoa ter mais poder aquisitivo ela é mais bem vista pela sociedade, mais procurada, tem mais chances. Falta plano de saúde para os pobres, se eu tivesse um seria mais fácil, me sinto pobre em relação a muitas outras pessoas porque podem ter um plano de saúde, então há coisas que a gente precisa na vida e a gente não tem. Sempre tive vontade de fazer uma faculdade, mas sempre pensei que não conseguiria porque, assim, o colégio que estudei era público, com ensino fraco. Então penso que quem estuda num colégio particular tem muito mais chances que alguém que estudou num colégio público. Tenho amigas que conseguiram passar em concursos, mas sempre estudaram em colégios bons, particulares, eu nunca consegui”.*(Sujeita 2).

Como vários autores têm denunciado, toda a força da ideologia da meritocracia<sup>16</sup> está em universalizar as disposições para comportamento e pensamento de alguns grupos sociais privilegiados como padrão para julgamento e expectativa de comportamento para todos os grupos sociais. (MATTOS, 2011: 17-18).

*“Com relação à desigualdade no Brasil... tem bastante, aquela história né? Se você vai mais ou menos vestido mal numa loja, tu és mal atendida, isso já aconteceu comigo, tinha dinheiro pra comprar e não fui bem atendida, até sai da loja. Tem muito aquela questão da aparência.”* (Sujeita 2)

### **1.7. Quanto aos cuidados em saúde e percepção em contrair o HIV/Aids.**

A vulnerabilidade da mulher está ligada a sua dependência social, econômica, e psicológica para com os homens. A mulher é tolerante sexualmente e o casamento torna-se, portanto um dos fatores

---

<sup>16</sup> Para maiores detalhes sobre a crítica à ideologia meritocrática, ver Young (1990.)

de risco, pois mulheres casadas podem se contaminar através de seus maridos infiéis.

O amor e a paixão apresentam ainda outro componente que mantém afastado o risco, emerge assim um sentimento de invulnerabilidade típico de pessoas apaixonadas. A sensação de plenitude e encantamento na qual submergem os apaixonados funciona com uma redoma de vidro, a protegê-los.

*“Antes de ter o vírus, eu pensava que HIV era uma coisa distante, sempre pensei que não aconteceria comigo, achava que era coisa de pessoas que usavam drogas, gays, sempre achei que não chegaria até mim porque não faço parte desses grupos. Eu não tinha informação nenhuma, era 1997/98. Depois que eu peguei o vírus que comecei a pesquisar mais. Acabei contraindo o vírus através desse meu ex-namorado, e nunca desconfiei que ele tinha HIV”.(Sujeita 1)*

A subalternidade da mulher em relação ao homem é uma questão de gênero, decorrente das construções simbólicas da masculinidade e feminilidade, o masculino tem por gosto o sexo, enquanto que o feminino é fiel e passível.

*“Eu já sabia que tinha, mas não queria aceitar. Ninguém quer ter”.(Sujeita 1).*

A mulher tem menor liberdade de agenciamento da sua própria vida sexual, assim como menos poder de decisão no uso do preservativo com seu parceiro sexual, e vale ressaltar que, o principal método disponível no momento para a prevenção da infecção é de controle e uso masculino.

Segundo Paulilo, a Aids passa a ser representada desta forma como a doença do outro, ou seja, existe um imaginário social de pessoas portadoras do vírus (magras, tatuadas, usuários de drogas, etc.), o que ocasiona uma falta de percepção em contrair o vírus, ou seja, todos estamos vulneráveis ao contágio quando não nos preservamos nas relações sexuais.

*“A gente sabe que pode acontecer, mas nunca passa pela cabeça. Que por mais que você saia com alguém você não imagina que vá acontecer com você. Você acaba confiando na outra pessoa. O HIV não tem cara, não está escrito em ninguém que tem HIV. Pode ser alguém gordinho, magro, não tem como saber. (Sujeita 2)*

*“[...] é o que eu sempre digo pro meu pai, que o HIV não tem cara, não tem cor, a pessoa pode não saber, pode ter uma boa aparência, mas não importa, o HIV não tem cara. O sofrimento que eu passei não quero que ninguém passe” (Sujeita 1)*

Uma doença infecciosa cuja principal forma de transmissão é sexual necessariamente expõe mais ao perigo aqueles que são sexualmente mais ativos - e torna-se fácil encará-la como um castigo dirigido àquela atividade. Isso se aplica à sífilis, e mais ainda à AIDS, pois não apenas a promiscuidade é considerada perigosa, mas também uma determinada “prática” sexual tida como antinatural. “Contrair a doença através da prática sexual parece depender mais da vontade, e, portanto implica mais culpabilidade”. (Sontag, 1989, p.32).

*“Eu não conseguia dizer que eu tenho o vírus HIV, era mais fácil dizer que eu tenho “aquilo”. No começo foi muito difícil, eu me sentia longe de mim mesmo, foi um transtorno. Tipo assim, eu estou acostumada a ver o HIV como uma coisa para drogados, gays, prostitutas, então foge do meu contexto. Quando me deparei nessa situação foi horrível. A pessoa veio me falar que eu tinha, eu não tive reação. Acho que dois ou três dias depois que caiu a fixa. Entrei em depressão, não tomava banho, não*

*queria saber de mais nada, me larguei, praticamente hoje vivo por causa do meu filho, ele está com três anos.” (Sujeita 2)*

A AIDS é concebida de maneira pré-moderna como uma doença provocada pelo indivíduo enquanto tal e enquanto membro de algum “grupo de risco” – essa categoria burocrática, aparentemente neutra, que também ressuscita a ideia arcaica de uma comunidade poluída para a qual a doença representa uma condenação. (Sontag, 1989, p.56).

*“O peso de conviver com o vírus é o mesmo sempre, é muito difícil de aceitar. Eu fui vítima da doença. Não é uma coisa que eu procurei, chegou até a mim. Meu ex-parceiro, era usuário de drogas e havia possibilidades dele contrair a doença, eu achava que pra mim não, então esse pensamento era errado pela falta de informação, não é exclusivo de gente promiscua... Mas todo mundo tem um relacionamento. A dor maior é essa, eu não merecia isso, talvez ele sim.” (Sujeita 1)*

*“A dificuldade maior é aceitar o vírus, sabe? Sei que tenho, mas não aceito. Na minha família a única pessoa que sabe é só a minha irmã, então assim, no dia das mães ela acabou com tudo, podia ter contado, feito o que ela fez em qualquer outro dia, menos no dia das mães. No começo eu achava melhor ter câncer a ter isso, mas com o passar do tempo você vai amadurecendo e entende que não é bem assim, câncer mata muito mais rápido, não tem tratamento”.(Sujeita 2. )*

O advento da terapia anti-retroviral (ARV) combinada (coquetel) é universal e tem distribuição por serviços públicos de saúde, ainda sem cura, a Aids tem tratamento e traz novos desafios para as pessoas infectadas pelo HIV.

Segundo a psicanalista Carmen Felicitas Lent (ALIA-2005), a infecção é como um filme que costuma ser revelado mais tarde, é necessário à consideração de aspectos subjetivos do problema, tais

como:

- Portar uma infecção extremamente discriminada na vida social;
- Sofrer as conseqüências seja de escondê-la, seja declará-la;
- Encarar o exercício de uma sexualidade que, de expressão de vitalidade, transformou-se em possível risco de vida;
- Ter que exercer uma severa disciplina, incessante e mobilizadora, a respeito de exames freqüentes, assim como da ingestão de medicações de rotinas rigorosas;
- Colocar em questão seu estilo de vida prévio à infecção.

Esses aspectos podem ser encontrados em outras enfermidades, mas elas apresentam-se praticamente juntas para os soropositivos. É traumático receber o diagnóstico Aids, ser portador de um vírus transmissível, que é um elemento de discriminação social e que provoca uma virtual deterioração física expressiva e uma eventual morte por colapso do sistema imunológico.

*“Hoje faço o tratamento, mas antes era um pouco difícil, eu não queria assumir que eu tinha o vírus. Por mais que dizem que você vai ter uma vida normal, não é bem assim, você tem a doença e você tem que ter os cuidados, tem que se cuidar. Tomo os remédios, e tento ter uma alimentação saudável, é difícil porque é mais caro viver assim, até um pão integral é bem mais caro que o pão convencional. Uma alimentação saudável ajuda no tratamento também, mas não é fácil nem barato ter uma alimentação saudável. Às vezes me sinto meio pra baixo, depressiva.” (Sujeita 1)*



Para Carmen (2005) o desconhecimento gera distância e a distância gera mais desconhecimento. O desconhecimento gera também a própria existência do muro “aparthaids”.

*“Foi muito bom essa entrevista porque querendo ou não, a gente acaba desabafando, então é sempre bom ter alguém pra ouvir”. (Sujeita 2).*

*“A maior dificuldade é no trabalho, tenho que ficar fazendo exames, nunca falei que era portadora do vírus, sempre tinha que faltar para fazer exames e isso me incomodava muito e aos chefes também, era difícil contornar essa situação. Então várias vezes eu acabava abandonando o tratamento.. Acho que a maior dificuldade mesmo é essa, conciliar trabalho e tratamento. Um dos dois a pessoa acaba abandonando”. (Sujeita 1)*

Do lado de fora do muro àqueles que não são portadores do vírus, estruturam sua percepção em relação ao muro das seguintes maneiras: 1) o pouco que aprenderam a respeito dessa epidemia é que ela afeta a grupos de risco, dos quais não fazem parte, esse assunto não tem nenhuma relação com eles e não é para eles que estão sendo feitas a campanha de prevenção; 2) ao não se considerar parte de algum grupo de risco, uma imensa quantidade de pessoas que mantêm uma sexualidade ativa, não está de fato em condições de afirmar a inexistência do vírus no seu organismo. Continua existindo de fato inúmeros portadores para os quais seu próprio estado é desconhecido, pode-se dizer que um enorme número de pessoas não testadas é soro-interrogativo.

*“Até queria conhecer pessoas nessa mesma situação pra ver como vivem, tenho curiosidade. Tem muita mulher com o vírus, é grande o número, tenho percebido, e na mesma situação que eu,*

*peguei o vírus do parceiro. Uns dois meses atrás uma tia me perguntou se eu tomo anticoncepcional, mas como eu faço pra não engravidar, eu disse que usava preservativo ela ficou espantada por eu usar preservativo com meu próprio marido, pensei comigo, quando peguei com o ex-parceiro, ele também era meu próprio marido. Ela é outra que achava que não pegaria nada por estar casada e que não existe infidelidade. Todo mundo tá correndo o risco, você não sabe que o outro está fazendo. O meu marido atual é tudo que eu tenho na vida, então faço tudo certinho. Todo mundo tem que se prevenir”.*(Sujeita 2)

### **1.8. Vivenciando a Tríplice Discriminação.**

Para Santos (2011), a vivência de discriminação racial encontra na sociedade brasileira um grande desafio que é poder expressar genuinamente a sua indignação. Apesar de ser um país que preconiza a falácia do paraíso da democracia racial, esse fato é facilmente desmascarado ao evidenciarmos as condições de viver, nascer e morrer da população negra.

Por conseguinte, nesse cenário verificamos que “apesar do racismo persistente, raramente os atores sociais se admitem racistas e, ao mesmo tempo, são poucos os que revelam terem sido vítimas de discriminação”. (SANTOS, 2011, p.152).

*“Acho que as mulheres negras têm mais dificuldades sim, os que chamam mais atenção dos homens são loiras, brancas. Até hoje não entendi direito essas cotas para negro, mas se entendi, acho um absurdo isso, não acho que negro tem que ter cota pra entrar. Pra mim os donos da faculdade, o governo, eles estão sendo racistas. Acho um absurdo. De todos os médicos que passei, nenhum deles eram negros. Mas felizmente sempre fui bem atendida nas instituições”.* (Sujeita 2)

As situações conflitam, fomentadas pelo racismo são traumatizantes, pois surgem da não identificação e da intolerância com o outro, gerando a vivência “de contradições psíquicas entre ser ‘estimulado’ a viver assumindo naturalmente a sua identidade, seu si mesmo e, no entanto, não ser aceito”. (SANTOS, 2011, p.152).

A representação do negro na mídia é inferior à imagem do branco, os comerciais raramente apresentam mulheres negras, a não ser em época de carnaval, o negro não é considerado importante, porque está na base da pirâmide social, ou seja, não tem poder de consumo, e essa é a lógica da mídia comercial.

*“Pra mim é mais difícil encontrar um trabalho do que ficar... acho que é racismo às vezes sim, ou é como se nós não fossemos vistas... Esses dias eu estava pensando, só das pessoas dizerem quem no sul não tem negro, já deve ser uma forma de racismo, ou então nas novelas as mulheres negras, quando aparecessem, são empregadas, pode ver, a maioria delas. (Sujeita 1)”*

*“O negro eu acho que é a classe pobre, sempre. Quando falam neguinho, é porque mora no morro, então tem muito racismo sim. Vai ser difícil o negro alcançar o que o branco alcança. O negro é visto como o inferior, o escravo, o que tem que ser funcionário. O branco é patrão o negro é funcionário, vai ser difícil igualar. A mulher negra sempre em segundo lugar, a branca sempre na frente. Em relação a tudo, emprego, educação, tudo. Sempre é o “nego” que fez isso, aquilo, pelo simples fato de ser negro, pela cor da pele. Até as expressões que usam, dizem “a negada”, são expressões racistas, deveriam ser chamados de pessoas de cor, só. Já sofri preconceito na família do meu marido, uma vez uma parente dele falou no celular quando minha filha nasceu: “é pretinha ou branquinha?” Tudo é voltado pro branco, à sociedade foca mais o cidadão branco. Até nas novelas a negra é sempre a classe mais baixa, a empregada etc...” (Sujeita 2)*

Segundo Jurema Werneck (2001) populações negras, sendo 45% da nacional brasileira, representam em sua imensa maioria a classe pobre e trabalhadora, possui grande influência na cultura nacional, mas as participações sociais, econômicas e política ainda são menores do que a de outras etnias.

As mulheres negras, sempre trabalharam fora de casa, primeiras como escravas e depois na prestação de serviços domésticos ou como vendedoras ambulantes, circulando por muitos espaços públicos. No Brasil, as mulheres recebem em média metade do salário dos homens e as mulheres negras, a metade do que ganham as mulheres brancas.

*“Tive meu primeiro emprego como babá, eu levava a filha da patroa da minha mãe até a escola, aí no final do mês ela me dava um dinheiro, aí comprava roupa, relógio, etc... Ai depois que minha mãe saiu desse trabalho, mudei de colégio e foi ai que surgiu um emprego formal, numa loja. Sempre entreguei currículos e nunca entendi porque não me chamavam, quando olham pra mim, sei lá... Não sei se era a aparência ou a minha cor. Teve uma época que eu desisti de entregar currículo. Nunca tive muita oportunidade, as que tive foi porque eu fui atrás. Nunca me ofereceram oportunidade”.(Sujeita 2)*

*“Oportunidades? assim... eu trabalho praticamente desde pequena, acho que com 12 anos eu já cuidava de crianças, pra mim é normal trabalhar, ajudava até um tio a carregar pedra, pra eu conseguir comprar umas "ropinha" nova, eu sempre fui à luta do que eu queria. Quanto aos estudos, nunca consegui me dedicar muito, sempre me achei ruim em matemática... acabei desistindo dos estudos, mas quero voltar a estudar e terminar. Enquanto eu não tive meu filho ate tive mais oportunidades, mas agora fica difícil, tem colégios que não aceitam que eu leve ele.” (Sujeita 1)*

Podemos, portanto apreender o racismo e suas expressões, como pilar mestre de nossa história, por alicerçar toda a estrutura

ideológica, política e econômica da sociedade, dificultando a compreensão e, por conseguinte, o enfrentamento real desse fato.

*“Eu sentia que me olhavam dos pés à cabeça, uma vez eu trabalhei em uma panificadora, e a moça acho que era "alemoa", e ela disse bem assim: “ não vou contratar por que é negra”. Eu dei às costas e fui embora... Pensei meu Deus do céu, no mundo em que a gente vive ainda existe essas coisas, parece pouca coisa, mas mágoa, entende? Agora há pouco tempo também, mudou a nossa "encarregada"(SIC), então ela pediu um favor pra mim, só que tipo, do jeito que ela falou eu me magoei; "ah, negro não ajuda negro, então faz isso aqui pra mim... ", Então desde, meu primeiro emprego eu me deparo com "essas coisas", tem pessoas no meu trabalho que não falam comigo, e eu penso assim... se eu fosse uma "encarregada", ou uma proprietária ou uma dona, por mais que eu não vá com a cara daquele funcionário, eu devo responder um "bom dia", e lá tem pessoas (chefia) que não fazem isso. Mas, fazer o quê?” (Sujeita 1)*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo por se tratar de uma reflexão acadêmica, não possui pretensão de verdade, e menos ainda de esgotar essa temática chegando a uma conclusão, mas sim, faz considerações quanto à questão do vírus HIV/Aids entre as mulheres negras como um fator somatório diante das dificuldades históricas, sociais, culturais, de gênero e raça/etnia enfrentadas por elas, além de chamar atenção para a falta de visibilidade e descaso do poder público para a implementação e/ou aplicabilidade de políticas que atendam essa demanda interseccional.

Além disso, ao fazermos uma análise autocrítica da própria pesquisa presente, observamos que a mesma não deu conta dos objetivos propostos, ou melhor, não se finaliza, pois se realizada em outro momento os resultados poderiam ser diferentes, até mesmo melhores, pois foram muitos os limites e desafios que foram surgindo nesse processo.

Ressaltamos a dificuldade de reconhecimento profissional e a desvalorização do mesmo enquanto dependente de sua força de trabalho para sobrevivência, por parte do terceiro setor, que prefere atuar com o voluntariado, mas muitas vezes se aproveitam do sujeitamento deste para “tapar buracos”.

Destacamos também, a dificuldade de aproximação das sujeitas de pesquisa, a instituição tinha o conhecimento de mulheres contaminadas em determinadas regiões, uma vez que, tem representação nos conselhos municipais de direitos de Florianópolis, mas não possui recursos financeiros e humanos para ir até essas demandas.

E ainda, a possibilidade do próprio instrumento de pesquisa ter

limitado as falas e expressões, e conseqüentemente a análise dos dados e das categorias teóricas destacadas no presente referencial.

Conforme pesquisa bibliográfica levantada, observamos que, o estado de arte com relação à temática apresentada, relativamente poucos são os trabalhos que utilizam a raça/cor como categoria de análise na saúde das mulheres. Dessa forma, a partir de dados coletados para essa discussão, pretendemos contribuir para a ampliação do conhecimento diante desta problemática.

Nesse ponto, “é preciso começar salientando que a importância de focar a dimensão étnico-racial nos estudos da saúde se originam no reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e a conseqüente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravatura até a atualidade” (CUNHA, 2012: 37).<sup>17</sup>

Enquanto que para, Goes e Nascimento (2012: 256)<sup>18</sup>, para as mulheres negras, a articulação do racismo com outros tipos de relações desiguais, como as relações de gênero, é particularmente importante. O fato de representarem um dos segmentos mais pobres da população brasileira agrava as condições do acesso aos bens e serviços da saúde dessas mulheres e comprometem a sua inserção na sociedade, como sujeitos de direitos, principalmente na saúde.

Segundo as autoras, as barreiras geradas pelas desigualdades raciais e de gênero são determinantes para o processo de saúde e doença das mulheres, particularmente das mulheres negras. Essas barreiras geradas, muitas vezes, pelo racismo institucionalizado, impedem ou

---

<sup>17</sup> In: Saúde da População Negra. BATISTA, LOPES e WERNECK (Orgs.), (2012).

<sup>18</sup> *Idem.*

dificultam a utilização e o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, quando comparadas com as brancas.

As mulheres negras sofrem com o fenômeno da tripla discriminação, ou seja, estão sujeitas as interseccionalidades entre formas de desigualdade social, relacionadas perversamente ao racismo e ao sexismo, ou seja, resultantes desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida, em especial na qualidade de vida, e no processo saúde/doença.

As discriminações baseadas nas categorias gênero e raça/etnia não são mutuamente exclusivas, pois são fenômenos que se interseccionam. Sendo a discriminação racial fortemente marcada pela de gênero, o que significa, portanto, que as mulheres tendem a experimentar discriminações e outros abusos de direitos humanos de forma diferente dos homens, principalmente no que se refere às mulheres negras.

Uma das primeiras referências consultadas nesse assunto desde o início da trajetória de pesquisa relacionada à temática, e que se faz presente na atualidade tem sido a Dra. Jurema Werneck (2001), que em seu artigo *AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras* descreve que as iniquidades em saúde das mulheres negras são heranças das desigualdades postas pelas relações sociais e políticas pautadas nas discriminações de origem racial e sexista, violando direitos, impossibilitando as ações de políticas públicas, assim como, dificultando o acesso à ascensão social e a um serviço de saúde de qualidade, igualitário e que respeite a diversidade racial.

Neste trabalho, pudemos observar que a vulnerabilidade das mulheres em contrair o vírus HIV/AIDS, esteve sempre relacionada ao



contexto sociocultural, no qual a mulher é muitas vezes limitada na tomada de decisões quanto a sua vida sexual e reprodutiva, e a vulnerabilidade delas aumenta à medida que se acrescenta questões socioeconômicas, além do racismo que dificulta o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde e ocasiona um menor conhecimento no que se refere às atitudes preventivas.

Dessa forma, com relação à feminização, a pauperização e o enegrecimento da Aids, constatamos que a mulher negra, na atual conjuntura, apresenta maior vulnerabilidade, quando está sujeita ao menor grau de escolaridade, renda mensal, condições de moradia, e conseqüentemente menor grau de acesso aos serviços de saúde, bem como ao exercício de sua cidadania.

Nessa perspectiva, o conceito central para análise sobre as especificidades das mulheres negras e desigualdades sociorraciais no acesso aos serviços de saúde, como foco nas ações relacionadas à promoção e atenção em saúde sexual e reprodutiva, incluindo prevenção em DST's/Aids, são as intersecções de gênero e raça/etnia neste campo, identificando semelhanças e diferenças no acesso e utilização das políticas de saúde.

Por fim, utilizamos as palavras de Werneck (2001) que aponta o racismo e em especial o racismo sexista como favorecedor do adoecimento seja ele psíquico ou físico, e compreendermos que necessitamos definitivamente ter olhos de ver e ouvidos de escutar. Para vermos sim, que o racismo é como um câncer que mata ao que o possui mas também leva um pouquinho de todos os que passam pelo processo e para ouvir identificadamente o clamor de quem sofre. Por isso, a

reflexão tem que perpassar a compreensão de que essa é uma chaga que mina não só as pessoas de cor preta ou parda, mas a todos os componentes da sociedade.

Aids vem marcada por questões físicas, emocionais, sociais, culturais, econômicas, políticas e até mesmo espirituais, daí a vontade de abraçar a causa contra os avanços de infecções pelo HIV, principalmente entre mulheres e negras. Devemos corrigir os efeitos da discriminação passada que ainda perduram, para que os afrodescendentes possam recuperar assumir e valorizar vossas identidades.

Pretendemos contribuir para um conhecimento teórico junto ao Serviço Social, proporcionando um encontro com os Estudos Feministas e fornecendo elementos para a intervenção profissional numa direção ético-política que prime por um atendimento mais humanizado com mulheres negras, portadoras do Vírus HIV.

Assim o presente trabalho pretende contribuir com a prática profissional, pois na atual conjuntura o acirramento das questões sociais e a falta de visibilidade por parte do poder público, (vide a presente problemática apresentada neste trabalho), têm trazido à tona novas demandas e cabe ao profissional incorporar essas demandas. À medida que o Assistente Social viabilize, garanta ou amplie o acesso às fruições dos direitos de cidadania aos seus usuários, realiza plenamente a dimensão política da profissão – o produto de seu trabalho, esse que ao ser efetivado resulta num movimento que possibilita a inclusão dos excluídos na busca de seus direitos, uma vez que o Estado não cumpre com seu papel, ficando o terceiro setor, (já sucateado), ainda a mercê da filantropia e solidariedades alheias.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Branca Moreira e PITANGUY, Jacqueline. **O Que é feminismo**. São Paulo. Abril Cultural: Brasiliense, 1985. Coleção Primeiros Passos.

\_\_\_\_\_. **Ações afirmativas: Políticas públicas contra as desigualdades raciais, 2003.**

Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids (ALIA); **Cultura e Subjetividade em tempos de Aids**. 2005.

BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard, org. **Sexualidades pelo Averso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro / São Paulo: IMS-UERJ / Editora 34, 1999.

BRASIL. **Contituição**. Ed.esp. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1998.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília – DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

**Boletim Epidemiológico Aids/DST**, ano III nº. 01-01<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2006 - ISSN 1517 1159.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo; Ed. Cortez, 2003.

COHN, A. **Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/Aids no Brasil**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/doco5.htm>> Acesso em: 15/08/2008.

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

GOYENECHÉ, Priscila Larratea. **Lei Maria da Penha do papel à implementação – concepções sobre violência contra a mulher presente nos operadores do sistema de justiça.** Dissertação de Mestrado. PPGSS. UFSC. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatísticas. **Indicadores sociais mínimos.** In: Censo 2000.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental.** Brasília: IPEA, 2002.

JEOLÁS, Leila Sollberger. **Risco e Prazer: os jovens e o imaginário da AIDS,** Londrina: EDUEL, 2007.

LAQUEUR, Thomas. Inventando o Sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud. Relume Dumará. Rio de Janeiro. RJ. 2001.

LISBOA, Teresa Kleba & GONÇALVES, Rita Cássia de. **Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida.** Revista Katálysis. Florianópolis. V.10 n. esp. P. 83-92. 2007.

LISBOA, Teresa Kleba. **Gênero, feminismo e Serviço Social – encontros e desencontros ao longo da história da profissão.** Revista Katálysis. Florianópolis. V.13 n.1 p. 66-75 jan./jun. 2010.

LOPES, Fernanda. **Mulheres Negras e Não Negras Vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo, um estudo sobre suas vulnerabilidades.** São Paulo, 2003. Tese apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública; extraído em <<http://www.usp.br/nepaids/FernandaTESE.pdf>> acesso em 19/04/2008.

LOURENÇO. Sandra. **Gênero: acepções e considerações.** In: Revista Capital Científico. Guarapuava/PR. V.2. n.1, p. 65-78. Jan/dez. 2004.

KOLONTAI, Alexandra. **A Nova Mulher e a Moral Sexual**. 3ª reimpressão: março de 2007, Ed. Expressão Popular.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**, 2001; 18ªed. Editora Vozes.

MARQUES, M. C. C. **A história de uma epidemia moderna – a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. São Carlos: RiMa; Maringá: EDUEM, 2003.

MATTOS, Patrícia. **O Conceito de interseccionalidade e suas vantagens para os estudos de gênero no Brasil**. XV Brasileiro de Sociologia. UFSJ. 2011.

**Médica orienta mulheres negras a denunciarem discriminação racial nos hospitais.**

<<http://institutoprincesanastacia.blogspot.com/2007/06/mdica-orienta-mulheres-negras.html>> extraído em 22/04/2008.

**Ministro da Saúde admite que há racismo no SUS**, 27/10/2006 - Correio

Brasiliense  
<[http://afrobras.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=429&Itemid=60](http://afrobras.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=429&Itemid=60)> extraído em 21/03/2008.

MOURA, C. A.; BARRETO, Jônatas Nunes Barreto. *A Fundação Cultural Palmares na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata*. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2002.

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

**Mulheres negras são mais vulneráveis à reinfecção e ao adoecimento por HIV/Aids**

<<http://www.usp.br/agen/bols/2003/rede1224.html>> extraído em 10/04/2008.

NARCISO, Argéria Maria Serraglio. **Adesão: eu, você e o Hiv.** 2003. Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Política Social – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2003.

NYE, Andrea. **Teoria Feminista e as Filosofias do Homem.** RJ. Record: Rosa dos tempos, 1988.

OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, ND. **Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil.** In: LOFES, F. (Org.) Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade [ Relatório final – convênio UNESCO ] Brasília : FUNASA/MS, 2004.

PAULILO, Maria Ângela. **Aids: os sentidos do risco.** São Paulo: Veras, 1999.

PARKER, Richard; MATO, Ruben Araújo de; TERTO JR., Veriano. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil.** In: As estratégias dos Bancos Multilaterais para o Brasil. Brasília: Rede Brasil, 2001. p.107-130.

**Perspectiva Étnico-Racial Na Compreensão da Epidemia de Hiv/Aids: Breves Reflexões** - Elisabete Aparecida Pinto é Assistente Social, Mestra em Ciências Sociais Aplicada à Educação pela UNICAMP e Coordenadora da Área Temática de Saúde da População Negra.

<<http://www.agenciaaids.com.br/site/artigo.asp?id=136>> extraído em 11/10/2012.

POLIZZI Valeria Piassi; **Depois daquela viagem: diário de bordo de uma jovem que aprendeu a viver com Aids;** 2003 19º ed. Editora Ática.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho.** São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero, poder e impunidade.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 218p.

SAFFIOTI, H. I. B. **Violência de gênero: lugar da práxis na construção da subjetividade.** Revista Lutas Sociais, v.2, 1997 a.

SAFFIOTI, H. I. B. **Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento ?** In: Revista Dossiê Crítica Marxista. Unicamp. 2000.

SANTOS, Rosiane Moreira. **Vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV**, São Paulo, 2002.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, M. J. **Quilombo do Brasil Central: violência e resistência escrava 1719-1888**. Goiânia: Kelps, 2003.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & Realidade, Porto Alegre, v.20, n.2, jul./dez.1995, p.71-99.

VARELLA, Drauzio. **Por um fio**. São Paulo; Companhia das Letras, 2004.

VILLELA, Willza; DINIZ, Simone. **A Epidemia da Aids entre as Mulheres**; São Paulo NEPAIDS/CFSS, 1998.

VILLELA, Willza; LOPES, Fernanda; NILO, Alessandra. **Violência de gênero contra as mulheres com HIV/AIDS: Aprimorando as respostas no Brasil**. Saúde Coletiva. Bimestral. Ano/Vol. 4, n. 018. Ed. Bolina. São Paulo. Brasil. 2007.

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

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn C. **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vem de longe**. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000.

WERNECK, Jurema. **AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras**. Jornal da Rede Saúde. n°23, Março, 2001.

WERNECK, Jurema; BATISTA, Luis Eduardo; LOPES, Fernanda. (Orgs). **Saúde da População Negra**. Editora Mauad. 2012.

WHYTE, William Foote. *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005.



# **ANEXOS**

**(ANEXO I)**

**PESQUISA:** Mulheres Negras Soropositivas e as Interseccionalidades entre gênero, classe e raça/etnia.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

**O objetivo da pesquisa é** analisar o aumento da epidemia do vírus HIV entre as mulheres negras, bem como, a percepção que as mesmas possuem sobre suas vulnerabilidades.

O desenvolvimento da pesquisa será conduzido por Angelita Alves de Toledo, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da docente Dra. Teresa Kleba Lisboa, do departamento de Serviço Social.

Dessa forma, pedimos permissão para que sua fala seja gravada por aparelho portátil de áudio (Mp4). Sua participação é voluntária e poderá ser interrompida caso seja sua vontade. A entrevista seguirá um roteiro de questões contidas em um instrumento de pesquisa. Sua fala será confidencial, não identificada e preservada, conforme o conteúdo das respostas, mostrando o sigilo e a ética da pesquisa.

Dúvidas em relação à pesquisa deverão ser encaminhadas à pesquisadora Angelita Alves de Toledo, no telefone (48)3209-2748 ou (48)9650-5344, e a docente/orientadora Teresa Kleba Lisboa, no

Núcleo de Pesquisa em Relações de Gênero e Serviço Social, telefone 3721-6513.

Caso concorde em participar da pesquisa, por favor, assine abaixo.

\*

Florianópolis \_\_de\_\_\_\_\_de 2012.

Angelita Alves de Toledo

**(ANEXO II)**

**PESQUISA:** Mulheres Negras Soropositivas e as Interseccionalidades entre gênero, classe e raça/etnia.

**ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS**

**I. Identificação (perguntar no final da entrevista).**

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação:

**II. Quanto às percepções de identidade de gênero, raça/etnia e classe social.**

- 1) Como foi ser menina durante a infância? Sofreu algum tipo de preconceito sendo negra?
- 2) Você se lembra quando realmente se sentiu mulher, como foi?
- 3) Em algum momento da sua vida, pode perceber se há diferenças entre ricos e pobres, entre homens e mulheres e entre negros e brancos?
- 4) Você acha que vivemos em uma sociedade machista e/ou racista? Por que?

**III. Quanto às percepções de identidade de classe.**

- 1) Como você vê a desigualdade entre ricos e pobres no Brasil?
- 2) Quais foram suas oportunidades na vida? E o que te levou a estar aqui?

- 3) O que significa ser pobre, pra você?

#### **IV. Quanto às percepções de identidade de raça/etnia.**

- 1) Você sente que os negros ainda sofrem racismo?
- 2) E as mulheres negras, se deparam com maiores dificuldades com relação as brancas?

#### **V. Quanto às percepções de exposição ao vírus da Aids.**

- 1) O que você sabia sobre o HIV? E, acredita ter contraído como?
- 2) Como consegue conviver com o vírus? Realiza o tratamento?
- 3) Como você vê a epidemia dessa doença, entre mulheres? E entre as mulheres negras?