UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MAX DOUGLAS ALVES SILVA

OS TONS DA VULNERABILIDADE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AS MULHERES NO CENÁRIO DA EPIDEMIA DO HIV NO BRASIL

Maceió – AL
2023

MAX DOUGLAS ALVES SILVA

OS TONS DA VULNERABILIDADE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AS MULHERES NO CENÁRIO DA EPIDEMIA DO HIV NO BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Dra. Elvira Simões Barretto

Maceió – AL

2023

Catalogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586t Silva, Max Douglas Alves.
Os tons da vulnerabilidade : perfil epidemiológico e as mulheres no cenário da epidemia do HIV no Brasil / Max Douglas Alves Silva. – 2023.
134 f. : il. color.

Orientadora: Elvira Simões Barreto.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 121-134.

1. Epidemiologia. 2. HIV – Mulheres. 3. Mulheres – Vulnerabilidade. 4. Políticas públicas de saúde. I. Título.

CDU: 616.98 : 578.828HIV

MAX DOUGLAS ALVES SILVA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Banca Examinadora:

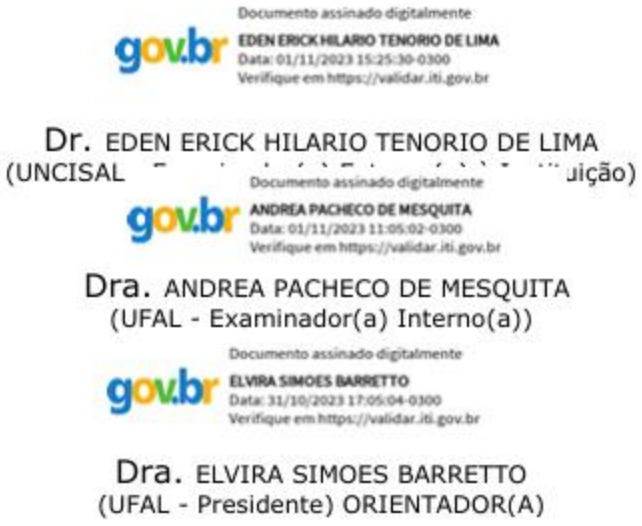
Professora Dra. Elvira Simões Barretto - Orientadora
Programa de Pós-graduação em Serviço Social – Universidade Federal de Alagoas

---

Professora Dra. Andrea Pacheco de Mesquita
Programa de Pós-graduação em Serviço Social – Universidade Federal de Alagoas

---

Professor Dr. Eden Erick Hilário Tenório de Lima
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Uncisal



Maceió – Al
2023

AGRADECIMENTOS

Hoje, encontro-me profundamente grato por este momento que marca não apenas o final de uma jornada, mas também o início de um novo capítulo em minha vida. Não posso deixar de expressar minha imensa gratidão a todos vocês, que estiveram ao meu lado durante esses anos de mestrado, pesquisa, estudo, dedicação e crescimento pessoal e acadêmico.

Primeiramente, quero expressar minha eterna gratidão aos meus pais. Vocês foram minha rocha, meu porto seguro. Obrigado por todo o incentivo incansável, apoio inabalável e pela oportunidade de estudo que me proporcionaram. Se não fossem por vocês, eu não estaria aqui hoje, celebrando essa conquista.

Aos meus amigos, que acreditaram em mim quando eu mesmo duvidei, e que sempre estiveram ao meu lado, mesmo nos momentos mais desafiadores. Sua fé em mim foi um farol de luz durante essa jornada, e por isso, minha gratidão é eterna.

Aos anos de mestrado, que foram cheios de desafios, mas também de aprendizado e crescimento. Cada obstáculo que enfrentei tornou-me mais forte e mais determinado. Obrigado por todos os momentos de superação, pois foram eles que me moldaram e prepararam para o futuro.

À minha orientadora, Elvira, meu agradecimento é profundo e sincero. Sua compreensão, paciência, cuidado e apoio foram inestimáveis. Você não apenas me guiou academicamente, mas também foi uma fonte inesgotável de inspiração. Obrigado por nunca ter largado minha mão, mesmo nos momentos mais difíceis.

Em meio às dificuldades que enfrentei ao longo desta jornada, encontrei força e consolo em minha fé, que se manifesta de diferentes formas, seja através de Deus, Oxalá ou Yemajá. Acreditar em algo maior do que eu mesmo sempre foi um sustento vital para minha alma e meu corpo. Nos momentos de incerteza, foi a minha fé que me deu esperança, guiando-me através das tempestades e iluminando o caminho, mostrando-me que cada desafio é uma oportunidade de crescimento.

Por fim, quero expressar minha admiração pela força de resiliência que descobri em mim mesmo, pela paciência que desenvolvi diante dos desafios, pelo enfrentamento corajoso das adversidades e pelos grandes ressignificados que essas experiências trouxeram para minha vida.

Este diploma não representa apenas minha jornada acadêmica; ele é um símbolo de todas as pessoas incríveis que cruzaram meu caminho e me ajudaram a chegar até aqui. Estou profundamente grato por cada um de vocês e espero poder retribuir todo o apoio e amor que recebi ao longo desta jornada.

Com gratidão eterna.

RESUMO

A dissertação "Os tons da vulnerabilidade: Perfil Epidemiológico e as mulheres no cenário da epidemia do HIV no Brasil" surge de uma experiência na Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso na Universidade Federal de Alagoas. Em um dos cenários de prática, a qual foi destinado na Unidade de Doenças Infecto-Parasitárias (UDIP), o trabalho do Serviço Social desempenha um papel crucial na promoção à saúde de maneira humanizada, inclusiva, informativa, socializadora e abrangente. No processo de trabalho exercido pelo profissional, há um grupo de apoio às pessoas que vivem com HIV. Durante esse período, houve a participação ativa das reuniões e encontros, onde observei um aumento significativo na participação de mulheres que compartilhavam suas experiências e histórias de vida. Além disso, ao analisar os encaminhamentos realizados pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), ficou evidente que as mulheres estavam procurando cada vez mais os serviços de prevenção e tratamento do HIV. Essa observação destacou a importância de estudar o perfil epidemiológico das mulheres nesse contexto específico. O estudo investiga a crescente vulnerabilização das mulheres e sua ascensão no contexto epidemiológico do HIV no Brasil, considerando fatores sociais, econômicos e culturais. O objetivo central é promover uma reflexão crítica sobre os determinantes socio históricos e econômicos que vulnerabilizam as mulheres e repercutem na sua ascensão no contexto do perfil epidemiológico do HIV, no Brasil. A pesquisa adota estratégias que exploram a intersecção entre saúde, raça, gênero e políticas públicas ao longo das últimas quatro décadas, com foco na perspectiva de gênero à luz do pensamento crítico. A metodologia envolve uma análise bibliográfica e documental exploratória, utilizando boletins epidemiológicos de 2007 a 2021 e explorando aspectos legais da legislação brasileira e internacional. A pesquisa destaca determinantes sociais, culturais e históricos que contribuem para a vulnerabilização das mulheres, delineando desigualdades de gênero complexas que precisam ser compreendidas integralmente na totalidade do contexto em que se inscreve para subsidiar políticas sociais públicas e privadas mais coerentes, assertivas e inclusivas. Para tal, a contribuição do presente estudo imerge na história retomando o processo de apropriação e exploração do tempo e dos corpos das mulheres, na chamada “acumulação primitiva” (Marx, 2017; Federici, 2017), traz a intersecção da divisão sexual do trabalho, gênero e saúde. Vê-se, que após 40 anos do início da epidemia do HIV/AIDS no Brasil, a infecção passou por diversas transformações, que vão desde os aspectos sociais, econômicos e culturais, como políticos e afirmativos. Nos últimos anos, o Brasil enfrentou uma batalha contínua contra a epidemia de HIV/AIDS. Durante o recorte temporal, sob diferentes administrações governamentais, os desafios associados a essa doença persistiram. Ao analisarmos de perto a situação das mulheres, fica evidente que o perfil da infecção sofreu transformações notáveis. As mulheres que vivenciam o HIV/AIDS ainda enfrentam estigmas profundamente enraizados, muitos dos quais estão intrinsecamente ligados a questões complexas como raça, etnia, gênero, nível educacional e situação socioeconômica.

Palavras-chaves: Epidemiologia; Política de Saúde; Mulheres; Gênero

ABSTRACT

The dissertation "The tones of vulnerability: Epidemiological Profile and women in the scenario of the HIV epidemic in Brazil" arises from an experience in the Multiprofessional Residency in Adult and Elderly Health at the Federal University of Alagoas. In one of the practice scenarios, which was allocated to the Infectious-Parasitic Diseases Unit (UDIP), the work of Social Services plays a crucial role in promoting health in a humanized, inclusive, informative, socializing and comprehensive way. In the work process carried out by the professional, there is a support group for people living with HIV. During this period, there was active participation in meetings and gatherings, where I observed a significant increase in the participation of women who shared their experiences and life stories. Furthermore, when analyzing the referrals made by the Testing and Counseling Center (CTA), it became clear that women were increasingly seeking HIV prevention and treatment services. This observation highlighted the importance of studying the epidemiological profile of women in this specific context. The study investigates the increasing vulnerability of women and their rise in the epidemiological context of HIV in Brazil, considering social, economic and cultural factors. The central objective is to promote critical reflection on the socio-historical and economic determinants that make women vulnerable and impact their rise in the context of the epidemiological profile of HIV in Brazil. The research adopts strategies that explore the intersection between health, race, gender and public policies over the last four decades, focusing on the gender perspective in light of critical thinking. The methodology involves an exploratory bibliographic and documentary analysis, using epidemiological bulletins from 2007 to 2021 and exploring legal aspects of Brazilian and international legislation. The research highlights social, cultural and historical determinants that contribute to the vulnerability of women, outlining complex gender inequalities that need to be fully understood in the entire context in which they are located to support more coherent, assertive and inclusive public and private social policies. To this end, the contribution of the present study immerses itself in history, resuming the process of appropriation and exploitation of women's time and bodies, in the so-called “primitive accumulation” (Marx, 2017; Federici, 2017), bringing the intersection of the sexual division of labor , gender and health. It can be seen that 40 years after the start of the HIV/AIDS epidemic in Brazil, the infection has undergone several transformations, ranging from social, economic and cultural aspects, as well as political and affirmative ones. In recent years, Brazil has faced an ongoing battle against the HIV/AIDS epidemic. During the time frame, under different government administrations, the challenges associated with this disease persisted. When we closely analyze the situation of women, it becomes clear that the infection profile has undergone notable changes. Women experiencing HIV/AIDS still face deeply rooted stigmas, many of which are inextricably linked to complex issues such as race, ethnicity, gender, educational level and socioeconomic status.

Keywords: Epidemiology; Health Policy; Women; Gender

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....8

2. O TRABALHO DAS MULHERES: UMA APROPRIAÇÃO DO TEMPO E CORPOS NA ORDEM DO CAPITAL 13

2.1 Exploração do trabalho das mulheres no âmbito da reprodução da força de trabalho e produção de vida.....14

2.1.1 Domesticação dos corpos das mulheres.....20

2.2 A intersecção entre a divisão sexual do trabalho e patriarcado: debates na perspectiva do feminismo materialista.....22

2.3 O Estado patriarcal e a sexualidade das mulheres.....31

3. A MULHER NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÙDE.....37

3.1 Política pública de saúde na história do HIV/Aids.....39

3.2 A relação entre gênero, saúde e a política de HIV/Aids.....50

3.3 Mulheres no contexto saúde e HIV/Aids.....57

4. A TRAJETÓRIA DA ASCENSÃO DAS MULHERES NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS: INIQUIDADES DE GÊNERO E RAÇA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DE PROTEÇÃO SOCIAL.....64

4.1 Políticas Públicas e Proteção Social na perspectiva de gênero e raça.....66

4.2 Pessoas Vivendo com HIV/Aids e as Políticas de Proteção Social.....76

4.3 Políticas Públicas e Proteção Social: perfil epidemiológico do HIV nos governos brasileiros (2007 - 2021).....82

4.3.1 – Perfil Epidemiológico HIV – Governo Lula (2007 – 2010).....84

4.3.2 – Perfil Epidemiológico HIV – Governo Dilma Rousseff (2011 – 2016).....92

4.3.3 – Perfil Epidemiológico HIV - Governo Michel Temer (2017 – 2018).....99

4.3.4 – Perfil Epidemiológico HIV – Governo Jair Messias Bolsonaro (2019 - 2021).....104

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....114

REFERÊNCIAS.....121

INTRODUÇÃO

O interesse em analisar e pesquisar "*Os tons da vulnerabilidade: Perfil Epidemiológico e as mulheres no cenário da epidemia do HIV no Brasil"* nasce de uma experiência de formação em ensino/serviço, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, na Universidade Federal de Alagoas, nos anos de 2018 – 2020, na Unidade de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias (UDIP), na cidade de Maceió – Al.

Entre os motivos que nos despertaram a esta pesquisa está o fato de que os primeiros casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV foram registrados há mais de 40 anos e que, no percorrer histórico formativo da sociedade brasileira, têm revelado que a epidemia do HIV/Aids, na atualidade, tende à uma vulnerabilização das mulheres e que diversos fatores estão atrelados a essa nova característica assumida pela doença, dentre eles destacam-se os fatores sócio-políticos, econômicos e culturais.

A dissertação em questão tem como objetivo central discutir e resgatar historicamente a vulnerbilização das mulheres no contexto do HIV/AIDS, com base no perfil epidemiológico da infecção no Brasil. Para alcançar esse propósito, foram adotadas estratégias orientadoras que exploraram a intersecção entre saúde, raça, gênero e políticas públicas ao longo das últimas quatro décadas. O foco principal da análise recai sobre a perspectiva de gênero, inserida no contexto da discussão das políticas públicas, especialmente diante das mudanças observadas no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV.

O percurso metodológico adotado nesta pesquisa envolveu uma abordagem qualitativa de cunho exploratório sobre os dados bibliográfico documentais coletados (Minayo,2004). Essa abordagem permitiu analisar detalhadamente questões suscitadas pelos boletins epidemiológicos referentes ao período compreendido entre os anos de 2007 a 2021. Além disso, foram explorados aspectos legais da legislação brasileira e internacional pertinentes à temática. Para fundamentar a análise, recorremos às contribuições de diversos autores e autoras cujas pesquisas, em distintas áreas, à luz do pensamento crítico, abordaram e suscitaram questões da interseccionalidade entre gênero, raça, classe social, saúde, sexualidade e educação destacando a

complexidade da epidemia de HIV/AIDS entre as mulheres, sublinhando a necessidade de políticas sociais públicas sensíveis ao gênero que considerem essas múltiplas camadas de vulnerabilidade.

Ao longo da pesquisa, destacamos um conjunto de determinantes sociais, culturais e históricos que gradualmente têm contribuído para a vulnerabilidade das mulheres nesse contexto. Estes fatores incidem diretamente no processo saúde/doença, delineando uma complexa rede de desigualdades de gênero que precisa ser compreendida em sua totalidade a fim de fundamentar políticas sociais tanto públicas quanto privadas de maneira mais coesa, eficaz e abrangente.

Diversas autoras, como Helena Hirata, Kergot, Federici, Ávila, Vieira, entre outras, vem estudando e dialogando sobre as opressões das mulheres na sociedade como objeto de discussão e reflexão há décadas. Mulheres têm lutado por igualdade de direitos e oportunidades, enfrentando desafios e preconceitos enraizados em estruturas patriarcais e estereótipos de gênero. Um aspecto importante dessa discussão diz respeito ao trabalho doméstico e de cuidado não remunerado que, infelizmente, ainda é atribuído principalmente às mulheres.

No modo de produção capitalista são estabelecidas normas de gênero que se integram organicamente nas dinâmicas das relações de produção e reprodução. Estas normativas não apenas moldam a forma como os indivíduos se envolvem em atividades produtivas, mas também influenciam diretamente a estrutura social que permeia a reprodução das gerações futuras. Salienta-se que essa dinâmica vai além das questões de classe e também envolve a divisão sexual e racial do trabalho na sociedade, entre outros aspectos. É notável que, sob o atual modo de produção, a sociedade é governada pelo controle moral e dos comportamentos, com o objetivo de preservar a ordem, a família nuclear nos padrões burgueses e as relações de produção e reprodução social. No entanto, muitas dessas relações são marcadas por violência.

Nessa abordagem, a divisão sexual do trabalho e as normatizações de gênero na sociedade são construídos historicamente com base em relações de poder.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), doença que se manifesta em pessoas que contraíram o vírus HIV, teve os primeiros casos identificados nos Estados Unidos em 1980, no entanto rapidamente se propaga pelo mundo. Os primeiros casos identificados da doença no Brasil ocorrem em 1982, na cidade de São Paulo. De início houve forte resistência por parte das instâncias governamentais, no enfrentamento do HIV/Aids, por ser vista como uma doença de ocorrências isoladas, restrita a segmentos sociais específicos.

Desde seu surgimento, na década de 1980, é possível distinguir no Brasil três momentos distintos na evolução da epidemia. O primeiro momento vai da gênese até 1985; este momento caracterizou predominantemente, pela infecção nas relações homossexuais com nível alto de escolaridade; o segundo momento ocorreu entre 1986 e 1990 e as características principais foram o aumento dos números de casos pelo uso de drogas injetáveis, diminuição da faixa etária e uma maior disseminação em pessoas com práticas heterossexuais; o terceiro momento ocorre a partir dos 1992 até os dias atuais, caracteriza-se e acentua-se a disseminação em casais heterossexuais em vários níveis de escolaridade e classes sociais, em especial as mulheres (PARKER, 2003).

Passados 40 anos desde o início do surgimento do HIV/Aids no Brasil, o perfil da doença foi se modificando ao longo dos anos e atualmente, a epidemia ultrapassa o campo biológico e se destaca por afetar indivíduos/as que se encontram vulnerabilizados/as nos diversos aspectos sociais, econômicos e culturais. Hoje a doença apresenta características como: feminização, juvenização, interiorização, envelhecimento e pauperização (Santos, 2005), acrescenta-se a isso: raça e escolaridade.

> [...] a vulnerabilidade feminina ao HIV necessariamente remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e o imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero - que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do atual perfil da epidemia (Naila; et al, 2009, p. 11).

Diante dessa breve explicativa, é necessário tomar por direção algumas questões que devem centrar-se no processo de constituição desse estudo que são pautados nas políticas públicas em relação as mais variáveis situações que abrangem a sua efetividade e direcionamento ao público usuário/a do serviço, tais como: saúde, integralidade, universalidade, gênero, social, direitos sociais,

proteção social, dentre outros, pode-se fazer as seguintes perguntas: Como se deu a intersecção entre saúde, raça, gênero e políticas públicas na história do HIV/Aids nas últimas quatro décadas? Considera-se a perspectiva de gênero dentro da discussão da política pública diante das alterações do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV?

Dessa forma, partiu-se do pressuposto de que há uma alteração no perfil epidemiológico no qual remete a alguns determinantes que contribuem progressivamente a vulnerabilidade da mulher, onde os mesmos podem ser chamados de determinantes sociais, culturais e históricos que incidem no processo saúde/doença, no qual aquela pessoa não é vista apenas como um corpo doente, envolvendo também outros fatores. Pode-se destacar: a condição socioeconômica, a dificuldade de acesso aos bens e serviços de saúde; o não uso de preservativos; o quesito da raça, a baixa escolaridade; as relações de gênero, que reforçam a pouca autonomia da mulher; o contexto de violência doméstica e o preconceito, fruto da terminologia “grupo de risco” que estigmatiza essas mulheres colocando-as em uma situação de exclusão.

Diante das questões levantadas e considerando uma abordagem na perspectiva de totalidade da realidade à luz do pensamento crítico, esta pesquisa baseou-se no feminismo materialista como concepção teórico-metodológica para a construção desta dissertação.

O trabalho está sendo construído, além da introdução como primeiro capítulo, em mais três capítulos e considerações finais, como segue:

O segundo capítulo teve como objetivo analisar a exploração e a apropriação do tempo e corpos das mulheres no trabalho doméstico a partir da intersecção entre a divisão sexual do trabalho, Estado e o patriarcado. Buscou-se ainda refletir sobre a configuração do Estado Capitalista e a correlação entre economia, política e o âmbito social, pois já é basilar ao processo de construção e discussão das políticas sociais no Brasil, principalmente da política de saúde.

O terceiro capítulo traz a materialidade das mulheres na trajetória histórica do HIV/AIDS no Brasil e a discussão da política de saúde pontuando e dialogando com as questões de gênero, saúde, sexualidade, dentre outras chaves. Percebe-se a vulnerabilidade da mulher, os retrocessos das políticas sociais e as questões legislacionais.

No quarto capítulo, a discussão se pauta em políticas públicas e proteção social dentro da perspectiva de gênero e alavancar a reflexão sobre as iniquidades entre a raça e gênero. Para tanto, traçamos um panorama governamental entre 2007 – 2021 com elementos que discutem variáveis como educação, sexo, raça, regionalidade, dentre outros.

Nas considerações finais, foi conduzida uma análise aprofundada do objeto de estudo, destacando-se algumas sugestões para futuras pesquisas e retomando questões que envolvem a carga do estigma, juntamente com a discriminação e os variados tipos de violência, representando um fardo pesado para indivíduos e comunidades, especialmente quando observamos a interseção entre o HIV e as mulheres no contexto os avanços e retrocessos das políticas públicas vivenciados nos últimos anos de diferentes governos e a alteração do perfil epidemiológico. Esses desafios não apenas afetam o bem-estar emocional e psicológico das pessoas, mas também criam barreiras significativas no acesso a serviços de saúde específicos, oportunidades educacionais e participação plena na sociedade. Enfrentar essas formas de marginalização tornou-se essencial para promover uma sociedade mais inclusiva e justa, garantindo que mulheres vivendo com HIV sejam tratadas com dignidade e recebam o suporte necessário para viverem vidas saudáveis e produtivas.

Por fim, durante o curso da pesquisa, nos deparamos com nomenclaturas que atualmente estão em desuso, como exemplo, Portador do vírus de HIV, Grupo de risco, Doença Sexualmente Transmissível – DST, mas que fazem parte do referencial teórico historicamente marcado. É importante ressaltar que, na época em que esses termos eram amplamente utilizados, representavam a terminologia aceita e compreendida. Utilizá-los em nosso estudo não implica em desatualização ou falta de conhecimento, mas sim uma contextualização precisa do período a que se refere a pesquisa.

Ao encontrarmos essas expressões, buscamos elucidar seu significado atualizado e coeso com os padrões contemporâneos. Termos como "Pessoa Vivendo com HIV" e "Infecção Sexualmente Transmissível" são exemplos claros de como a linguagem evoluiu para refletir uma compreensão mais sensível e respeitosa.

Além disso, ao analisarmos as legislações pertinentes, também nos deparamos com terminologias antigas. Nesses casos, nossa abordagem visou lucidar as mudanças legislativas e os termos mais atuais, assegurando que nossa pesquisa esteja alinhada com as normativas contemporâneas e, ao mesmo tempo, respeite o contexto histórico em que essas leis foram estabelecidas.

Portanto, é essencial reconhecer que nossa pesquisa é guiada pela precisão terminológica e contextual, refletindo um compromisso em utilizar uma linguagem atualizada, ao mesmo tempo em que compreende e respeita as nuances históricas e sociais que moldaram esses termos ao longo do tempo.

2. O TRABALHO DAS MULHERES: UMA APROPRIAÇÃO DO TEMPO E CORPOS NA ORDEM DO CAPITAL

Entendemos que é um importante recurso para a compreensão do processo de vulnerabilização das mulheres no contexto do HIV/AIDS, explorar a complexa interação entre as várias configurações sociais da apropriação do tempo e dos corpos das mulheres na ordem do capital, trazendo à tona a questão do trabalho e da exploração do mesmo no âmbito da reprodução da força de trabalho. Este capítulo é iluminado pela acumulação primitiva no processo de apropriação e exploração das mulheres, considerando o pano de fundo do pensamento crítico de Marx e as perspectivas feministas. Essa abordagem é essencial, pois o trabalho é uma categoria ontológica fundamental que permeia a sociabilidade humana.

Ao analisar as raízes do capitalismo no processo da chamada "acumulação primitiva", torna-se crucial considerar o processo de estruturação do Estado voltado para as demandas do capital, bem como a interligação entre a divisão sexual do trabalho e o patriarcado. Esse diálogo é fundamental para compreender que as relações de gênero, marcadas por relações de dominação e exploração, são evidentes em diversos espaços de disputa de poder. Isso é especialmente relevante considerando o contexto contemporâneo de reestruturação produtiva, onde as mulheres estão cada vez mais envolvidas na apropriação de seu tempo e corpo em meio às complexidades do capitalismo, ingressando em particular no processo de adoecimento.

Nesse sentido, a compreensão das implicações do modo de produção em meio a superexploração da mulher (Federici, 2017), aliada às lutas históricas das mulheres pelo direito dos seus tempo e corpos, destaca a importância de uma apreensão crítica das dinâmicas sociais e econômicas, para subsidiar a análise acerca da ascensão das mulheres no contexto do perfil epidemiológico do HIV no Brasil. A divisão sexual do trabalho, o Estado patriarcal e as nuances da sexualidade se entrelaçam em uma complexa teia, para garantir a ordem do capital.

A estrutura da sociedade em que vivemos se sustenta e se mantém por meio da apropriação desigual da produção e reprodução do trabalho das mulheres, portanto, este texto busca desvendar essas intricadas relações, explorando a interseção entre gênero, capitalismo, trabalho e poder, à luz das teorias de Marx e de Federici e das perspectivas feministas marxistas contemporâneas, dando base e entendimento às complexidades que vão perpassar a saúde e por consequência as discussões sobre HIV e as mulheres.

2.1 Exploração do trabalho das mulheres no âmbito da reprodução da força de trabalho e produção de vida

O pressuposto elementar da vida segundo a teoria marxiana reside no fato de a sociabilidade humana se efetivar por meio do trabalho. O trabalho é que diferencia os seres humanos dos outros animais, na medida em que os socializam. Implica dizer que os seres humanos criam os objetos de suas necessidades e também os meios para as satisfazer e, nesse processo, criam a si próprios como humanos/as, o que não ocorre com os demais animais, que agem por extinto. Além disso, o trabalho é um processo humano-social historicamente determinado, e que só existe, imerso à totalidade de complexos sociais. Na medida em que os homens e as mulheres realizam o trabalho opera a forma mais primitiva de divisão do trabalho: a cooperação.

O trabalho é o intercâmbio orgânico entre o ser humano e a natureza e como resultado desta relação temos a produção da riqueza material na vida social. Para Lukács (1998) em sua forma mais genérica, o trabalho é autoatividade puramente social, porque apenas e tão somente o ser humano atua sobre a natureza e transforma-a. Através de sua ação corpórea e mental

projeta-se sobre a natureza um processo de síntese entre a sua subjetividade e a objetividade posta, transformando a natureza que é constituída pelo ser inorgânico e ser biológico em algo ontologicamente novo. Este complexo processo constitui uma das formas elementares da possibilidade do salto qualitativo da esfera do ser natural para a esfera do ser social.

Marx em 'O Capital' destaca que:

> antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (Marx, 1983, p. 149).

O processo de trabalho é constituído basicamente pela relação dialética entre teleologia e causalidade[1] e o primeiro elemento que compõe o complexo do trabalho é o momento em que a finalidade é determinada e os meios para a sua realização são escolhidos, ou seja, mediado pela consciência o homem realiza escolhas entre alternativas. O segundo elemento deste processo é a realização material da elaboração teleológica, em que a prévia-ideação se concretiza em um objeto, na objetivação. Associado à objetivação, Lessa nos explica que "a exteriorização é esse momento do trabalho pelo qual a subjetividade, é confrontada com a objetividade a ela externa, à causalidade e, por meio deste confronto, pode desenvolver novos conhecimentos e habilidades" (2007, p. 39).

Os seres humanos buscam os meios adequados para tornar material a realidade ideal, ou seja, há o impulso para se conhecer a realidade e objetivar o que havia sido previamente idealizado. De modo que para Lukács (1998), o processo de trabalho é descrito como consecutivas materializações de posições teleológicas, por isso, a teleologia primária corresponde à forma originária do trabalho, ou seja, elementar ao ser social.

Nesse sentido, o ato do trabalho funda a genericidade humana, constituindo uma relação dialética, articulada e recíproca entre o indivíduo e o

[1] De acordo com Lukács (1979 *apud* Lessa, 2007, p. 45), a relação dialética entre teleologia (isto é, projetar de forma ideal e prévia a finalidade de uma ação) e causalidade (os nexos causais do mundo objetivo) corresponde à essência do trabalho.

gênero humano. Portanto, o trabalho é necessariamente o intercâmbio orgânico com a natureza e necessariamente é um processo manual. De maneira breve pode-se dizer que os seres humanos através de sua corporalidade transforma a natureza que é externa a humanidade e através da objetivação materializa a prévia-ideação, modificando, ao mesmo tempo, a si mesmo através da exteriorização.

Além disso, vale ressaltar que na análise lukacsiana sobre a ontologia do ser social, tanto a reprodução, como o trabalho, divisão do trabalho, linguagem, cooperação, etc., são categorias analisadas isoladamente e teoricamente de forma abstrata, mas que estão ontologicamente articuladas e não existem separadamente na realidade. Afirma Lukács: um olhar muito superficial ao ser social mostra a inextricável imbricação em que se encontram suas categorias decisivas como o trabalho, a linguagem, a cooperação e a divisão do trabalho; mostra que aí surgem novas relações da consciência com a realidade e, portanto, consigo mesma, etc. (1998).

Esta peculiaridade do trabalho é evidenciada por Lukács, quando afirma que, ressalvadas sucessivas mediações históricas, esta especificidade do trabalho potencializa a extração da mais-valia e a própria possibilidade ontológica do “reino da liberdade no socialismo”. O trabalho em seu caráter universal tem a função de ser a única atividade social capaz de produzir o conteúdo material da riqueza, independente da forma social específica.

É com o advento do sistema capitalista de produção que as pessoas começam a vender sua capacidade de trabalho em troca de salário ao “dono” dos recursos de produção. De acordo com Marx (2017, p. 293), a distinção entre diferentes estruturas econômicas na sociedade, como a sociedade escravocrata em comparação à sociedade de trabalhadores assalariados, reside apenas na maneira pela qual o excedente de trabalho é obtido do produtor direto, ou seja, o trabalhador.

Nesse sentido, para Marx o desenvolvimento da sociedade burguesa só se completa com a decomposição da sociedade feudal, e a expropriação das terras dos camponeses, desta forma ao trabalhador resta apenas a sua capacidade de trabalho, contraposta aos meios de produção possuídos pelos capitalistas.

Em O Capital (Tomo II), Marx explicita que, do ponto de vista histórico, a acumulação capitalista tem como "ponto de partida" uma "acumulação primitiva", pois, para que a acumulação capitalista se realizasse foi necessário, inevitavelmente, que dinheiro, mercadoria, meios de produção e de subsistência fossem transformados em capital. Todavia, a transformação desses produtos do trabalho humano em capital somente pôde se realizar sob a base de circunstâncias sociais determinadas, que envolve uma violência estrutural por meio da desapropriação dos meus de subsistência dos/as camponeses. Ou seja, a partir do momento em que "duas espécies bem diferentes de possuidores de mercadorias" se defrontaram, entram em contato no mercado como proprietários privados:

1 - "de um lado, possuidores de dinheiro, meios de produção e meios de subsistência que se propõem a valorizar a soma-valor que possuem mediante compra de força de trabalho alheia";

2 - "do outro lado, trabalhadores livres, vendedores da própria força de trabalho e, portanto, vendedores de trabalho". (Marx, 1984, p.262).

A condição fundamental da acumulação capitalista é, portanto, a separação entre possuidores das condições de realização do trabalho (proprietários) e trabalhadores/as.

Nesse sentido, diz Marx (1984, p.262):

> O processo que cria a relação-capital não pode ser outra coisa que o processo de separação do trabalhador da propriedade das condições de seu trabalho, um processo que transforma, por um lado, os meios sociais de subsistência e de produção em capital, por outro lado, os produtores diretos em trabalhadores assalariados.

Com o apoio da autora Silvia Federici (2017), na qual realiza uma crítica sobre a acumulação primitiva abordada em O' Capital, de Karl Marx, onde a referida discute, pondera e explicita que a acumulação primitiva é analisada do ponto de vista do proletariado do sexo masculino e do incremento e desenvolvimento da produção de mercadorias. Para ela, o processo de acumulação primitiva, como bem colocamos aqui, traz intensas modificações que introduz a atitude social das mulheres no desenvolvimento da sua força de trabalho.

> [...] o desenvolvimento de uma nova divisão sexual do trabalho; ii) a construção de uma nova ordem patriarcal, baseada na exclusão das mulheres do trabalho assalariado e em sua subordinação aos homens; iii) a mecanização do corpo proletário e sua transformação, no caso das mulheres, em uma máquina de produção de novos trabalhadores. E, o que é mais importante, coloquei no centro da análise da acumulação primitiva a caça às bruxas dos séculos XVI e XVII; sustento aqui que a perseguição às bruxas, tanto na Europa quanto no Novo Mundo, foi tão importante para o desenvolvimento do capitalismo quanto a colonização era expropriação do campesinato europeu de suas terras (Federici, 2017, p. 16).

Em analogia a questões contemporâneas, Fontes (2018) demonstra que a compreensão sobre expropriações denominadas de secundárias, que adotam o mesmo arquétipo anterior da acumulação primitiva, afasta das pessoas as suas condições de vivência e experiência convertendo-as em capital. Para a autora, a transformação que mais é emblemática no capitalismo é o descimento da existência dos homens e mulheres à força de trabalho.

Vale ressaltar que essas expropriações são concretizadas “por meio da força, violência e subordinação do trabalhador e da trabalhadora, assim como dos recursos sociais” (Fernandes, 2020, P. 20). Quando inferimos às mulheres nesse contexto, essa apropriação é muito mais cruel, pois se converte por eixo do seu tempo e seu corpo.

> As terríveis condições de exploração a que as mulheres estão submetidas são tratadas criticamente, mas a crítica é remetida à capacidade do sistema em utilizar sem limites os recursos disponíveis de mão de obra para sua exploração, isto é, como uma forma do capitalista criar correlação de forças desfavoráveis para os homens trabalhadores serem mais explorados (ampliação do exército industrial de reserva) ou jogados no desemprego (Ávila, 2011, p. 58).

Ávila (2011), aponta que na apreciação marxista, a reprodução é versada somente como substância do procedimento produtivo, e o trabalho reprodutivo efetivado no espaço familiar e doméstico, que era pra ser um ponto focal para a reprodução social, não é considerado importante.

> Dessa maneira, a subordinação das mulheres aos espaços ditos privados, assim como a construção ideológica de uma concorrência entre elas, o esfacelamento da solidariedade feminina, assim como seu disciplinamento, deu-se no decorrer do desenvolvimento capitalista, por meio da intervenção do Estado com uma forte política de dominação do corpo das mulheres (Fernandes, 2020, P. 21).

A subalternização da mulher foi sendo naturalizada e universalizada por uma ideologia machista, onde o homem passou a ter “naturalmente” o controle, responsabilidade e domínio sobre suas ações e de sua família (incluindo as de “sua” mulher).

A inquisição se configura de certa forma resistência macroestrutural ao processo de estruturação da ordem do capital quando as mulheres não aceitaram ser “vendedoras de si mesmo”, “força de trabalho” e “mão de obra livre”.

Diante das resistências das mulheres houve uma ofensiva para “domesticá-las”, não por acaso os longos trezentos anos de inquisição. Nesse contexto, a transição para o capitalismo também implicou em uma reorganização significativa da divisão de trabalho entre os gêneros. O conhecimento que as mulheres haviam tradicionalmente cultivado e implementado na sociedade feudal, como o domínio das propriedades medicinais das ervas ou o entendimento dos processos de parto e métodos contraceptivos, foi sistematicamente retirado delas de forma violenta. Paralelamente, essas práticas passaram a ser criminalizadas, criando assim uma esfera de atividades ilegais confinada ao âmbito da bruxaria. Por outro lado, a ciência moderna, agora promovida pelos homens e pelo Estado, gradualmente assumiu o lugar das antigas crenças e práticas que antes eram de responsabilidade social das mulheres. Silvia Federici argumenta que a esfera da reprodução, por exemplo, costumava ser predominantemente dominada por mulheres, mas esse domínio desapareceu durante a transição histórica para o capitalismo, à medida que as parteiras foram progressivamente substituídas pelos médicos.

Essa subalternidade, contudo, não significou uma ausência total de exercício de poder. Ainda que em doses desiguais, as mulheres atuariam nos espaços micro e tentavam resistir à dominação por meio da sedução, do silêncio, do choro e de reivindicações, conhecimentos que eram fora das expectativas de produção de mais-valor (Federici, 2017).

As atribuições sociais em que as mulheres passaram a ser socializadas para o exercício do feminino burguês tradicional deveriam adequar-se ao casamento, portanto a educação dos filhos passou a ser prioritariamente uma tarefa social da mulher de qualquer classe social. Essas tarefas, para

senhoras dos feudos, eram realizadas pelas mulheres negras, denominadas, amas-de-leite, pela criadagem, pelas instituições pedagógicas e religiosas. Este modelo social da maternidade burguesa hegemônica era o objetivo maior a ser conquistado pelas mulheres e aquelas que não o aceitavam, eram consideradas transgressoras de uma nova ordem. “Critica-se a trabalhadora, a intelectual e todas as que exerciam alguma atividade fora do lar. Qualquer tentativa de autonomia feminina era desqualificada e culpabilizada, com o argumento de que seria contra a natureza” (Nunes, 2000, p.68).

Inserido no contexto da sociedade capitalista, o trabalho se desenvolve como forma de alienação do indivíduo frente às relações sociais que o mesmo está inserido. Desta forma, as dimensões de liberdade, consciência, sociabilidade e universalidade que seriam características centrais do trabalho em sua dimensão ontológica são substituídas por opressão, exploração e inibição do desenvolvimento das capacidades humanas.

Partindo da concepção ontológica do trabalho, a qual referenciamos acima, entendemos que para conhecer os processos históricos que permeiam sua transformação e caracterização na sociedade capitalista, é importante dialogar com a particularidade da exploração e precarização do trabalho das mulheres. Tal percurso exige a interligação com as nuances que permeiam a relação entre o capitalismo e o patriarcado.

A divisão crescente e hierarquização de gênero dentro do capitalismo ajuda a explicar a origem dos conceitos modernos de masculinidade e feminilidade, além disso, torna-se evidente porque o patriarcado, onde as mulheres se veem subordinadas aos maridos e aos empregadores, se tornando inerente à configuração social do capitalismo desde a implementação do mesmo, sendo funcional a esse sistema de produção.

2.1.1 Domesticação dos corpos das mulheres

A caça às bruxas foi um aparelho de controle e perseguição em relação às mulheres no tocantes aos seus corpos e sexualidade, extremante violento, torturador e humilhante, pois o ápice desse processo é o fim da vida àquelas que não se enquadram nas normatizações de gênero socialmente circunscrito pelo capitalismo.

No desenvolvimento do sistema capitalista as normatizações de gênero e sexualidade são condições determinantes para sua funcionalidade. A sexualidade das mulheres e o uso do seu corpo deve atrelar-se ao desenvolvimento da economia (nascimento/ crescimento(cuidado) de novos/as trabalhadores (força de trabalho), além, é claro de sustentar o prazer dos corpos masculinos.

As mulheres cujos corpos foram “incluídos” na economia não eram apenas as esposas e donas de casa, mas também as prostitutas. Algumas dessas mulheres rejeitaram as regras infligidas pela vida familiar e social, enquanto outras foram expropriadas das suas vidas e viveram em extrema pobreza à margem da sociedade.

Nesse meio tempo de análise, as mulheres submetidas a violência foram percebendo que “[…] à medida que a caça às bruxas avançava, aprovavam-se leis que castigavam as adúlteras com a morte” “[…] e a prostituição era colocada na ilegalidade” e “[...] as relações entre mulheres foram demonizadas, que as forçavam a delatar umas às outras como cúmplices do crime” (Federici, 2017, p. 334-335).

A imagem das mulheres passa a ser construída e estigmatizada como as que são desobedientes, selvagens, irresponsáveis, imprudentes, histéricas, fofoqueiras, bruxas, símbolo de pecado e tantos outros pejorativos. Federici (2017) ainda ressalta que essa forma desenhada das mulheres era perfeita para escritores moralistas sociais.

Com esse processo se demonstra como uma formação ideológica social, política e econômica traz um resultado da estrutura capitalista e também sustenta a criação e preservação da exploração material das mulheres. Este movimento perpetua criações sociais que fortalecem os preconceitos e discriminação de classe, gênero e raça, apoiando assim os interesses daqueles que possuem controle sobre os recursos de produção - conceitos que definem a "moral" e as normas sociais da sociedade capitalista.

Essa estrutura do pensamento sustenta e fortalece um conjunto de ideias e comportamentos negativos que fazem parte das interações sociais e prejudicam as mulheres reproduzindo a imagem de inferioridade e reforçando as relações de poder impostas pela ordem instituída. (Assis; Podewils, 2021).

Assim, para garantir o sucesso da ordem capitalista, foi-se crucial o controle dos corpos das mulheres e da sua sexualidade. O propósito era garantir a reprodução da força de trabalho, o confinamento das mulheres em seus lares, o trabalho doméstico, a submissão e exploração, a desvalorização e os cuidados com filhos/as e maridos, além da subalternidade e inferência de que eram incapazes.

A sexualidade das mulheres foi exprobrada e exemplificada na figura das bruxas que foram queimadas na fogueira; diante dessa pressão sociais, muitas mulheres cederam às imposições da nova ordem patriarcal, resultando na emergência da família, como exemplo, a maior instituição domesticadora dos corpos das mulheres, alinhada aos ideais religiosos e morais. Segundo Federici (2017), essa mudança serviu aos propósitos da apropriação e ocultação do trabalho realizado pelas mulheres.

Vale ressaltar que, ainda em Federici (2017), a batalha contra as mulheres, por meio da chamada “caça às bruxas” ainda acontece nos dias atuais, de certo modo, há uma roupagem direcionada a um “novo” processo de acumulação primitiva. Fernandes (2020) já salienta que em países como a África e Índia, as mulheres são colocadas em um patamar de culpa pela extrema pobreza, pois, os investimentos e crescimentos direcionados ao local não acontecem por sua presença e assim, são subjugadas em seu estamento social.

Portanto, a imposição do espaço privado como lócus privilegiado da realização das mulheres ofuscando os interesses de lucro do capital, o controle do corpo e da sexualidade, denota-se que essa configuração de sociabilidade das mulheres na ordem do capital vulnerabiliza suas condições como ser social e, consequentemente, reverbera em vários âmbitos de suas vidas, em particular no que tange à saúde.

2.2 A intersecção entre a divisão sexual do trabalho e patriarcado: debates na perspectiva do feminismo materialista histórico

Em leitura pela autora Federici (2017), na busca de fundamentação do objeto de estudo é importante entender a importância da reprodução social, de cordo com Federici (2017), como “complexo de atividades e relações por meio das quais nossa vida e nosso trabalho são reconstruídos diariamente” (p. 20).

Nesse sentido, a intersecção entre a divisão sexual do trabalho e o patriarcado, nos moldes do sistema capitalista, traz a possibilidade de compreensão que tais questões não são processos naturais e, sim, construções sócio-históricas com interesses da classe hegemônica.

A ascensão do capitalismo como modo de produção tem um significado particular para a reprodução social da classe trabalhadora, que desprovida dos meios de produção, vê-se obrigada a vender a sua força de trabalho para garantir a sua subsistência. O fato de que o capitalismo reinventou as relações que o circunscreve, tornando-as mais complexas, nos faz refletir como o proletariado sofre com as mais diversas opressões existentes neste modo de produção (Silva, 2016).

A presença das mulheres no mundo do trabalho é indissociável das relações de opressão e discriminação vivenciadas em seu cotidiano, reproduzindo a condição de desigualdades existentes em todas as esferas da vida.

Apesar de termos já trazido a questão da divisão sexual do trabalho, é importante explicitar que a separação das atividades de produção de bens e serviços de acordo com o sexo das pessoas que as realizam, é concebida como divisão sexual do trabalho. Expressando as normatizações de gênero e consequente diferenças e assimetrias de papeis entre homens e mulheres, geralmente reproduzidas ideologicamente como naturais, justificadas pelo atributo reprodutivo das mulheres.

Interpretações biológicas buscaram legitimar a divisão sexual do trabalho, argumentando que a distinção entre trabalho masculino e feminino seria consequência de fatores inerentes à "natureza" dos homens e das mulheres. O homem, idealizado como provedor da família, foi designado para o trabalho da produção e a mulher, designada para o trabalho de reprodução, ocorrendo uma separação entre o público (masculino) e o privado (feminino) , como mencionado anteriormente, atribuindo o espaço doméstico como lócus privilegiado para a realização das mulheres (Stancki, 2000).

Corroborando com tal pensamento, a autora Cartolo (2002) afirma que a divisão sexual do trabalho é uma constante na história das mulheres e dos homens e as explicações para tal fato muitas vezes se apoiaram num determinismo biológico, a partir do papel das mulheres na reprodução

biológica, divisão esta que é carregada de significados e de práticas, que mudam conforme os diferentes tipos de sociedades e seu momento histórico.

Assim, podemos notar que a divisão sexual do trabalho, por sua vez, rege-se por dois pontos organizadores: o ponto da separação (existem trabalhos de homens e de mulheres) e o ponto da hierarquia (o trabalho dos homens “vale” mais que o trabalho das mulheres). A sociedade capitalista, portanto, utiliza essa diferenciação para classificar as atividades de acordo com o sexo (Stancki, 2000).

O capital está demonstrando que utiliza a subordinação das mulheres para majorar seu alcance de lucro, todavia, ao alocar a mulher em disposição dependente e subalterna ao homem, se avigora a ideia de que a trabalhadora deve receber salário com menor percentual, assim como, receber trabalhos precarizados, não ter garantias dos direitos trabalhistas além, é claro, da pouca ou quase nenhuma valorização do trabalho doméstico e a sua invisibilidade mediante tais atividades.

Em consonância com a questão acima referida, Delphy (2015), salienta a naturalização das mais variadas opressões e violências que as mulheres sofrem, estão sendo paulatinamente explicadas como âmbito cultural e ideológico perdendo o tato nas explicações de base material dando força ao pensamento genérico que atendem somente aos interesses da classe burguesa.

> Portanto, historicamente as mulheres sempre tiveram em situação de desigualdade. As relações sociais capitalistas legitimam uma relação de subordinação das mulheres em relação aos homens, imprimindo uma conotação considerada “natural” à mulher, dada pela subordinação. [...] Assim, na sociedade capitalista, segundo essa divisão, o trabalho doméstico fica sob responsabilidade das mulheres, independentemente de elas terem ou não emprego no mercado de trabalho. Vale acrescentar que a atividade doméstica não assalariada, realizada na espera reprodutiva, é também uma forma evidente de trabalho, apesar de bastante distinta da forma assumida pelo trabalho assalariado no mundo da produção (Nogueira, 2007, p. 10).

Apesar da histórica vulnerabilização das mulheres, da apropriação do seu corpo, da sua sexualidade, do seu tempo, as mulheres não se abstiveram de resistir. É indispensável falar sobre a luta trabalhista das mulheres que ocorreu no século XIX com o crescimento da industrialização, mulheres tiveram

alguns avanços, porém houve retrocessos em relação aos seus direitos políticos e em outros setores.

Nesse período histórico, testemunhamos transformações profundas tanto estruturais quanto tecnológicas que redefiniram o cenário econômico. Um dos aspectos mais notáveis foi o aumento das formas de assalariamento disponíveis para as mulheres, no qual está ligado aos setores emergentes como tecnologia, serviços e educação proporcionaram oportunidades de emprego mais diversificadas, permitindo às mulheres acessar uma variedade expandida de carreiras remuneradas. Por causa do aumento da tecnologia, passa a ser exigida a especialização da mão de obra, então começa a ter a necessidade do investimento na educação. De acordo com Souza:

> Todas estas mudanças possibilitam novas possibilidades para as mulheres, principalmente para as mulheres de classe média. Com a possibilidade, agora aceita pela sociedade, de assalariamento, as mulheres saem de casa, entram em contato com novos costumes e novas necessidades emergem. Estas mudanças acabam propiciando o surgimento de reivindicações e lutas pela emancipação das mulheres (2000, p. 30).

Os registros públicos sobre as lutas das mulheres, só começam a ser produzidos quando as próprias mulheres passam a escrever nos jornais e periódicos entre 1850 a 1934. As tais lutas citadas são as lutas de melhoria nas condições de trabalho, que foram realizadas pelas tecelãs e costureiras grevistas e as das sufragistas, que lutavam pelo direito ao voto das mulheres (Souza, 2000).

No Brasil após a década de 1960 ocorreram várias mudanças na vida das mulheres.

> O padrão de desenvolvimento capitalista no país nas últimas décadas (com o crescimento industrial e o processo de urbanização), a nova onda do movimento de mulheres com um caráter feminista nos anos 1970/1980, a influência das mudanças na situação das mulheres ocorridas nos países mais avançados, foram alguns fatores que permitiram estas mudanças (SOUZA, 2000, p. 35).

É após a década de 1970, que o movimento feminista começa a crescer no Brasil, com influência nesse mesmo movimento que cresciam no mundo.

Com efeito, é importante salientar que surgiu inicialmente nos estudos feministas para caracterizar a construção social em torno do “masculino” e do

“feminino” e desta forma, os pesquisadores se apropriam da categoria teórica e histórica de gênero para analisar a realidade social. Alguns autores apropriam-se do gênero como categoria analítica, com destaque para a historiadora estadunidense Joan Scott. Esta autora é considerada uma referência nos estudos feministas e contribuiu significativamente para o rompimento do determinismo biológico, com destaque para dois níveis de categorias, constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças sexuais concretas e como forma de representação de relações de poder (Rocha, 2010).

As normatizações de gênero e respectiva divisão de papéis, naturalizando os espaços público (produção) para os homens e o privado (reprodução para as mulheres, reforça poder para o homem e tira o poder da mulher (Perrot, 1998).

Chamemos atenção, entretanto, para a compreensão de como o patriarcado se manifesta na reprodução social das relações sociais no modo de produção capitalista e que ele, o patriarcado, é um recurso ideo-cultural para que o capitalismo seja hegemonicamente mantido e socialmente reproduzido. Saffioti (2004), considera que a dominação-exploração expressa no capitalismo e legitimada pelo patriarcado, constitui uma relação que apresenta mais de uma face,

> a base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papeis econômicos e político-deliberativos, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva. Seja para induzir as mulheres a ter grande número de filhos, seja para convencê-las a controlar a quantidade de nascimentos e o espaço de tempo entre os filhos, o controle está sempre em mãos masculinas, embora elementos femininos possam intermediar e mesmo implementar estes projetos (Saffioti, 2004, p.106).

Vejamos que, na medida em que se expressa as relações, de forma subordinada, hierarquizadas pelos sexos, há uma construção histórica em que não é permitida e questionada essa subordinação, essa hierarquização, de tal forma que há, na verdade, construções e significados que buscam justificar tais fatos. Mais uma das faces que se revela é que, além de ser uma forma de opressão que subscreve as mulheres em seu cotidiano, o patriarcado rege as

relações tal maneira que ele cria normas, o contrato sexual[2] é uma destas normas mais relevantes.

> Focalizar o contrato sexual, colocando em relevo a figura do marido, permite mostrar o caráter desigual deste pacto, no qual se troca obediência por proteção. E proteção, como é notório, significa, no mínimo a médio e longo prazos, exploração-dominação. Isto revela que as mulheres jamais alcançaram a categoria de indivíduos, com poder de contratar de igual para igual. E esta categoria é de suma relevância na sociedade burguesa, na qual o individualismo é levado ao extremo (Saffioti, 2004, p. 128).

Retomemos a reflexão sobre o patriarcado, norteados sob a ótica do pensamento e análise de Saffioti: “Neste regime, as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras” (Saffioti, 2004, p. 105). Mas, além disso, lhe é usurpado ter qualquer um outro direito e mesmo a sua sexualidade e os direitos que dizem respeito a reprodução, não lhe pertencem. De todo modo, o patriarcado, enquanto construção histórica, que ao materializar-se domina a vida da mulher, é utilizado pelo capitalismo em favor da sua reprodução enquanto sistema econômico. Se, neste, as relações sociais são puro conflito, de antagonismos, de exploração e dominação, o patriarcado ocupara, portanto, um fator essencial para a sua manutenção.

Imaginemos a problemática da ascensão do número de mulheres com HIV, no Brasil, em um contexto usurpador, onde prolifera-se a ideologia de que as mulheres são “objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras”, ainda mais agravado

[2] O contrato sexual, como se refere a autora, diz respeito ao casamento entre homens e mulheres, mas a sua essência, é uma forma de compra e venda de serviços, para os homens, este contrato diz respeito essencialmente aos “serviços sexuais” que devam ser prestados pelas suas esposas e, para estas, o contrato estabelece que o homem deva protegê-la na sociedade. O gargalo que perpassa esta discussão, recai, entretanto, mais uma vez na condição da mulher na sociedade e que há a prevalência de dominação do homem, tendo em vista que se é necessária proteção, é porque existe algo a se proteger, o mais curioso é pensar que esta proteção, não corresponde as necessidades que se colocam as mulheres, tendo em vista que o homem/protetor é na verdade o próprio causador da necessidade desta proteção, ou seja, é um contrato que tem uma finalidade e para as mulheres fica apenas no plano fictício. Ressaltamos ainda, que a autora Carole Pateman (1988), escreveu um livro chamado “O Contrato Sexual”, onde a referida nos incita a refletir sobre a autonomia e o controle sobre os corpos das mulheres em contextos como o casamento, acordos de trabalho e até mesmo na prostituição. Esses elementos associados ao corpo feminino frequentemente foram subestimados ou ignorados, principalmente dentro das teorias sobre a formação social que marcaram o início da modernidade política. Isso ocorreu devido à preferência por uma abordagem que se considera lógica e racional.

uma conjuntura política ultra neoliberal de matiz neofascista como vivenciada nos últimos anos.

Segundo o relatório *Progresso das mulheres no mundo 2015-2016: transformar as economias para realizar os direitos*, divulgado em abril/2015 pela Organização das Nações Unidas (ONU), no mundo em média, os salários das mulheres são 24% inferiores aos dos homens, na mesma função. “As mulheres continuam recebendo em todo o mundo um salário diferente pelo mesmo tipo de trabalho e tem menor probabilidade que os homens de receber pensão, o que resulta em grandes desigualdades de recursos recebidos ao longo da vida”, informa o relatório. A pesquisa revela que em todas as regiões, as mulheres fazem duas vezes e meia mais trabalho doméstico e de cuidados com outras pessoas, sem nenhum tipo de remuneração, do que os homens.

Nesse estudo ficaram evidentes que as mulheres são responsáveis por uma carga excessiva de trabalho doméstico não remunerado, referente aos cuidados com os filhos, com pessoas idosas e doentes, bem com a administração do lar, apesar de terem alguma atividade econômica no mercado de trabalho. Diante de tais dados, percebe-se que o mercado de trabalho reproduz as desigualdades sociais sob a forma de baixos salários, mesmo as mulheres ocupando cargos e funções similares as dos homens. Além da jornada de oito horas de trabalho remunerado, a mulher tem um número variável de trabalho com afazeres domésticos, o que faz com que esta se submeta a uma dupla jornada de trabalho (Santos; Barros, 2016).

Dessa forma, podemos ainda inferir sobre a dedicação do tempo das mulheres em relação as atividades domésticas é aprisionado pelo Estado e suas organizações/instituições que compõe, designadamente relacionadas no implemento e execução da assistência e cuidados das crianças e adolescentes, das pessoas idosas, das pessoas hospitalizadas e dependentes no âmbito familiar (Fernandes, 2020).

Na perspectiva de Cavalcante (2010), as mulheres constroem um modelo de vida em função das normas sociais estabelecidas, pela sociedade em geral e em alguns casos, reforçada pela família. Nesse modelo simbólico, a mulher surge como o exemplo de mãe dedicada, que zela pela harmonia do lar, sendo uma esposa que obedece às ordens do marido, isso conduz ao

predomínio de um comportamento de submissão ao sexo masculino, tanto no âmbito conjugal como familiar.

Mais especificamente, essa estrutura de poder é reproduzida pela sociedade tendo a contribuição de alguns agentes, como: o Estado, instituições (públicas de saúde, educação, segurança, entre outras), família, instituições religiosas, entre outros, que fazem a dominação masculina ser vista como natural, ou seja, a violência simbólica exercida nas relações entre os sexos, causando efeitos duradouros que atribuem à mulher a responsabilidade de própria opressão.

Importante dar continuidade à reflexão acerca do panorama de vulnerabilização das mulheres, na particularidade brasileira, ao adentrar na problemática da violência contra a mulher.

No contexto do Brasil, a violência contra a mulher não tinha visibilidade, e durante muitos anos foi tolerada; todavia, somente a partir da década de 1970, esse quadro começou a mudar. Por consequência, o Movimento Feminista, então, começou a denunciar a violência como um grave problema que afeta a saúde física e mental das mulheres (Musskopf; Blasi, 2014), atingindo, assim, todo o seu desenvolvimento e poder de emancipação. Com isso, passaram a evidenciar e a lutar contra as fragilidades da dependência feminina ao sexo oposto, fato que permitia aos homens exercer autoridade e controle absoluto sobre a mulher. Então, buscavam desconstruir essa “normalidade”, e reivindicavam propondo modificações no arcabouço legal regente no país.

Somente com a intensificação de pesquisas e estudos sobre os impactos da violência, houve maiores visibilidades por parte da sociedade quanto à problemática que envolve a violência contra as mulheres. A violência teve que ser nomeada para que pudesse ser vista e conhecida, conforme relatam Stroher, Deifelt, Musskopf (2006, p. 206):

> Mulheres morriam em silêncio por se tratar ou de uma questão de honra masculina ou uma questão de ordem do silêncio e do segredo. Foi a emergência dos grupos e da movimentação feminista que trouxe à luz a violência dos homens contra as mulheres, violência enraizada no espaço da casa.

A violência pode começar antes mesmo dos pequenos empurrões e de agressões físicas, ela se inicia por meio de comportamentos abusivos, como:

intimidações, humilhações na presença de amigos, chegando, no pior dos casos, à fase de espancamento, como destaca Hirigoyen (2006, p. 27): “Não há violência física sem que antes não tenha havido violência psicológica[...], muitas das vítimas dizem que é a forma de abuso mais difícil de aguentar no quadro da vida de um casal”. Em virtude disso, quando um homem agride a sua mulher, a intenção não é somente deixá-la com sequelas físicas, mas, também, inicia-se o processo de estabelecimento do poder. Essa situação vivenciada configura-se como violência doméstica e familiar contra a mulher, como especifica a Lei nº 11.340/2006, no Art. 5°: “Configura Violência doméstica e familiar contra mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Brasil, 2006).

Esta violência ocorre na maior parte no âmbito da família ou na unidade doméstica, sendo de responsabilidade de toda a sociedade, inclusive do poder público, que tem a missão de proteger a mulher no campo privado e público.

A violência de gênero, supramencionada, não é determinada apenas por diferença biológica, mas pela habilidade e o desafio social estabelecido entre homem e mulher, e que é construída historicamente por uma cultura patriarcal, que foi transmitida de geração para geração, e, assim, por consequência, outras práticas de violência foram reproduzidas (Saffioti, 2004). A violência de gênero pode ser cometida de um homem contra outro, mas também entre mulheres, nas suas modalidades familiar e doméstica, provenientes da organização social de gênero, mas que prevalece a violência cometida pelo homem contra a mulher.

A seguir poderemos perceber que no atual cenário há predominância de um discurso ultraconservador e ultraneoliberal, que preza e interfere significativamente a concepção e no acesso aos direitos sociais conquistados. Incentiva-se a opressão das mulheres, as diversas formas de violências, a desvalorização da mulher na sociedade, a lógica da divisão sexual do trabalho, a busca a todo custo o desmonte das políticas públicas e a ampliação do ingresso da lógica do mercado aos setores que são de responsabilidade do Estado, como a saúde, educação, transporte, saneamento, segurança, dentre outras no modelo neoliberal.

Nesse contexto

2.3 O Estado patriarcal e a sexualidade das mulheres

Tomando como parâmetro a importância de nos aproximarmos dos nexos causais da vulneralização das mulheres e a ascensão destas no perfil epidemiológico do HIV/AIDS, apresentaremos aqui a configuração do Estado na sociabilidade patriarcal do capital em suas nuances com a sexualidade das mulheres, na qual exige apreender as determinações que incidem na formação dessa organização social, entendendo-a como resultado de um processo histórico e produto das relações sociais.

O Estado possui diferentes configurações ao longo de sua trajetória histórica, desse modo, não pode ser definido a partir de um conceito universal e absoluto. É importante ressaltar que ele nem sempre existiu; é criação da sociedade, ainda que da maneira como tem se apresentado, venha sobrepondo-se à sociedade, procurando dominá-la. (Pereira, 2007, p. 25-26).

Neste sentido a autora Pereira (2007, p. 25-26) afirma que:

> [..] O Estado não é um fenômeno dado, ahistórico, neutro e pacífico, mas um conjunto de relações criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes ou frações de classe se confrontem e se digladiam em defesa de seus interesses particulares. É por isso que se diz que estado é uma arena de conflitos e interesses.

Com isso podemos afirmar que as diferentes formas a qual o Estado “submeteu-se” ou “transformou-se” ao longo do tempo, está ligado aos modos de produção a qual este fez parte, ou seja, teremos suas particularidades e desdobramentos de acordo com a estrutura da sociedade a qual ele pertencia.

O Estado moderno é o produto da sociedade inscrita no modo de produção capitalista, trazendo consigo a contradição capital-trabalho, que o funda. Nessa configuração, o Estado espelha a contradição da sociedade com ela própria, que está dividida por antagonismos irreconciliáveis, e opressões históricas ressignificadas de acordo com as demandas do capital, como a das mulheres, em função de produção e circulação da mais valia que não conseguem conjurar. Desta forma, para que esses antagonismos, de classes com interesses econômicos e ideo-culturais colidentes não se devorem entre si, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da "ordem".

O sistema de dominação que limita a “ordem” acontece de forma ampla e incorpora dimensões de sexualidade, da reprodução e da relação entre homens e mulheres. O sistema patriarcal é de dominação e de poder no qual o homem, o capitalismo, e o Estado mantém uma relação de dominação-sujeição sobre os indivíduos considerados historicamente inferiores. Para Saffioti (1987), é no sistema patriarcado em que as relações sociais garantem a subordinação da mulher ao homem, porém este não constitui o único princípio estruturador da sociedade.

Sendo assim, analisar o Estado é também conhecer a sociedade, posto que esta funde o Estado, e este é constitutivo daquela. As forças sociais que predominam em um determinado tempo histórico influenciam a organização do Estado de modo a tendenciá-lo, no conjunto da sociedade, a privilegiar aqueles que detêm o poder (Ianni, 2004).

Precisamos situar que o Estado que estamos problematizando no momento histórico de surgimento e instauração do modo de produção capitalista, data o final do século XVIII. Contudo, torna-se necessário esclarecer que:

> O Estado é mais antigo que o capital [...]. Em sociedades pré-capitalistas, as formas específicas do Estado desempenham funções bem diferentes daquelas que garantem o tipo de segurança legal necessário ao desenvolvimento da produção de mercadorias. Nessas sociedades, a propriedade privada assume a forma de apropriação privada da terra e do solo, e não das mercadorias (Mandel, 1986, p. 335).

A sociedade capitalista é marcada pelo antagonismo de duas classes fundamentais: *burguesia* e *proletariado*. Este último possui apenas sua força de trabalho para vender à classe burguesa, sendo esta a detentora dos meios de produção e exploradora da força de trabalho alheia, fonte de riqueza dessa classe.

A contradição dessa sociedade, pois, reside no fato da riqueza ser socialmente produzida, contudo, a mesma é apropriada de forma privada, revelando que “[...] as relações sociais, são, antes de mais nada, instrumentos para o enriquecimento pessoal” (LESSA; TONET, 2004, p. 39). Ainda de acordo com esse autor as relações sociais são mediadas por mercadorias, e nessa esteira o “[...] o caráter essencialmente humano da força de trabalho [...] é negado pelo capitalismo ao reduzi-la a simples mercadoria” (p. 40).

De forma sintética, Mandel (1986) assevera que:

> O Estado burguês é um produto direto do Estado absolutista, gerado pela tomada do poder político e de sua maquinaria institucional pela classe burguesa. Mas é também uma negação desse último, pois o Estado burguês clássico da época da ascensão vitoriosa do capital industrial era um "Estado fraco" por excelência – porque se fazia acompanhar pela demolição sistemática do intervencionismo econômico dos Estados absolutistas, que impedira o livre desenvolvimento da produção capitalista enquanto tal (p.335).

Desse modo, o Estado no capitalismo passa a regular as relações sociais no sentido de proporcionar as condições para a manutenção da acumulação resultante da exploração da classe produtora da riqueza, a classe trabalhadora. Nessa lógica, o Estado não deve interferir na economia, pois somente o mercado deve ser o regulador e promotor do progresso. Com isso, a intervenção do Estado nas relações econômicas, característica do período absolutista, tinha de ser extirpado.

Como forma de sustentar esse modo de produção e promover à adequação dos sujeitos à ordem estabelecida, a classe dominante utiliza instituições sociais (Estado, Igreja, escola, família, dentre outras) para reproduzir as ideias hegemonicamente produzidas, que de acordo com Marx e Engels (2011) são advindas das relações burguesas de produção e de propriedade. Essa desigualdade encontra suporte nessas fortes instituições sociais, pois as mesmas têm um enorme poder de "modelar" e "disciplinar". Estas acabam por reproduzir a ideologia patriarcal de uma suposta "natureza" feminina e masculina, introduzindo padrões de comportamento. Esses parâmetros embasados na ideologia patriarcal, além de estabelecerem quais os papeis sociais destinados ao homem e à mulher também ditam com quem devem se relacionar sexualmente (sexo oposto).

A ideologia burguesa dissemina e reforça a naturalização da desigualdade social, fazendo com que esta se apresente e seja vivenciada pelos sujeitos como imutável, retirando desta a característica de ser produzida socialmente a partir da socialização da produção, sendo seus frutos apropriados de forma privada pelos detentores dos meios de produção.

Este contexto de exploração do trabalho, para a mulher, é ainda mais complexo. Historicamente, a divisão sexual do trabalho se configurou como o

primeiro modo do qual o trabalho era organizado, sendo o sexo o responsável por nortear as tarefas das comunidades.

Vale retomar a questão de que a opressão às mulheres, não surge no capitalismo, todavia, adquire neste modo de produção características particulares. O patriarcado é convertido, pelo capitalismo, em aliado indispensável para a exploração e a manutenção do *status quo*. A desigualdade de gênero, serve ao capital, que segue se apropriando das relações desiguais para intensificar a exploração das mulheres no espaço produtivo e reprodutivo, ou seja, o patriarcado se alimenta dessa dominação e colabora para a manutenção do sistema capitalista.

Chamemos atenção, entretanto, para a compreensão de que o patriarcado se manifesta na reprodução social das relações sociais no modo de produção capitalista e que ele é uma ferramenta utilizada para que o capitalismo seja hegemonicamente mantido e socialmente reproduzido.

Estamos falando, ainda que entrelinhas, que a dominação - exploração do homem sobre a mulher na sociedade capitalista dentro da incorporação das ideologias dominantes pela sociedade civil, se dá de tal forma que ela (mulher) não possui, sequer, poder sobre o seu próprio corpo, sobre as suas decisões, sobre as suas convicções, sobre o seu papel na sociedade. Sendo a mulher, uma propriedade do homem, de acordo com a relações que estão estabelecidas. O lugar da subserviência, da servilidade, da passividade que foi construído para a mulher, tem fundamento neste sistema patriarcal em que é ao homem, o macho da espécie, que ocupa o papel de dominador. Isto se dá desde as formas mais sutis às mais complexas, das que não são notadas no cotidiano até as que matam mulheres.

Quando nos referimos a regulação da sexualidade, especialmente das mulheres, essa tem sido historicamente uma ferramenta poderosa nas mãos do Estado e das instituições religiosas. Esta interferência se manifestou em diversas formas ao longo dos séculos, moldando as normas e práticas sexuais para servirem aos interesses dessas instituições na sociedade.

Num contexto mais amplo, o controle sobre a sexualidade foi muitas vezes utilizado para manipular as taxas de natalidade, um fator crucial na estruturação das sociedades ao longo da história. Em épocas em que a expansão populacional era considerada benéfica para o Estado ou para a

igreja, as práticas sexuais eram frequentemente regulamentadas de maneira a encorajar a procriação. Políticas e leis foram formuladas para promover a reprodução e, em alguns casos, recompensar as famílias com muitos filhos. Podemos afirmar como exemplo, que o patriarcado no capitalismo tem um intenso objetivo, o da propriedade privada, sendo a mulher a primeira propriedade do homem, no qual parafraseando Friedrich Engels (1884) em sua obra “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado” é expresso em análise.

No entanto, quando a sociedade enfrentava desafios como superpopulação ou instabilidade econômica, as políticas sexuais eram ajustadas para reduzir as taxas de natalidade. Isso poderia incluir a promoção de práticas contraceptivas, esterilizações forçadas ou, em alguns casos, políticas que restringiam o número de filhos que uma família poderia ter. Em ambos os cenários, a sexualidade das mulheres foi particularmente visada, dada a sua centralidade no processo reprodutivo.

O controle sobre a sexualidade e o corpo feminino, bem como a imposição de padrões de comportamento e a sujeição às normas sociais, são traços distintivos do patriarcado. Como observado por Saffioti (2009, p. 12), "a estrutura material do patriarcado permanece intacta, apesar dos progressos alcançados pelas mulheres, tanto no ambiente profissional quanto na representação no parlamento brasileiro e em outros cargos políticos eletivos".

Esta constatação ressalta a persistência das estruturas patriarcais na sociedade contemporânea, mesmo diante dos avanços nas esferas profissional e política para as mulheres. Ainda que tenham conquistado maior visibilidade e participação em cargos de liderança, as mulheres continuam a enfrentar barreiras sociais e culturais profundamente enraizadas. O patriarcado, como sistema de poder, continua a influenciar as políticas, as relações sociais e as expectativas de gênero, perpetuando desigualdades e limitações para as mulheres.

Quando nos deparamos com a vasta arena dos direitos sexuais e reprodutivos, torna-se evidente que há um terreno complexo a ser explorado e compreendido. Rocha (2011) nos lembra que a sexualidade é muito mais do que um simples impulso ou uma parte isolada do corpo; ela é intrinsecamente ligada a uma matriz intricada de forças sociais, econômicas, culturais e

relacionais. Estas influências multifacetadas moldam e constroem a nossa sexualidade, atribuindo-lhe significados e normas dentro de um contexto mais amplo.

Nesse sentido, os direitos sexuais e reprodutivos não podem ser dissociados do seu enraizamento em sistemas sociais e econômicos. Acesso a informações precisas e educativas sobre saúde sexual, contracepção, e prevenção de doenças são componentes essenciais dos direitos sexuais. Além disso, a capacidade de fazer escolhas informadas sobre a própria sexualidade é um direito humano fundamental que deve ser protegido e respeitado.

Saffioti (2009) destaca que, independentemente do grau de exploração e dominação que as mulheres enfrentam por parte dos homens, a essência do patriarcado permanece inalterada. No contexto brasileiro, a violência extrema infligida às mulheres, de maneiras diversas, é uma forma de controle social, perpetuada não apenas por indivíduos, mas também pelo próprio Estado. O Estado, em muitos casos, contribui para essa violência ao culpabilizar, naturalizar e individualizar esses atos, criando um ambiente onde as mulheres são deixadas vulneráveis e desamparadas.

No cenário brasileiro, as políticas públicas e os serviços voltados para o enfrentamento da violência de gênero devem levar em conta essas interseccionalidades para garantir que todas as mulheres, independentemente de sua origem étnica, social ou econômica, tenham acesso equitativo a recursos, proteção legal e apoio psicossocial. É imperativo adotar abordagens inclusivas e culturalmente sensíveis para enfrentar essa questão complexa. É o que acontece? Não, pois é interpelado que mulheres pertencentes a classe socioeconômica mais alta desfrutam de um maior acesso a serviços e atividades de lazer, cultura, serviços, dentre outros. Nesse contexto, é comum terceirizar o trabalho doméstico e de cuidado. Em contraste, mulheres negras e pardas em situações econômicas mais precárias enfrentam desafios significativos; elas estão mais suscetíveis aos impactos da violência e frequentemente enfrentam dificuldades no acesso aos serviços públicos. Além disso, são frequentemente sobrecarregadas com a responsabilidade exclusiva pelos cuidados familiares.

Conforme analisado por Rocha (2011), pesquisas internacionais ressaltam que a violência enraizada nas disparidades de gênero não apenas

perpetua as desigualdades, mas também afasta as mulheres de serviços educativos, preventivos e de aconselhamento em saúde. Essa exclusão priva essas mulheres de informações essenciais para a prevenção de doenças e para levar uma vida saudável. No contexto específico das mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil, alvo deste estudo, a situação é ainda mais alarmante. Elas enfrentam não apenas a violência de gênero, mas também a estigmatização intensa associada ao HIV/AIDS, uma condição frequentemente mal compreendida por uma parcela significativa da sociedade.

O Dossiê Mulheres com HIV (1999) oferece uma análise perspicaz ao apontar que a concepção tradicional de "feminilidade", que muitas vezes implica na submissão sexual das mulheres aos homens, representa um obstáculo crucial na prevenção do HIV entre as mulheres. Estereótipos arraigados e expectativas de gênero desempenham um papel significativo nas dificuldades enfrentadas pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS, impactando profundamente suas vidas diárias.

Essas mulheres, enquanto passam pelo processo de tratamento, são frequentemente submetidas a responsabilidades desproporcionais, como o cuidado com outros membros da família. Este fardo adicional pode impactar significativamente seu autocuidado e qualidade de vida. Além disso, estudos revelam um fenômeno preocupante: uma crescente feminização e pauperização da doença, onde a opressão não está apenas enraizada em questões de classe e etnia, mas também está intrinsecamente ligada à questão de gênero (Parker e Camargo Jr., 2000; Barbosa Filho; Rocha, 2018).

Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade urgente de políticas públicas específicas voltadas para mulheres vivendo com HIV, por isso, na seção seguinte, iremos abordar as mulheres nessa trajetória histórica associada as políticas públicas, gênero e saúde.

3. A MULHER NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÙDE

À luz dos objetivos de pesquisa, essa seção traz a concepção e as configurações do perfil social da infecção pelo HIV no contexto da política pública de saúde. Evidencia a reflexão sobre a trajetória histórica da ascensão

da presença da mulher no contexto da epidemia HIV/AIDS em tempos de mudanças significativas acerca da agudização da questão social e suas múltiplas determinações, destacam-se como os desafios requeridos com a emergência do HIV/Aids na cena pública a partir da década de 1980 e a correlação da política pública de saúde brasileira na marcante inserção da mulher na cena.

A trajetória histórica da epidemia de HIV/AIDS revela uma relação intrínseca entre a condição da mulher e o impacto da doença em diferentes comunidades ao redor do mundo. A pandemia, que surgiu há mais de quatro décadas, não apenas expôs as desigualdades sociais, mas também destacou as vulnerabilidades específicas enfrentadas pelas mulheres, tornando essencial uma análise crítica das políticas públicas de saúde no contexto dessa realidade.

A mulher, ao longo da história da epidemia de HIV/AIDS, foi confrontada com uma série de desafios únicos. A vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV foi exacerbada por fatores sociais, econômicos e culturais, incluindo a falta de acesso à educação sexual e ao planejamento familiar, a violência de gênero, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e violência sexual no casamento. Além disso, estigmas sociais e discriminação frequentemente vêm dificultando o acesso das mulheres ao diagnóstico e tratamento adequados, além dos processos de vulnerabilização em torno do seu direito sexual em relações de casamente ou união estável

As políticas públicas de saúde desempenham um papel fundamental no enfrentamento dessa situação. É imperativo que essas políticas sejam desenvolvidas de forma sensível ao gênero, levando em consideração as necessidades específicas das mulheres. Isso implica não apenas em garantir o acesso a métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento, mas também em abordar as questões subjacentes, como a violência de gênero e a falta de autonomia das mulheres em relação à sua saúde e bem-estar.

Além disso, as políticas públicas precisam reconhecer e combater o estigma e a discriminação associados às mulheres que vivem com HIV/AIDS. Isso envolve educar a sociedade, promover a inclusão e criar espaços seguros onde as mulheres possam buscar apoio e tratamento sem medo de represálias.

É essencial discutirmos sobre política de saúde, mulheres e HIV, porque a análise pode-se relacionar com a estreita ligação entre a forma que se dá os relacionamentos entre os homens e as mulheres, como estão definidas as normatizações de gênero no contexto patriarcal e o poder que um parceiro exerce sobre o outro em todos os aspectos, principalmente no que concerne à negociação nas relações sexuais. (Barbosa, 1999 *apud* Santos, 2009)

3.1 Política pública de saúde na história do HIV/Aids

Como sabido, o Estado capitalista patriarcal é o mediador dos interesses das classes antagônicas, trabalhadores e capitalistas, que articula o enfrentamento à questão social por meio das políticas sociais.

Como visto, realidade brasileira apresenta desigualdades entre homens e mulheres nas várias dimensões sociais, porém, as mulheres estão sujeitas a uma maior vulnerabilidade social, onde pesem não apenas as questões econômicas, mas sobretudo as marcas de uma concepção patriarcal e consequentemente a expressão de uma violência sexista e opressora fruto das relações de desigualdades e do poder dos homens sobre a vida das mulheres.

A desigualdade socialmente legitimada entre homens e mulheres, requer a intervenção do Estado com políticas sociais setoriais, para mulheres, para constituir respostas à demanda histórica de negação do acesso aos direitos.

É importante salientar que o Estado capitalista emerge como mediação, imprescindível para produção e reprodução da ordem vigente. O mesmo desempenha diversas funções que oscilam de acordo com o contexto histórico, social e político, prevalecendo atividades de cunho econômico que atendam as necessidades de acumulação do capital. Assim,

> A participação do aparelho estatal nas atividades econômicas em geral está intimamente relacionada com as flutuações do desenvolvimento econômico do Brasil (...) o próprio contexto social e político do sistema joga um papel decisivo nas oscilações da atividade estatal. Todavia convém fixar desde já a existência de uma conexão permanente entre o ritmo e as tendências das atividades econômicas e as atuações do Estado. Ao examinar as manifestações mais notáveis desse século, verificamos que há épocas em que a atuação do governo é de natureza assistencial, protetora, enquanto que em outras oportunidades ele orienta, incentiva e dinamiza as atividades produtivas. De conformidade com os estímulos recebidos dos diferentes setores da produção (e note-se que alguns possuem interesses ou vinculações que ultrapassam as fronteiras do país), ou

> segundo as orientações das tensões sociais geradas com o agravamento dos desníveis nas rendas, o Estado responde sempre com medidas de alcance variável, tornando-se uma presença constante e crescente em determinadas esferas da vida econômica (Ianni, 2004, p.36-37).

Nesse sentido é relevante ressaltar o imbricamento do caráter econômico e político do Estado na condução das suas atribuições, dentre elas a atuação nas refrações da questão social via oferta de políticas sociais[3] e à correlação de forças existentes, cujos desdobramentos repercutirão diretamente nas condições de produção e reprodução da classe trabalhadora. A respeito das políticas sociais Behring e Boschetti (2011) discorrem que "não se pode explicar a gênese e o desenvolvimento das políticas sociais sem compreender sua articulação com a política econômica e a luta de classes" (p.44).

Com o intuito de diminuir os impactos das crises e como forma de mitigar essas expressões, o Estado, por meio de políticas sociais, que assim como a própria relação entre capital e trabalho, possuem um caráter contraditório, vem intervir na reprodução da força de trabalho, atenuando a luta de classes em seus momentos mais conflitantes. Desta forma,

> [...] o Estado – como instância da política econômica do monopólio – é obrigado não só a assegurar continuamente a reprodução e manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante os sistemas de previdência e segurança social, principalmente) a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio (Netto, 1996, p.23).

Na década de 1990 a reestruturação produtiva se consolida no Brasil em um processo que se imbrica à consolidação do neoliberalismo impetrados pelos governos de Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso. A terceirização, a fragilização das relações trabalhistas – como a categoria das pessoas jurídicas – a informalização, os programas de demissão voluntária,

[3] Behring e Boschetti (2011, p.51-2) conceituam as políticas sociais enquanto "desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. A questão social se expressa em suas refrações (NETTO, 1992) e, por outro lado, os sujeitos históricos engendram formas de seu enfrentamento. Contudo, sua gênese está na maneira com que os homens se organizam para produzir num determinado momento histórico, como vimos, o de constituição das relações sociais capitalistas – e que tem continuidade na esfera da reprodução social".

“[...] a intensificação da concorrência e a proliferação dos valores de mercado contribuíram para a adoção da nova forma de exploração da força de trabalho e de organização da produção capitalista no Brasil” (Alves, 2007, p.158).

Com a retomada das políticas não intervencionistas de livre mercado que se conjugam no neoliberalismo, que no Brasil se intensifica a partir da década de 1990, observamos uma retirada da responsabilidade do Estado frente às sequelas multifacetadas da questão social. Como uma das soluções para as crises econômicas sistêmicas impetradas pelo neoliberalismo, podemos apontar a diminuição em investimentos que, de acordo com a Constituição Federal de 1988, consiste no tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência e Seguridade. Os diversos ataques a direitos conquistados pela classe trabalhadora tem sido cada vez mais constantes, seja por corte ou mal alocação de verbas, seja por privatização dos serviços.

A história da epidemia do HIV/AIDS no Brasil parece ser caracterizada por um conjunto de períodos históricos bastante óbvios – que se cruzam de inúmeras maneiras com a história mais ampla da vida política do país (Parker, 1997). É importante destacar, o período histórico e o momento em que vivia o país durante os primeiros casos de notificação da doença.

> [...] não se trata, entretanto, de um fato insignificante [...] que a primeira década da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tenha acontecido não só durante o período de redemocratização da sociedade brasileira, mas durante um período de mudanças intensas nas relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento devido à crise internacional da dívida nos anos 80 (Parker, 1997, p.12).

Na década de 1980, o país estava nesse movimento de clamar por democracia e direitos sociais universais. A promulgação da CF de 1988 foi extremamente necessária para a construção do SUS, mas o cenário em destaque foi o Movimento de Reforma Sanitária. O Movimento Sanitário integra o conjunto de movimentos sociais daquele período que lutavam por garantias de direitos universais, especialmente no que diz respeito à saúde pública. Tal movimento não era homogêneo, uma vez que, dentro do mesmo havia grupos reformistas e revolucionários, contudo, todos defendiam uma ideia em comum: a emancipação política, e dentro desta lógica, o direito à saúde se caracterizava como um importante elemento. Conforme Baptista (2007):

> No âmbito da saúde, o Movimento de Reforma Sanitária indicava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência. Intensificando os conflitos de interesse com a previdência social e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado (p. 45-6).

O movimento, que era guiado a partir de uma politização da saúde, da mudança na norma constitucional e da alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais; defendia uma concepção de saúde voltada numa perspectiva de coletividade, centrada na determinação social sob o processo saúde-doença[4].

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), considerada um marco importante para a discussão da questão saúde no Brasil. Essa conferência teve um diferencial em relação às anteriores por propor a universalização da saúde e um sistema de saúde pública e de qualidade para a população. A partir dela, nota-se um movimento de amplo processo de mobilização com articulação de diferentes representantes de movimentos e segmentos sociais.

A CF de 1988 representa um marco na consolidação dos direitos sociais. Segundo Bravo (2006, p.01), "inaugura um novo sistema de proteção social" que traz uma nova visão acerca dos direitos sociais que os coloca como "questão pública de responsabilidade do Estado".

Os princípios universalizantes da carta magna trazem para o Brasil uma nova perspectiva de direitos na qual não havia nas constituições anteriores. É a partir do momento em que o Brasil ensaiava o processo de uma redemocratização, que o mesmo começou a lidar com uma grave crise econômica da qual se sente seus efeitos até hoje. Conforme Bravo (2006):

> O processo constituinte e a promulgação da constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A constituição federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (p. 9-10).

[4] Ao tratar da Reforma Sanitária brasileira, vale destacar a importância dos debates sobre a concepção de saúde, realizados em diferentes fóruns mundiais, nos quais tivemos: A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), A Conferência de Alma Ata (1980), que redundou na "Declaração de Alma Ata", e a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986), que originou a "Carta de Ottawa". No Brasil, tal debate foi introduzido no final dos anos de 1970 pelo Movimento Sanitário, reconhecido pelo governo na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um plano político de promessa de consolidação de direitos sociais. Assim, a saúde passa a integrar o tripé que compõe a Seguridade Social: *Saúde, Assistência Social e Previdência Social*. No capítulo VIII da Ordem Social, na seção referente à Saúde, no artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. O direito à saúde deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Houve a ampliação da concepção de saúde nos fatores determinantes e condicionantes para a vida e trabalho da população brasileira.

A regulamentação do SUS somente ocorreu, de fato, em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde – LOS, Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Ainda em 1990 foi aprovada a Lei nº 8.142, complementar a Lei nº 8.080 trazendo em seu conteúdo a participação da comunidade na gestão do SUS e a transferência de recursos. A construção do SUS enquanto política se deu mediante um processo de luta de vários movimentos sociais, além da participação da própria população.

A partir dessas regulamentações legais referentes à saúde, três princípios passam a nortear a saúde pública no Brasil: **Universalidade:** o acesso torna-se universal, e também um direito social, compreendido a partir de então como uma qualidade de cidadania; **equidade:** são serviços de saúde ofertados à população em consonância com as necessidades da população, no sentido de diminuir as desigualdades sociais; **integralidade:** esse princípio demonstra que a atenção à saúde deve integrar todas as áreas da vida humana.

É nesse cenário de profundas mudanças na sociedade brasileira, que ocorre o surgimento da epidemia de HIV/Aids, um período caracterizado por mudanças históricas em âmbito social, político e econômico, na qual vimos que particularmente no campo da saúde, tratou-se de um momento em que o Estado é chamado à ampla intervenção na saúde, em que esta passa a ser questão de saúde pública (Bravo, 2006).

Assim, é possível afirmar que, a luta contra a Aids, se dá em um período de redemocratização do País, como já suscitado, momento em que a sociedade brasileira luta pela justiça e igualdade social, sendo momento histórico o surgimento no Brasil, a Aids. Patriota, et al (2003) registra que na primeira metade da década de 1980, a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do País, a partir do final daquela década, observou-se a sua disseminação para as demais regiões.

No que se refere à política de enfrentamento ao HIV, Parker (1997) destaca quatro momentos na política de enfrentamento da epidemia, ressaltando que as primeiras iniciativas surgem a partir de mobilizações da sociedade civil, com destaque para a criação das Organizações Não Governamentais - ONG's/AIDS.

No contexto brasileiro, o surgimento do primeiro movimento gay remonta a 1979, quando iniciativas pioneiras começaram a se organizar em São Paulo. Já em 1980, foi realizado o Primeiro Encontro Brasileiro de Homossexuais, um marco significativo que indicava o início de uma mobilização mais ampla. Sob a liderança de ativistas como Tony Reis, esse período foi marcado pelo estabelecimento de diversos grupos e associações, coincidindo com a emergência do vírus HIV. Esse cenário de efervescência social não apenas deu origem a organizações voltadas para a comunidade LGBTQIA+[5], mas também demonstrou a urgência de discutir e combater a propagação do HIV, um desafio de saúde pública que impactaria profundamente essa comunidade nas décadas seguintes. Esse movimento inicial não apenas representou uma resposta à epidemia, mas também um passo crucial rumo à conscientização e aos direitos para a comunidade LGBTQIA+ no Brasil.

Dessa forma, à medida que se solidificam na sociedade, os grupos e associações focados nas questões da homossexualidade não apenas se tornam mais proeminentes, mas também estabelecem uma conexão mais estreita entre o Movimento LGBTQIA+ e o Estado Nacional. Essa conexão se materializa por meio da implementação de políticas públicas direcionadas à contenção do vírus HIV, uma pandemia que teve um impacto inicialmente desproporcional na comunidade homossexual masculina (Ferrari, 2004).

[5] Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e o + refere-se a inclusão da diversidade de identidade e experiências dentro da comunidade.

A epidemia da AIDS impulsionou a sociedade a enfrentar discussões sobre sexualidade, como já referimos. O advento da AIDS desempenhou um papel crucial na visibilidade da comunidade LGBTQIA+, embora inicialmente tenham sido contidas as tentativas de mobilização por parte de alguns setores do movimento[6]. Além disso, a doença foi um dos principais catalisadores para a (re)emergência vigorosa desse movimento na década de 1990. Esse período desafiador não apenas destacou a importância da conscientização sobre saúde sexual, mas também ressaltou a necessidade de reconhecimento e apoio às comunidades LGBTQIA+ em sua luta pela igualdade e pelos direitos fundamentais. Para isso, resgatemos a história política e social do HIV/AIDS.

A primeira fase da política de enfrentamento ao HIV/Aids, se deu em 1982 foi até 1985, respectivamente. Parker (1997) afirma que as primeiras respostas à epidemia, surgiram de baixo, dos representantes das comunidades afetadas, como o emergente movimento homossexual, e da dedicação dos setores progressistas dentro dos serviços estaduais e municipais de saúde, que se apresentaram como aliados dessas comunidades. Em paralelo, “aconteciam as primeiras reuniões de trabalho no Ministério da Saúde, visando a criação de um Programa Nacional de AIDS” (p. 09).

É interessante observar o contexto de enfrentamento à epidemia em sua fase inicial. Vemos que o processo de proposição, formulação e reivindicação das ações de enfrentamento surgem de baixo para cima, ou seja, da sociedade civil a partir dos movimentos representativos, das comunidades afetadas, como ditas antes, e, sobretudo, pelos grupos mais vulneráveis à doença naquele primeiro momento, o que deu origem as primeiras ONG’s, tanto no combate à Aids, como de diversos outros segmentos da sociedade. De fato, importa ressaltar nessa primeira fase, que foi um momento marcado pela omissão por parte das instâncias públicas e do Ministério da Saúde, acompanhado por uma onda de pânico e medo da população. Até 1985, não havia nenhuma resposta oficial por parte do Governo Federal em relação a Aids, embora já existisse uma forte pressão por parte dos movimentos homossexuais, organizados.

Com a mobilização da sociedade civil juntamente com o apoio e pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de Aids, com o

[6] Isso aconteceu devido a ligação de caráter negativo ao vírus e correspondente à aids e homossexualidade, no início da epidemia, acabou levando vários movimentos e setores dos mesmos a optarem por não trabalhar/lutar prioritariamente contra a aids.

objetivo de se obter respostas a nível federal, é que ocorre a criação de um *Programa Nacional de AIDS*. Nesse período, não dava mais para ignorar a doença. Nesse sentido é que o PN/DST/AIDS foi instituído pela portaria 236 de 02 de maio de 1985 e,

> [...] se consolida efetivamente no ano de 1988, mas, ainda não possuía uma estratégia definida de ação. A sua atuação oscilou entre buscar cooperação internacional de ajuda ao combate à AIDS e dar apoio aos programas já existentes nos Estados Unidos; além de desenvolver trabalhos em conjunto com entidades religiosas, filantrópicas, particulares (que eram poucas) e com as ONGS/AIDS existentes no país (Santos, 2005, p. 57).

É importante enfatizar que, o contexto econômico nacional e internacional influenciou nas ações de combate à epidemia, não só pela intenção de deter a doença, mas pela função que os países em desenvolvimento passam a cumprir devido às novas exigências do Capital. Parker coloca que:

> Embora possa ser um acidente histórico, não se trata, entretanto, de um fato insignificante, por exemplo, que a primeira década da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tenha acontecido não só durante o período de redemocratização da sociedade brasileira, mas durante um período de mudanças intensas nas relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento devido à crise internacional da dívida nos anos 80". Foi durante esse período que o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial impuseram uma série de condições às nações devedoras como o Brasil, cuja dívida de US$ 112,5 bilhões em 1990 era a mais elevada entre todos os países do mundo, voltadas para o ajuste estrutural da economia brasileira por meio de políticas que estimulassem as exportações, ao mesmo tempo reduzindo as despesas do governo em uma variedade de problemas sociais, inclusive assistência médica e educação preventiva. (Parker, 1997, p.12).

Ainda de acordo com o referido autor, a segunda fase da política de enfrentamento ao HIV/AIDS foi de 1986 a 1990, período este marcado por ações relativamente pragmáticas e bastante tecnicistas da epidemia. Nesse momento aumenta o número de iniciativas, cada vez mais diversificados nas diferentes respostas governamentais a epidemia, período em que:

> [...] várias iniciativas por parte da sociedade civil começaram a superar, em parte, a negação que havia caracterizado o período anterior. Um número crescente de organizações não governamentais surgiu em todo o país, representando um papel muito importante ao chamar a atenção da mídia para a epidemia, além de pressionar os órgãos governamentais para uma resposta mais rápida e agressiva (Parker, 1997, p.10).

Tal contexto é caracterizado por ações por parte da sociedade civil, através principalmente das ONGs/AIDS tomam iniciativas mais precisas e efetivas, buscando acima de tudo mostrar que além de um problema de saúde, a Aids era um problema que deveria ser enfrentada numa perspectiva política, com iniciativas dos poderes governamentais responsáveis.

Uma terceira fase de enfrentamento da doença se inicia nos anos de 1990 - início da terceira fase - e que dura até 1992. No início dos anos 90 o País se encontrava em um contexto que,

> [...] será o fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal; paralisado pelo baixo nível de investimentos privado e público; sem solução consistente para o problema do endividamento; e com uma questão social gravíssima. Tem-se a mistura explosiva que delineia uma situação de crise profunda (Behring, 2011, p.140).

A adoção de medidas de ajuste neoliberais rebate diretamente nos direitos sociais até então conquistados e garantidos constitucionalmente em 1988, atingindo as políticas públicas, como a saúde.

Portanto, no ano de 1990, encontrava-se um quadro extremamente desfavorável politicamente para uma ação eficaz e continua do enfrentamento da doença. Houve, conquanto, nesse período uma desestruturação do programa Nacional de AIDS comprometendo com isso o trabalho que até então vinha sendo desenvolvido. Período conturbado politicamente e que influenciou negativamente nas decisões e ações frente à epidemia de AIDS (Landim, 2008).

No período de 1992 a 1997 houve a reorganização do Programa Nacional de AIDS no Ministério da Saúde. Nesse período ocorreu um esforço para envolver todas as entidades que se viam responsáveis nas ações voltadas para atender a epidemia, tais como: Programas governamentais, ONGs e Universidades, procurando com isso construir uma resposta nacional no enfrentamento da doença, sendo reforçado e solidificado durante o processo de elaboração para o projeto do Banco Mundial. Sendo marcado pelo governo do presidente Itamar Franco (1992- 1995) (Landim, 2008).

Destaca-se, do acordo feito com o Banco mundial três projetos que visaram a estruturação dos serviços assistenciais; a redução de novos casos; a melhoria no diagnóstico e tratamento; além do aprimorando do processo de gestão nas três esferas, entre outros.

Após implementado o “AIDS I” houve nova negociação e aprovação junto ao Banco Mundial, que resultou no “projeto AIDS II”, que tinha como objetivo reduzir a incidência de novos casos, melhorar e expandir qualidade do diagnóstico e tratamento das pessoas com DST/HIV/AIDS, salientando que o “projeto AIDS II teve vigência nos período de 1998 a 2003 (Landim, 2008).

O “projeto AIDS II foi negociado no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso – FHC (1995- 2003), que deu continuidade as ações para o enfrentamento ao HIV/AIDS. Entretanto, o governo de FHC é marcado por forte tendência a privatização das organizações públicas, e consolidação do projeto neoliberal. Na esfera social o que se observa é o desmonte dos direitos conquistados através de políticas públicas, ficando cada vez mais restritos e seletivos a camadas mais pobres da população.

Quando nos direcionamos a enxergar a contrarreforma existente do Estado na saúde e seus rebatimentos na política de HIV/Aids, corroboramos com Bravo (2006), quando ela situa particularmente no âmbito da saúde, dois projetos em disputa: o de Reforma sanitária – que perde cada vez mais espaço – e o projeto privatista, que defende os interesses econômicos do grande capital na área dos serviços sociais.

Vale salientar que, a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, abriu algumas expectativas quanto aos rumos do Estado Brasileiro, considerando que pela primeira vez, chegava ao poder, um representante da classe operária, com um histórico de militância e organização política sindical, portanto muito se esperava em termos de ganhos sociais, do então governo. Entretanto o que se observou, foi à continuidade dada pelo governo Lula da contrarreforma do Estado, havendo um encolhimento dos espaços públicos de direito em detrimento da ampliação dos espaços privados (Cavalcante, 2010).

Assim, uma nova etapa da contrarreforma do Estado na saúde, ocorre no governo Lula que, além de dar continuidade à política econômica conservadora, contribui para elaboração de amplo projeto de privatização das políticas sociais configurado na forma das “Fundações Estatais de Direito Privado”, que se apresentam como continuidade da reforma sanitária.

As Fundações Estatais de Direito Privado, revelavam a intenção de esvaziar o controle social e democrático na saúde, implementando assim a

lógica privatista. Ela descaracteriza o SUS Constitucional, substitui o interesse público pelos particulares.

É possível identificar, portanto, o enfraquecimento dos serviços públicos, a partir do processo de avanço da contrarreforma do Estado, com o fortalecimento do mercado na produção e oferta de bens e serviços, por meio da proliferação da ideologia neoliberal que é público não serve, é ineficaz; fazendo com que essa mudança de concepção e inversão dos papéis seja necessária para o fortalecimento do sistema, tornando o Estado protetor dos interesses capitalistas, contra a classe trabalhadora. Nesse sentido, Cavalcante afirma que:

> A racionalidade do projeto de saúde privatista também se faz presente na organização do SUS, vinculada aos interesses do mercado privado da saúde, com uma concepção de direito bem distinta da racionalidade do projeto de reforma sanitária, vinculada aos interesses dos trabalhadores: enquanto que no projeto de saúde privatista o direito é um bem a ser consumido no mercado, restando aos mais pobres o acesso ao direito público via serviços focalizados, precarizados e empobrecidos; no projeto de reforma sanitária o direito é concebido originalmente como público e universal, ao qual absolutamente todos devem ter acesso, constituindo-se dever do Estado a sua prestação" (Cavalcante, 2010, p.03).

De acordo com a referida autora, houve uma ofensiva nos ataques à Política e ao Sistema de Saúde. Ressalta haver três projetos em confronto na política de saúde, o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da reforma sanitária, com a seguinte configuração:

> O projeto SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Este projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (Cavalcante, 2010, p. 93).

No governo Dilma, observa-se a manutenção da privatização e do modelo econômico anterior. As constantes privatizações de hospitais e serviços públicos, mercantilização da política de Saúde, precarização das condições de trabalho, contratos temporários com trabalhadores sujeitos a cargas de trabalho esgotantes, unidades de saúde sucateadas, falta de material adequando, dentre outros problemas tem se tornado o cotidiano do SUS e de nós que dependemos dele (Paim, 2013).

Diante deste apanhado, é possível perceber as dificuldades postas na atualidade à efetivação da política de saúde em nosso País, o que dificulta – e até mesmo exclui – o acesso aos serviços de saúde, garantidos constitucionalmente, particularmente, se refere a política de enfrentamento do HIV/Aids, o sucateamento dos serviços e da queda da qualidade do atendimento prestado a população atingida pela doença.

As políticas públicas se constituem partindo de premissas ligadas à mundialização do capital uma vez que este possui diretrizes de focalização, descentralização, desfinanciamento e regressão do legado dos direitos do trabalho. Tal prática só é possível pela modificação do exercício das funções do Estado, que passa a atuar como um braço do capital em detrimento das classes subalternizadas. Afirmar os direitos conquistados pela classe trabalhadora com mediação do Estado implicaria, pois, na luta contra o capital, luta esta que emana de um processo no qual forças se agregam com o intuito de abranger o desenvolvimento individual e social, na defesa dos direitos humanos e sociais.

3.2 A relação entre gênero, saúde e a política de HIV/AIDS

Joan Scott (1995) em seu artigo *Gênero: Uma Categoria Útil de Análise Histórica*, inicia com uma discussão trazendo os variados usos dos linguístico e gramatical do termo “gênero”. De acordo com Scott, de forma mais recente, as feministas começaram a utilizar o termo “gênero” em um sentido mais literal, referindo-se à organização social da relação entre os sexos. Nesse sentido, entende-se que o uso de maneira gramatical implica na associação de regras formais que designam o masculino e o feminino.

Em percurso histórico, as feministas americanas utilizavam o termo gênero para uma indicação da rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. A preocupação delas beirava o fato de que a produção dos estudos feministas estava centrada sobre as mulheres de forma muito estreita e isolada. Destaca-se que o termo “gênero” estava sendo proposto para dar nova direção a pesquisa sobre as mulheres e esta então transformar os paradigmas nesse meio social, político, econômico e

cultural, fazendo com que haja uma reavaliação crítica do trabalho científico existente e noções tradicionais.

As relações de gênero devem ser compreendidas como uma criação a partir de determinados interesses da cultura de uma sociedade, onde “essas determinações podem sofrer mudanças de acordo com as mudanças culturais também ocorridas” (Matos, 2004). Entender gênero é, portanto, apreendê-lo como uma construção social e, consequentemente histórica que pode sofrer mudanças ao longo do tempo e de acordo com cada localidade ou até mesmo dentro de um mesmo espaço, conforme a cultura, a crença, etc.

Nas últimas décadas se ampliaram os estudos sobre a mulher, em especial, a partir da década de 1970, quando o movimento feminista travou lutas importantes em todas as esferas sociais, e a questão de gênero passou a ter visibilidade no Brasil.

Vale ressaltar que a luta das mulheres é o que impulsiona o movimento feminista por compreender que este tem um caráter político e o objetivo de conquistar a igualdade de direitos entre homens e mulheres a fim de romper com a relação desigual estabelecida socialmente entre ambos.

O movimento feminista, no primeiro momento, buscou a conquista de direitos que até então haviam sido negados, já no segundo momento, passaram a questionar as desigualdades sociais entre homens e mulheres e as raízes culturais desta manifestação. Sendo assim, as teses acerca da inferioridade da mulher pautadas num determinismo biológico foram atacadas e rebatidas através de estudos mais elaborados sobre as relações de gênero. O sistema patriarcal no qual a sociedade está ancorada foi questionado e passou a ser visto como um dos principais causadores da desigualdade de gênero (Nascimento, 2004).

É fato que por muitos anos, e ainda nos dias atuais, mulheres e homens ocupem diferentes lugares na sociedade e diferentes atribuições que, por serem internalizados, são tidos como naturais. Essas diferenças são construídas socialmente e se revelam como relações de poder. Segundo Torres (2002, p. 53) é interessante notar que: “[...] essa construção social passa por um processo de educação dos sujeitos para se tornarem homens ou mulheres, envolvendo padrões de conduta e de comportamentos presentes nos discursos normativos, nas orientações de cunho religioso, jurídico e moral”.

Em todo processo histórico de construção social do feminino e do masculino, os homens ocuparam o espaço público e um lugar privilegiado em relação às mulheres, que ficaram no âmbito privado. As mulheres, que eram esposas e mães de cidadãos, por uma questão política, desde a sua origem, mantiveram-se excluídas das decisões e dos direitos.

As diferenças vão além da biológica e sexual, as sociedades as definem como culturais, sociais e políticas, através de normas e costumes. Quando nasce uma criança a primeira pergunta é se é menino ou menina, se for menino ele será educado para representar as características do gênero masculino, e se for menina terá que representar as características do gênero feminino. E isso é transmitido às crianças através de costumes e normas como: menina usa rosa, tem que falar baixo e ser delicada, já o menino usa azul e tem maior liberdade para se expressar. Partindo desse conceito a diferença de gênero é justificada pelo sexo, pelo menos, é o que está posto na sociedade normativa.

Para Preciado (2008) gênero não é derivado do sexo anatômico, é sim uma construção sociocultural, o efeito do cruzamento das representações discursivas e visuais dos diferentes dispositivos institucionais, a família, a religião, o sistema educacional.

A autora cita o exemplo da mulher barbada, que no século XIX era considerada uma anomalia e sua visibilidade se dava em circos, e hoje seu lugar é a clínica de estética, ou seja, se converte em um caso clínico. Pensar em um manifesto contrassexual traz a ideia de ir contra o que está posto como permitido na sexualidade. A sociedade coloca limites para o prazer, o pensar, o agir, e Preciado (2002) propõe pensar em uma sociedade contrassexual, denuncia o sexo domesticado, já que não nascemos com limites, esses sempre foram impostos.

Quando vamos direcionar nossos estudos a identidade de gênero, encontramos em Pollack (1990), um quadro descritivo sobre a homossexualidade face ao HIV/Aids, onde o mesmo afirma sobre a visão da marginalização, a condenação moral e o preconceito sofrido na história da epidemia, na qual são considerados desviantes morais e sociais, tendo o seu comportamento pessoal e sexual infamado por parte da sociedade.

O comportamento homossexual também se manifesta como transgressão, negação da heterossexualidade e, assim, superação de limitações individuais e coletivas, identificando a sexualidade como um domínio de diferenciação do normal, sendo central no contexto dinâmico da sociedade gay e da epidemia de HIV/Aids. A doença parece ser um divisor de contexto social, pois, o HIV/Aids leva a um doloroso processo de reavaliação do comportamento e do conflito com a sociedade e as questões de saúde (Pollack, 1990).

No contexto de eclosão da infecção, a Aids preocupa os homossexuais e traz a reflexão sobre o comportamento: por um lado, repensa a necessidade de evitar o contágio e a transmissão; pelo outro, põe em xeque a visibilidade e a invisibilidade da homossexualidade (Pollack, 1990). Destaca-se que o moralismo constituído contra essa parte da população tem deixado até hoje em um alcance extremo de vulnerabilidade, assim, a Aids passou a ser apreendida e apontada pelos canais científicos, pelas religiões e pelo meio jornalísticos como um castigo da natureza/divino contra os comportamentos estimados imorais pelos domínios conservadores da sociedade (Lima, 2014).

“[...] a doença passou a ser usada como arma para levantar o preconceito aos gays e para criar um estereótipo para os doentes” (Lima, 2014, p. 34).

O estigma em relação à comunidade LGBTQIA+ tem profundas raízes na sociedade, frequentemente manifestando-se por meio da associação entre homossexualidade e a transmissão de doenças, incluindo o HIV/AIDS, sífilis e gonorréia. Este estigma foi claramente evidenciado em uma reportagem de “O Globo”, onde médicos expressaram preocupações sobre a identificação das principais fontes de contaminação no Brasil. Conforme reportado por Villela (1989, p. 15), concluiu-se que homens bissexuais estavam atuando como uma ponte, transmitindo a doença para o grupo heterossexual.

Essas associações estigmatizantes não apenas perpetuam preconceitos profundamente arraigados, mas também têm sérias implicações sociais e de saúde. Esse estigma dificulta o acesso da comunidade LGBTQIA+ a informações precisas e apropriadas sobre saúde sexual e a serviços de saúde adequados. Além disso, cria barreiras significativas para a aceitação social e o apoio emocional, levando a um aumento nas disparidades em saúde.

Pessoas vivendo com HIV pertencem a um grupo de indivíduos marginalizados e estigmatizados, e que por diversas vezes são tidos como abomináveis, desprezíveis, impuros.

> AIDS chegou ao Brasil com caráter de "peste anunciada", vinculada, naquele momento, a grupos marginalizados, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis, prostitutas, michês e travestis, agrupados na categoria de “grupo de risco". Estes formavam, nesse sentido, "espécies", no sentido empregado por Foucault" ao discutir a construção da homossexualidade enquanto fenômeno clínico. Essa nova "espécie" foi aglutinada na categoria clínica de "aidético". São estes grupos que a nossa sociedade sempre caracteriza ou associa a este tipo de doença, porque são pessoas marginalizadas pela própria sociedade devido a modo de vida que essas pessoas levam (Pelucio, 2007, p. 127).

Passados 40 anos da epidemia, o HIV/Aids continua sendo um grande problema social e de saúde no dia a dia dos homossexuais do sexo masculino, pois ainda persistem as representações sociais dos homossexuais como vilões e/o vítimas da Aids, fazendo com que continue a sujeitá-los pessoalmente ao estigma e ao preconceito criado pelas associações entre gays e a Aids, assim como a possibilidade da infecção pelo HIV, caso não pratiquem um sexo seguro (Terto júnior, 2002).

Uma pesquisa em 2011, intitulada “*Diversidade sexual e homofobia no Brasil*”, organizada por Gustavo Venturi e Vilma Bokany, demonstrou que por volta de um terço das pessoas entrevistadas declararam que concordam de forma direta ou indireta com a seguinte frase: “os gays são os principais culpados pelo fato de a aids estar se espalhando pelo mundo”, assim como [...] em relação à vulnerabilidade programática discute o significado de que a maioria acredite que o combate à discriminação contra LGBT seria “um problema das pessoas”, antes de ser um dever do Estado (Venturi; Bokany, 2011, P. 18).

Importante registrar os avanços dos direitos relacionados as Pessoas Vivendo com HIV/Aids, vale destacar que no contexto das políticas públicas, Vidal; et al (2009, p. 169) afirma:

> Retomando marcos importantes nas políticas públicas brasileiras no enfrentamento da Aids, tem-se, entre outras ações: notificação obrigatória de casos, instituída em 1986; distribuição gratuita de AZT, em 1991; recursos obtidos através do primeiro acordo com o Banco Mundial, em 1993; publicação da Lei nº 9.313, em 1996, garantindo a distribuição gratuita da TARV; distribuição gratuita dos antiretrovirais (ARV), iniciada em 1997; produção de sete ARV, anunciada em 2001;

> disponibilização de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, através da Portaria nº 2.104, de 2002; política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos; experiência polêmica com formulações específicas, como a redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas injetáveis, apresentando a troca de seringa como ação de maior impacto; oferta gratuita de preservativos masculinos; suporte diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Quando a temática do HIV/Aids é associada ao contexto de vulnerabilidade das mulheres, relacionam-se diretamente com o seu direito à saúde, tomando por base a CF de 1988 e a lei 8.080/90 que dispõe sobre o SUS. O número de mulheres cresce atualmente na perspectiva da epidemia, então é salutar, estudar estratégias de atendimento a essas mulheres no âmbito da saúde pública, trazendo a partir dessa reflexão maior visibilidade social e expressões de demandas e necessidades, colocando em cena as questões de diversidade sexual, também.

A conquista e afirmação das políticas públicas voltadas para esse segmento (mulheres e homossexuais) são imprescindíveis para dar visibilidade à luta e reconhecimento dos movimentos sociais em relação aos direitos da mulher, por exemplo, uma vez que a desigualdade relacionada ao gênero e a identidade de gênero se faz presente em nosso cotidiano. Por isso, começamos a esclarecer o nosso posicionamento teórico em relação a categoria gênero.

Scott (1990) define gênero como um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e que o mesmo é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.

Desta forma, gênero pode ser definido como um conjunto de características sociais, políticas, econômicas, culturais, dentre outros segmentos atribuídos às pessoas de forma diferenciada em relação com o sexo.

A desigualdade entre homens e mulheres, que historicamente é naturalizada nas relações sociais, encontra-se na educação sexista um suporte ideológico para sua reprodução cotidiana. Há uma base na construção desse arranjo assimétrico entre os sexos na qual reside as explicações, calculadas nos supostos determinantes biológicos, ou melhor, na essência do que é considerado “feminino” e “masculino” que justifica e determina, à luz dos pensamentos sexistas, as “habilidades, qualidades, profissões, brinquedos ou

espaço ditos de homem ou de mulher" (Russo; Cisne; Brettas, 2009, p. 61). Nesse sentido, utilizam-se dos determinantes biológicos, em seus aspectos físicos, psíquicos e comportamentais, para justificar diferentes habilidades sociais, talentos e aptidões e impor um lugar de gênero na sociedade patriarcal-capitalista.

As políticas Públicas, em especial a política de saúde, precisam adotar uma perspectiva relacional de gênero para alcançar resultados qualificados que garantam a equidade, o cuidado mútuo entre parceiros/as afetivos/as sexuais.

De acordo com os estudos de Barretto (1999), a "unilateralidade" serviços de educação em saúde no trato da sexualidade com foco apenas nas mulheres é falho, na medida em que

> implica risco de vida, quando em tempo de AIDS, o uso do preservativo masculino é praticamente o único meio de prevenção da doença, além do mais, a unilateralidade, certamente, influi na definição de prioridades e no perfil dos programas e ações nessa área. Argumentos baseados em pressupostos morais certamente bloqueiam a comunicação entre o sujeito que julga e o sujeito/ "objeto" de julgamento, na medida em que uma visão moralista não abre mão em dividir o mundo entre os bons e entre os maus, subestimando com isso a possibilidade de contradição e de mobilidade e transformação dos valores (p. 12).

No tocante aos direitos das mulheres infectadas ao HIV/Aids, a Legislação Federal da Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde, afirma que o procedimento adequado para uma gestante com HIV/Aids positivo é:

> Iniciar o pré-natal tão logo se perceba gestante; usar terapia antirretroviral segundo as orientações de seu médico, do serviço de referência para pessoas que convivem com o HIV/AIDS; realizar os exames para avaliação de sua imunidade (exame de CD4) e da quantidade de vírus (carga viral) em circulação em seu organismo; ser submetida ao tipo de parto segundo as recomendações do Ministério da Saúde; receber o inibidor de lactação e receber a fórmula infantil para sua criança (Caderno De Atenção Básica, 2013, P. 28).

No que diz respeito aos demais direitos, podemos ressaltar alguns relacionados "ao crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS", de acordo com a Lei 12.984, de 02 de junho de 2014:

> I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;
> II - negar emprego ou trabalho;
> III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;
> IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;
> V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de AIDS, com intuito de ofender-lhe a dignidade;
> VI - recusar ou retardar atendimento de saúde (Brasil, 2014).

Abordar questões relacionadas a políticas públicas, saúde, direitos, questões de gênero e conquistas no contexto do HIV/AIDS requer uma visão ampla e profunda. Isso implica em uma análise crítica que leve em conta não apenas as políticas específicas adotadas, mas também a complexa rede de fatores históricos, sociais, culturais e econômicos que redesenharam a epidemia e a resposta a ela ao longo do tempo.

A perspectiva da totalidade implica, ainda, olhar para as conquistas alcançadas ao longo dos anos. Isso inclui não apenas os progressos em termos de tratamento e prevenção, mas também as vitórias na luta contra o estigma e a discriminação.

3.3 Mulheres no contexto saúde e HIV/AIDS

A história recente do Brasil, no que se refere aos direitos da população, tem como marco a Constituição Federal de 1988, como já referido, que incorpora em seus dispositivos legais um avanço no tratamento da saúde como direito de todos/as e dever do Estado, resultando no Sistema Único de Saúde (SUS) como fruto de grande mobilização de movimento sanitarista brasileiro, que incorpora as discussões do movimento feminista para o tratamento da saúde sexual e reprodutiva.

No tocante às políticas de atenção à saúde das mulheres, o movimento feminista foi responsável pelo enfrentamento às políticas autoritaristas e coercitivas de controle da fecundidade das mulheres na da década de 1970, orientadas por organismos internacionais sob o discurso do controle da natalidade para o desenvolvimento econômico de países “subdesenvolvidos”. Essa época foi marcada por ampla difusão de métodos contraceptivos, em especial dos métodos irreversíveis, que atingiram principalmente mulheres negras e pobres do Norte e Nordeste brasileiro. De acordo com Campos e

Oliveira (2009), as feministas enfrentaram essa realidade reivindicando a autonomia sobre seus próprios corpos, com direito a saúde e a própria regulação da fecundidade, considerando o debate politizado sobre sexualidade e reprodução humana.

Tal mobilização do movimento feminista nesta época resultaram em frutos positivos para a saúde das mulheres na década seguinte, quando foi criado, em 1983, o Programa de Atenção Integral a Mulher (PAISM) que incorpora as primeiras ações referentes aos direitos reprodutivos na política de atenção à saúde da mulher no Brasil, rompe com o caráter coercitivo e controlista das ações referentes a saúde das mulheres até então, assim como sua restrita concepção materno-infantil, passando a percebe - lá de forma integral levando em consideração os diversos segmentos de mulheres existentes no país. Vale salientar, que a criação do PAISM aponta para um avanço brasileiro, impulsionado pelo movimento feminista, no campo das discussões sobre saúde sexual e reprodutiva em relação aos demais países.

As questões defendidas pelo movimento de mulheres ganham espaço na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) que aconteceu no Cairo, em 1994, que estabeleceu pioneiramente um enfoque central do direito de cada indivíduo a uma saúde sexual e reprodutiva plena, que considere todas as fases de sua vida, e a garantia dos meios necessários a obtê-la.

Em 1995, um ano após a Conferência de Cairo, acontece em Pequim a IV Conferência Mundial sobre a Mulher que define a saúde reprodutiva das mulheres como sendo:

> Um estado de bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva, implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência (Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre A Mulher, 1995, p.178).

Tais conferências deixam clara a desvinculação da sexualidade da capacidade produtiva, repudiando a discussão de demografia e economia, e alocando as políticas populacionais para o campo dos direitos humanos, com ênfase para a equidade de gênero (Campos; Oliveira, 2009).

Galvão (1999, p.173) salienta que:

> Cinco anos após a Conferência de Cairo (“ICPD +5”), a tendência internacional aponta para uma maior discussão sobre a Saúde Sexual da mulher e do homem. Nessa discussão, a Saúde Sexual tem sido incluída como parte da definição de Saúde Reprodutiva ou referida também, de forma mais ampla, como Saúde Sexual e Reprodutiva.

Em 2004 o então programa PAISM passa a ser a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), passando a incorporar:

> num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (Brasil, 2004, p.5).

Em 2003 o governo brasileiro assume os direitos sexuais e reprodutivos como uma prioridade, e elabora a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, entre as propostas e diretrizes do referido documento destacamos as que se referem a saúde sexual e reprodutiva: Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; Atenção em reprodução humana assistida na rede SUS; Ampliação do acesso a esterilização cirúrgica voluntária no SUS; Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens; Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada ás mulheres em situação de abortamento; Planejamento familiar e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2005).

Por isso nos “processos saúde-doença estão presentes os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferem especificidades ao adoecimento das mulheres, bem como estão presentes outros fatores ligados às determinações de gênero” (Gama, 2004, p. 264).

A concretização, por meio das políticas públicas, dos princípios de igualdade, respeito às diferenças, promoção do pleno exercício da cidadania é um desafio para os governos dos países que se pautam pelos novos marcos teóricos, políticos e jurídicos no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Segundo o Ministério da Saúde (2013), as ações voltadas para a

saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Bem, e onde estão as ações sobre o HIV/Aids?

Reforçando a trajetória histórica, ainda destacamos que a Aids, síndrome da imunodeficiência adquirida, é uma doença sexualmente transmissível que começou a ser identificada, em 1980, e que completou mais de 40 anos de existência cientificamente comprovada no planeta terra. A Aids teve seus primeiros casos notificados a partir de 1981 pelo Center for Disease and prevention (CDC) de Atlanta, Estados Unidos. Nesse período, começou-se a observar uma série de casos de óbitos em jovens homossexuais masculinos, aparentemente saudáveis, da cidade de Los Angeles (EUA), vitimados por infecções e tumores raros.

A Aids reavivou o discurso conservador da Igreja sobre a sexualidade, que é vista pelo imaginário coletivo sob a ótica do pecado e do castigo. Assim, os portadores do Vírus HIV/Aids na década de 1980 foram fortemente marcados por julgamentos morais e acabaram sendo objetos de ‘suspeita’ por adotarem comportamentos sexuais considerados ‘desviantes’.

Os primeiros casos da contaminação feminina pelo vírus HIV/Aids também ocorreram na década de 1980, no Brasil, especificamente no Estado de São Paulo. Esses casos foram descobertos inicialmente em mulheres que eram profissionais do sexo. Em 1985, o Ministério da Saúde enquadrou a Aids como um problema de saúde pública. Outro acontecimento importante, nesse mesmo ano, foi a criação de organizações não governamentais (ONG’s) para pessoas portadoras dessa doença, como o Grupo de apoio à prevenção a AIDS - GAPA. O HIV/Aids, ao longo dos anos vem tomando novas formas e atingindo tantos os espaços públicos (a rua), quanto privados (o lar). Essa doença redimensionou tanto a sexualidade masculina quanto feminina porque se tornou uma doença de alcance global. Essa nova doença expandiu-se e contaminou vários grupos de pessoas de ambos os sexos, de variada faixa etária (crianças, jovens e adultos), não se limitando como se acreditava aos

ditos grupos de risco: homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas.

O vírus HIV atingiu pessoas de todas as classes sociais, mas seus rebatimentos trazem particularidades. A contaminação é vista de forma individual em relação ao exercício da sexualidade. Segundo Berer (1997, p.29), "uma pessoa pode ter sido exposta ao HIV uma ou várias vezes antes que o contágio ocorra. Quanto maior exposição, maior será a probabilidade de contaminação". Ainda segundo a referida autora, as mulheres heterossexuais não se consideravam e não eram consideradas pertencentes ao 'grupo de risco'.

No que se refere à "feminização da Aids[7]", em todo o globo terrestre as mulheres contraem o vírus HIV em idade inferior à dos homens. As sociedades ocidentais compartimentam processos sociais em faixas etárias e biológicas como crescimento, maturação e envelhecimento dando demarcando também a iniciação da sexualidade.

A mulher, na contemporaneidade, torna-se sujeito de uma história própria de contaminação pelo vírus HIV. A Aids colocou-a dentro do patamar de vulnerabilidade de práticas sexuais de risco influenciado por relações de gênero e causando o silenciamento das mesmas devido o estigma. Um dos fatores de prevenção para a diminuição do risco de contaminação é a educação sexual, que deve atender a todas as camadas sociais, na perspectiva de promover uma compreensão adequada para a prevenção e intervenção e mudanças de hábitos e práticas sexuais.

Para muitas mulheres, outro fator que influencia na prevenção é a falta de recursos sociais advindos da pobreza. A pobreza já é considerada um estigma cruel que marca as suas vidas e, com a entrada da AIDS, esse panorama se agrava levando-as a pensar que 'só nasceram para sofrer'. Porém, de acordo com os estudos de Parker (1996), as mulheres que mais sofrem com a contaminação são as pobres e as marginalizadas, aflorando com mais expressão dentro da questão social as desigualdades e injustiças que afetam a saúde da mulher e seu acesso aos serviços de saúde, decorrente da

[7] Esclarecemos que o termo "feminização" é interpretado e colocado no Plano Integrado de Enfretamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (2007), no qual, em seu ideal, representa a consolidação de uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis entre as mulheres.

falta de escolarização e de não inserção no mercado de trabalho, dentre outros (Araújo; Silva 2013).

Atualmente, acredita-se ser possível estimular mudanças e transformações na área sexual, mesmo que a desigualdade das relações sociais de gênero entre homens e mulheres continue existindo. Apesar de tantas mudanças de mentalidade, práticas, conceitos e conclusões acerca da autonomia da sexualidade feminina, pouco se tem feito para conter o grande índice de contaminação do vírus HIV em mulheres no segundo lustro do século XXI (Araújo; Silva 2013).

O desconhecimento sobre Aids e a falta de informação em relação à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis são alguns dos motivos apresentados pelas entrevistadas que propiciaram a contaminação pelo vírus HIV. A partir do momento em que tomam consciência de que estão contaminadas, as práticas sexuais passam a ser vistas de forma negativa. A descoberta do vírus coincide com o óbito dos companheiros de filhos, com a certeza da traição, traz o sentimento de revolta, do decréscimo da auto estima, do esfacelamento da família, do preconceito de vizinhos e familiares e da certeza de que a fidelidade não protege contra a contaminação pelo vírus. O preconceito e o medo da informação pela contaminação do vírus HIV/Aids são tão fortes que causa em muitas mulheres a apartação social e uma certa esterilização da ‘sexualidade feminina’.

Na feminização da Aids, culpa-se a submissão feminina, a infidelidade masculina, o desregramento sexual, a falta de informação e a ausência do Estado com a provisão de políticas sociais de prevenção à saúde da mulher trazendo prejuízos incalculáveis para elas e para o exercício da sexualidade. A Aids criou órfãos, viúvas e mulheres frustradas por não compreenderem o que significa essa epidemia moderna da falta de prevenção.

A discussão de Santos (2002) traz um incisivo reforço para a contenda sobre o acontecimento conhecido como feminização da Aids. De acordo com a sua pesquisa, as dificuldades da prática do sexo seguro entre as mulheres então relacionadas com a dificuldade de negociação do uso do preservativo com seus parceiros, corroborando com a ideia de que esse impasse está conexo com as relações de gênero, ou seja, a mulher estar em uma posição de

vulnerabilidade em referência ao HIV, fundamentalmente, as questões ligadas as constituições das relações patriarcais.

Existe uma desculpa entre a maioria dos homens brasileiros que interfere diretamente no uso de preservativo, os mesmos alegam que a camisinha atrapalha a seu prazer sexual, o que segundo a pesquisa realizada por Santos (2002), as mulheres casadas ou de companhia fixa a probabilidade de uma possível negociação ao uso da camisinha é bem menor do que entre mulheres com parceiros não fixos.

De acordo com Brambatti (2005), a epidemia da Aids se coloca como um desafio da sociedade e do sistema de saúde, afirmando a não existência de grupos de risco, mas apontando para a individualização dos cuidados sexuais e da feminização crescente desta doença. A Aids ainda mata pelo excesso de preconceito da sociedade, da família e dos profissionais de saúde e traz a realidade que a contaminação pode ser vista através de um prisma múltiplo, materno-infantil, hetero, homo, transfusão, e retira dentro da sexualidade feminina uma esterilização e culpabilidade, onde a mulher abre mão da maternidade para não gerar filhos doentes, a verticalização é também mesmo com o avanço dos medicamentos retro virais, um estigma e uma renúncia pessoal do gênero feminino.

O estigma de portar uma doença incurável, fez com que muitas mulheres, procurassem o isolamento como fuga dessa triste realidade. Outra mudança que podemos destacar na área da sexualidade, é que no início da epidemia, a representação do perigo estava fora do lar personificado através das profissionais do sexo, porém a Aids adentrou barreiras que se colocavam como intransponíveis e atualmente as mulheres consideradas “do lar”, isoladas no seu meio, são as que possuem maior vulnerabilidade de contrair uma Infecção Sexualmente Transmissível - IST do que as mulheres consideradas “promíscuas” (Araújo; Silva 2013).

Conforme essas ideias apresentadas ao lado da discussão e apoiados nessa perspectiva junto a Carvalho (2006) percebemos que a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV como consequente de uma posição subjugada feminina dentro das relações conjugais.

O estigma, o preconceito e o medo da rejeição à Aids fizeram com que algumas instituições simbólicas para indivíduos em situação de risco, como se

as famílias e os amigos fossem substituídos pelos profissionais, em detrimento do sigilo que os acompanha no tratamento e recuperação da doença. A Aids redimensionou as concepções de sexualidade feminina, onde a responsabilização da prevenção é, ao mesmo tempo, individual e coletiva. Parker (1996) em suas análises, afirma que o controle da epidemia HIV/Aids para homens e mulheres depende, portanto, não somente da disseminação de informações corretas, mas fundamentalmente da possibilidade dos indivíduos nela se reconhecerem, usando-as para sua própria proteção. A

A epidemia de HIV no Brasil é caracterizada como concentrada, conforme apontado por Vasconcelos (2020). Isso significa que, na população geral, a prevalência da infecção é baixa, aproximadamente 0,4%. No entanto, em certos subgrupos específicos, esses números aumentam significativamente. Por exemplo, entre homens gays e bissexuais, a prevalência do HIV aumentou de 12% para 18% entre 2009 e 2016. Além disso, entre mulheres trans e travestis, a taxa de infecção ultrapassa os alarmantes 30%.

Até o momento foi possível demonstrar a vulnerabilização das mulheres, no contexto socioeconômico e cultural na ordem do capitalismo patriarcal racista. A seguir, em consonância como objeto de estudo, prosseguiremos no sentido de demonstrar a ascensão das mulheres no quadro epidemiológico do HIV/AIDS e as políticas públicas na perspectiva de gênero e raça, nas conjunturas dos governos brasileiros no período de 2007 a 2021, buscando entender as estratégias implementadas, as configurações conjunturais que transitam entre a democracia e o ultra neoliberalismo neofascista.

4. A TRAJETÓRIA DA ASCENSÃO DAS MULHERES NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS: INIQUIDADES DE GÊNERO E RAÇA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DE PROTEÇÃO SOCIAL

Como vem sendo demonstrado nos pressupostos teóricos e históricos trazidos aqui até o momento, é basilar a discussão da transversalidade de gênero, raça e classe no contexto da política de saúde para proteção das pessoas vivendo com HIV/Aids. Com esse entendimento, trazemos uma reflexão crítica acerca dos impedimentos no acesso universal de grupos

socialmente explorados, oprimidos e discriminados, aos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais.

As políticas públicas e a proteção social para as pessoas vivendo com HIV/AIDS são questões cruciais que refletem diretamente as iniquidades de gênero e raça existentes em nossa sociedade. A epidemia de HIV/AIDS não afeta a todos de maneira uniforme; ela amplifica e expõe as disparidades sociais, destacando a urgência de abordar questões de gênero e raça de forma integrada.

A iniquidade de gênero e racial são evidentes nas políticas relacionadas ao HIV/AIDS. Do ponto de vista de gênero, as mulheres, diferente dos homens, frequentemente enfrentam barreiras significativas no acesso ao tratamento, prevenção e cuidados pela falta de autonomia em decisões sobre sua própria saúde, pela violência de gênero e discriminação no sistema de saúde, entre outros, são aspectos que tornam as mulheres particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV. Além disso, muitas vezes são as mulheres que desempenham um papel central no cuidado de familiares doentes, sobrecarregando-as com responsabilidades adicionais e limitando seu acesso a recursos financeiros e educacionais.

A iniquidade étnico-racial também é uma questão crucial no contexto do HIV/AIDS, especialmente as comunidades negras e indígenas, que muitas vezes enfrentam condições socioeconômicas desfavoráveis, incluindo acesso limitado à educação e emprego, o que aumenta sua vulnerabilidade ao HIV. Além disso, o racismo estrutural e a discriminação exacerbam o estigma associado à doença nessas comunidades, o que dificulta ainda mais a prevenção e o tratamento eficazes.

Vale retomar que o avanço em torno da proteção social, no Brasil, ocorre com a Constituição de 1988, na qual “são colocadas novas bases para o atual Sistema de Proteção Social brasileiro com o reconhecimento de direitos sociais das classes subalternizadas em nossa sociedade” (Yazbek, 2010, p. 15).

Trata-se de uma expansão da proteção social e dos direitos sociais, tendo como referência os princípios do Estado de Bem-Estar Social, com base na Seguridade Social, formada pela Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Sposati (2009) entende como uma mudança positiva na percepção sobre proteção, na qual há uma responsabilidade do Estado e uma mudança

no entendimento da cobertura social, no âmbito individual, para uma concepção de direito e de cidadania.

A mudança na percepção sobre proteção não assegura acesso igualitário às políticas sociais se não for considerada a clivagem de gênero, raça e classe da população usuária dos serviços socias, em particular de proteção à saúde.

4.1 Políticas Públicas e Proteção Social na perspectiva de gênero e raça

Para melhor fundamentar a análise acerca da trajetória de ascensão das mulheres no perfil epidemiológico do HIV/AIDS e a partir da compreensão da transversalidade de gênero, raça e classe nesse contexto, retomamos a questão do capitalismo-patriarcal-racista. Para tanto, buscamos também discutir brevemente acerca do movimento de mulheres negras articulando com a importância no estudo das categorias raça/etnia e gênero, sobre a "dimensão social, estrutural e subjetiva do processo de saúde" (Barbosa, 2006, p. 03), na constituição e efetivação das políticas públicas e de proteção social no Brasil.

O ponto de partida para análise e discussão pauta-se inicialmente em Saffioti (1987), quando a mesma afirma que a essência da relação patriarcal, ainda que abrandada, calha não somente na hierarquização entre os sexos, mas na conservação do *status quo* para os homens e para as mulheres a busca pela igualdade.

> [...] 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).

Para a referida autora, é impossível pensar a questão econômica desvinculada do âmbito político, na qual busca em Karl Marx, diálogo e construção do pensamento crítico ao perceber que se a extensão política de uma classe social não for compreendida, ela não conseguirá lutar pelos 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).

Ainda em Saffioti (1987), encontramos que dentro do sistema de exploração, dominação e hierarquização existe uma contradição correlacional na intersecção entre gênero, raça/etnia e classe, mostrando a relação simbiótica dentro da sociedade capitalista destacando-se o patriarcado, o racismo e o desenvolvimento do capitalismo. Por isso, até agora se faz necessário construir historicamente a percepção dialética da realidade concreta das desigualdades existentes entre homens e mulheres, poder e exploração, economia e política.

Aqui nos atemos ao racismo na sociedade brasileira, afirmando que não são exclusivamente os negros que padecem nos processos discriminatórios de raça/etnia; nesse processo destacamos também os nordestinos, os indígenas, os asiáticos entre outros povos que compõe a ampla miscigenação cultural do país. Todavia, são as mulheres negras, que mais sofrem na sociedade brasileira por ocuparem uma posição desvalorizada e explorada na base constitucional, precisamente pela sua condição de gênero e etnia (Saffioti, 1987).

Baseamos em Falquet (2008) que toma como ponto de partida para a discussão da temática saúde e mulher negra as reivindicações das feministas que devem não somente ser ouvidas, mas profundamente estudadas com o intuito de produzir uma teoria cuja base esteja fundamentada na transformação social e integrada com as análises das relações socias de poder de sexo, classe e raça/etnia.

Para a autora, a partir desse processo é possível identificar que a reorganização do trabalho “provocada pela globalização neoliberal, e mais particularmente, do ‘trabalho considerado feminino’, é que, simultaneamente, modifica as relações de sexo, de ‘raça’ e de classe” (2008, p. 123). Para ela,

> A globalização com certeza não é algo radicalmente novo: sua raiz está na longa história do capitalismo, da escravidão, da colonização-descolonização e das mutações dos sistemas patriarcais. Entretanto, ela produz profundas transformações. Os discursos otimistas, de legitimação desta globalização, falam de extensão da democracia, de

> "participação", de igualdade e de prosperidade crescente para todas e todos. As análises críticas, empíricas, enfatizam mais o fosso vertiginoso das desigualdades e da exploração de sexo, de classe, de "raça" e Norte-Sul (Falquet, 2008, p. 123).

A partir de análises marxianas, Falquet entende que a co-formação da reprodução das relações capitalistas (exploração assalariada) e não capitalistas (servidão/escravidão) está no centro da discussão para explicar uma demanda de trabalhadores/as criada pela globalização neoliberal cujo trabalho é considerado "desvalorizado". Em outras palavras, trata-se de um trabalho que não é devidamente remunerado nem totalmente gratuito, não sendo, portanto, considerado plenamente "proletário" (2008, p. 125).

Ainda de acordo com Falquet (2008), a partir das proposições da obra clássica de Balibar e Wallerstein, intitulada Race, nation, classe: les identités ambiguës (1988), a mão de obra "empurrada" para esse trabalho desvalorizado tem o racismo como "fórmula mágica", por alongar e/ou contratar um determinado contingente populacional por baixos salários ou funções econômicas de baixa remuneração, provocando, inclusive, uma fusão entre "raça" e "classe" na medida em que o racismo clássico de 1980 se transforma em racismo anti-imigrante e possibilita a identificação da situação de classe e da origem étnica. Assim, as relações sociais de raça assumem a continuidade das relações de classe.

Para Silva (2003), são densos os sinais da violência sofrida pelas mulheres negras no transcorrer da história e é por isso que nos apoiamos nas feministas negras da América Latina e Estados Unidos na qual demonstram e oferecem importante contribuição para a produção do conhecimento na perspectiva interseccional[8]. Para a pesquisa em tela vamos nos deter ao processo histórico brasileiro.

[8] Desenvolvido nos anos 1990, interseccionalidade é um termo analítico dentro da teoria feminista que procura destacar as várias disparidades de gênero que permeiam a sociedade. Ela continua onde as leituras críticas dos anos 1980 sobre o conceito de gênero pararam, reiterando a desconstrução da universalidade da hierarquia e da subordinação feminina no nível teórico e abordando as intensas reivindicações políticas, internas ao movimento feminista, relativas à diferença, formuladas por mulheres negras, feministas do Terceiro Mundo e feministas lésbicas (PISCITELLI, 2008). A interseccionalidade é uma forma inovadora de as teóricas pós-coloniais examinarem os efeitos do colonialismo sobre as culturas contemporâneas, além dos quadros clássicos dos "lugares de fala" e dos "olhares masculinos" (CURIEL, 2007).

Os primeiros movimentos feministas no Brasil oficiais de que se teve notícias, surgiram a partir do movimento sufragista[9]. Esses grupos feministas, ao passar dos anos e apesar das novas formatações, não se preocuparam em englobar a luta contra o racismo e não conseguiram compreender e discutir as especificidades das mulheres negras, uma vez que as mesmas sofrem outras discriminações a mais em relação as mulheres brancas: a discriminação de cor e a do trabalho.

Alerta Davis(1982):

> [...] [Diferentemente de] suas irmãs brancas chamadas “donas de casa”, elas [mulheres negras] cozinharam e limparam e foram cuidadoras e criaram um incontável número de crianças. Mas ao contrário das suas irmãs brancas, que dependiam do seu marido para a segurança económica, às mulheres negras e mães, habitualmente trabalhadoras, raramente foi-lhes dado o tempo e a energia para serem peritas em domesticacidade. Como as suas irmãs brancas trabalhadoras, que carregavam o duplo fardo de trabalhar para viver e servir os maridos e as crianças, as mulheres negras precisavam do alívio desta opressiva situação há muito, muito tempo (Davis, 1982, p. 164).

Notamos dessa forma que, apesar das mulheres brasileiras possuírem diversas semelhanças quanto às dificuldades no acesso a alguns direitos, as mulheres negras são ainda as mais prejudicadas quando o assunto é sexismo, discriminação e privilégios.

Com isso, as mulheres negras perceberam a necessidade da criação de um movimento feminista negro que incluísse suas singularidades, “e o elemento determinante nessa alteração de perspectiva é o emergente movimento de mulheres negras sobre o ideário e a prática política feminista no Brasil” (Carneiro, 2003, p.118). Assim, apesar das feministas brancas lutarem pela igualdade de direitos entre homens e mulheres, as mesmas assumem uma posição de privilégio em relação as mulheres negras.

> O movimento de mulheres negras no Brasil, sob a efervescência dos movimentos sociais emergidos no período de redemocratização do país, chama a atenção para a necessidade de combater o racismo e o sexismo mediados pela desigualdade socioeconômica de modo que este grupo pudesse contar com mecanismos específicos e palpáveis de superação das desigualdades sociais (Assis, 2015, p.05).

[9] O movimento sufragista, iniciado no século XIX, consistiu em uma luta de reivindicação pela participação ativa das mulheres na política, concedendo a elas o direito de votarem e de serem votadas (Castro, 2021).

Como é possível constatar, as mulheres negras veem tendo uma relevante contribuição na visibilização dessa questão, cujas singularidades vinham permanecendo secundarizadas no movimento feminista, por isso, o "Enegrecer o feminismo", se tornou premente de acordo com Carneiro (2011):

> Se o feminismo deve liberar as mulheres, deve enfrentar virtualmente todas as formas de opressão. A partir desse ponto de vista, é possível afirmar que um feminismo negro, construído no contexto de sociedades multirraciais, pluriculturais e racistas – como são as sociedades latino-americanas – tem como principal eixo articulador o racismo e seu impacto sobre as relações de gênero, uma vez que ele determina a própria hierarquia de gênero em nossas sociedades. Em geral, a unidade na luta das mulheres em nossas sociedades não depende apenas da nossa capacidade de superar as desigualdades geradas pela histórica hegemonia masculina, mas exige, também, a superação de ideologias complementares desse sistema de opressão, como é o caso do racismo (p. 02).

No Brasil, a mulher negra é marcada pela exploração sexual, violência e relações de poder, ou seja, a forma de agir e de relação entre as mulheres brancas e negras foi intensamente influenciada pelo patriarcado, que em suma, continua decorrendo nas relações sociais o desencadeamento de uma hierarquia regulada em dominação versus a submissão.

Os anos passaram, mas a sua submissão existe e relega seu papel a empregos desvalorizados, altos índices de prostituição e principalmente por condições precárias de educação e **saúde**, onde podemos ousar afirmar que a história das ações governamentais, portanto públicas, na área da saúde datam da segunda década do século XX, pois durante o período colonial e no início da República tais ações inexistiam.

A Constituição Federal de 1988, mais especificamente o Título II, Capítulo II, seção II, que traz a saúde como "um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença", busca universalizar o acesso e atendimento à saúde pública.

Porém, o país que secularmente está assentado em várias formas de desigualdades entre sua população, não conseguiu transpor esse obstáculo da história e operacionalizar o direito à saúde a todos/as. Tem sido necessário que os diferentes segmentos populacionais se organizem para garantir o acesso ao direito que se diz universal.

Para além da militância do Movimento Negro, dados oficiais mostram que diferenças acentuadas de saúde e doença entre a população branca e negra justificam que esta última precisa vir a ter atenção diferenciada dentro SUS.

A título de ilustração trazemos que no Censo Demográfico de 2010 realizado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 97 milhões de pessoas se declararam negras, ou seja, pretas ou pardas, e 91 milhões de pessoas, brancas. Os negros formavam, aproximadamente, a metade da população brasileira nesse ano. Porém outros indicadores trazem a maioridade da população negra: a fecundidade das adolescentes negras é 65% mais elevada que a das brancas. Entre os jovens negros, notou-se uma proporção bem mais elevada de mortes na população de 15 a 29 anos, o que pode ser explicado pelo fato de a população negra ser mais afetada pelas causas externas sendo que o homicídio é responsável por 50% dessas mortes. As chances de um homem negro ter Aids é 5% maior do que um homem branco. Quando se realiza essa comparação nas mulheres os dados são ainda mais alarmantes, pois as mulheres negras têm 40% mais chance de incidência da doença do que as mulheres brancas (Santos, 2016). “Em resumo, a população negra predomina na população brasileira, é mais jovem, tem mais filhos, é mais pobre está mais exposta à mortalidade por causas externas, especialmente homicídios” (IPEA, 2011, p.18) e está mais vulnerável a se infeccionar com o vírus do HIV e desenvolver a Aids.

Isto posto, ousamos dizer que as políticas públicas brasileiras, dentre as quais, está incluída a Política de Saúde, não estão alcançando a população negra da mesma forma que alcança a população branca. Novamente o princípio da universalidade não é suficiente para o acesso universal.

Nessa direção, surge em 2003 a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR; em 2006 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – que reconhece o racismo, as desigualdades étnico raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra e em 2010, o Estatuto da Igualdade Racial que contempla dentre outras temáticas o direito à saúde em igualdade de condições.

A concepção ampliada de saúde presente na formatação do SUS, ao considerar que a saúde de uma população depende de condições dignas de

vida, educação, habitação, trabalho, lazer, saneamento básico, entre outros, cria as condições necessárias para o combate das desigualdades étnico/raciais nas ações desenvolvidas pelo Estado brasileiro.

Entre as diretrizes gerais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra destaca-se, nessa análise, o art. VI que propõe o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação como possibilidades de desconstrução de estigmas e preconceitos, fortalecendo a identidade negra e contribuindo para a redução de múltiplas vulnerabilidades.

De acordo com Blackwell e Naber (2002), a intersecção do racismo com a pobreza, com a discriminação de gênero e com a homofobia ocorreu a partir do primeiro encontro contra o racismo patrocinado pelas Nações Unidas, na Conferência Mundial das Nações Unidas contra o Racismo, realizada em Durban, África do Sul, em 2001.

Sobre esse encontro, as autoras afirmam que

> O que aprendemos sobre a participação das mulheres no movimento dos sem-terra na África do Sul, na Intifada, na luta dalit e no movimento indígena nos lembrou de que, embora sejamos a espinha dorsal de nossos conflitos, nós, mulheres, permanecemos à margem nas políticas masculinistas de liberação nacional e nas lutas comunitárias contra o racismo (p. 192).

Em um encontro regional da Comissão de Gênero, as autoras afirmam que as mulheres africanas colocaram em discussão o fato de que a escravidão moderna se manifesta através do tráfico de mulheres e de jovens, usadas como escravas sexuais e submetidas à mão de obra não remunerada, desenvolvidas nas mais deploráveis condições. Tais condições, de acordo com a representação dessas mulheres, levaram a uma desgovernabilidade e disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (HIV/Aids), em sua maioria adquiridas através da violência sexual. Assim, houve uma persistência em admitir que as mulheres são o grupo mais vulnerável no contexto das formas históricas e contemporâneas que caracterizam a escravidão (Blackwell; Naber, 2002).

Vale destacar, que essa vulnerabilidade das mulheres no que se refere à disseminação de doenças sexualmente transmissíveis. O estudo de Taquette (2010) em torno da interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e

Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/Aids confirma que estas são as vítimas preferenciais de abuso sexual e de exploração sexual comercial.

Segundo Taquette (2010), os indicadores de saúde revelam uma extrema desigualdade racial, onde os índices de mortalidade materna revelam que as negras apresentam maior grau de mortalidade e sofrem duas vezes mais agressões durante a gravidez, além de apresentar uma alta taxa de hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, sífilis e outras infecções genitais. Para autora,

> A mulher negra sofre comumente tríplice discriminação: ser mulher, negra e pobre. O racismo, a pobreza e o sexismo (conjunto de ações e ideias que privilegiam indivíduos de determinado gênero e orientação sexual e discriminam os que não têm esses atributos) são mais agudos nas mais jovens. As mulheres são as principais prejudicadas pelas políticas macroeconômicas neoliberais, pois têm poucas chances de competir no mercado de trabalho em virtude de passar boa parte do tempo ocupadas em serviços não remunerados e serem as principais cuidadoras da família (Taquette, 2010, p. 53).

Como já referido, no Brasil, a partir da década de 1990, mais especificamente com a Constituição Federal de 1988, considera-se um significativo avanço ao que se refere à inclusão do tema racial na agenda das políticas públicas brasileira e estas mudanças, são respostas ao protagonismo dos movimentos ético-raciais e de gênero que lutaram e lutam até hoje, não apenas no combater ao racismo, mas buscam efetivamente atuar na promoção da igualdade racial, e é nesse contexto que o Estado começa a perceber, ainda que de forma tímida, a importância e a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas especificas voltadas, em particular a população negra e, entre esta, as mulheres negras.

A tese de doutorado de López (2009) retorna a esta linha de pensamento traçando o protagonismo do movimento das mulheres negras através dos novos discursos das lutas políticas sobre o corpo e a sexualidade. As histórias das militantes foram analisadas para descobrir como elas provocam uma crítica à (re)produção de discursos nacionais de mestiçagem, destacando o corpo feminino negro como alvo de múltiplas opressões e o centro das controvérsias políticas. Os discursos críticos sobre gênero e violência racial afirmam que as mulheres negras sofrem práticas sistêmicas que pressupõem as enfermidades intrínsecas das mulheres brancas e a "força

natural" que dispensa mais cuidados às mulheres negras e/ou negligencia preocupações particulares com a saúde.

A luz das conclusões acima, é vital refletir mais sobre o ativismo das mulheres negras no cuidado com a saúde e o reenquadramento do corpo como um local de resistência a fim de desmantelar as opressões de raça e gênero, particularmente em termos de políticas relacionadas ao HIV/Aids, trazendo a regência de análise a expectativa de que ela ajudará a trazer à tona perspectivas críticas que podem influenciar a formulação de políticas públicas.

Contudo, é importante salientar que mesmo com esses avanços existem grandes desafios a serem superados visto que a na sociedade brasileira (racista e sexista) as mulheres negras estão sujeitas as múltiplas discriminações. De acordo com Werneck (2001) 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.

O preconceito e a discriminação racial têm o papel de integrar a população negra de forma subalterna na sociedade de classes e o resultado dessas atitudes comprometem o atendimento nesses sistemas de saúde, resultando no oferecimento de um serviço desqualificado, que não atenda de maneira a respeitar a todo ser humano independente de gênero, raça/etnia e ou classe social.

No âmbito dos processos de racialização, a associação entre raças e gêneros dominantes e infecções sexualmente transmissíveis é, segundo José Carlos dos Anjos (2004), uma das técnicas de genocídio de maior sucesso. Devido à interação entre circunstâncias objetivas de exclusão, integração subjetiva do estigma e dominância sexista.

Como a população negra no Brasil é desproporcionalmente afetada pela disseminação do HIV/Aids, a prevalência da doença deve ser equiparada em um sistema de correlações de poder que não é projetado em sua totalidade, mas opera sob o pressuposto racista da seleção e proteção do segmento branco em relação aos outros segmentos da população. Esta suposição se baseia na observação de que existem disparidades associadas ao modo de

operação dos processos sociais, tais como educação formal, seletividade do mercado de trabalho, pobreza e status familiar.

Isto ajuda a explicar porque o movimento negro de saúde priorizou a prevenção do HIV/Aids entre a população negra. Na ótica da militância, a luta política é uma manifestação do corpo negro como símbolo, enfatizando sua fragilidade à luz da expressão das desigualdades raciais, de classe e de gênero.

Em sua crítica de raça e gênero, o feminismo negro destaca as mulheres afro-americanas como um local de reprodução nacional. A crítica do movimento de mulheres negras é "encarnada" atribuindo à "mestiçagem" a violência sexual do homem branco colonizador contra as mulheres africanas e indígenas, enquanto que o movimento negro (com perfil de liderança masculina) propõe em seu cerne uma crítica da democracia racial como um "mito", desafiando posições raciais desiguais na sociedade brasileira. Uma crítica a esta opressão nas Américas com base em suas conexões diásporas. Como resultado, o corpo da mulher negra é o ponto focal de vários tipos de opressão e uma questão política difícil. Esta violência racial e de gênero parece ser a motivação para o surgimento de uma narrativa subalterna nas Américas, que critica o poder do ponto de vista do corpo que o experimenta e oferece aos indivíduos de ascendência africana um sentimento de pertença.

Desde os anos 1980, as feministas negras brasileiras têm destacado o fato de que as mulheres negras e brancas no Brasil têm experiências sociais distintas devido ao legado da escravidão em termos de supremacia racial e de gênero, bem como as iniquidades da sociedade pós-abolição. Previamente preocupações universais, tais como sexualidade, saúde reprodutiva e emprego remunerado, assumiram novo significado para as mulheres negras e brancas. As feministas negras começaram a desafiar noções básicas de opressão das mulheres que negligenciavam o nexo de racismo e sexismo quando reconheceram que havia diferenças significativas entre as mulheres brancas e negras (Caldwell, 2000).

Apesar dos avanços e conquistas importantes que a luta e a organização das mulheres negras trouxeram, ainda se tem grandes desafios pela frente. Dessa forma, são necessárias que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas

também as questões relativas à raça/etnia, com o propósito de garantir a equidade em saúde para a redução das desigualdades raciais e respeito à dignidade das mulheres negras.

> 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 (Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra, 2006, p.20).

A perspectiva interseccional, que combina as perspectivas racial e de gênero, nos permite visualizar uma ação política que leva à desconstrução dessas desigualdades, criando assim oportunidades para mudanças institucionais que promoverão a igualdade racial e de gênero e fortalecerão a democracia.

4.2 Pessoas Vivendo com HIV/Aids e as Políticas de Proteção Social

A necessidade de estabelecer um sistema de proteção social público surge ainda no século XIX, momento do auge da industrialização e onde se estabelecem as relações de trabalho assalariadas. Paralelo a esses acontecimentos, expande-se também a vulnerabilidade e insegurança social dos trabalhadores inseridos nas novas relações de trabalho, pois até esse momento a proteção social era garantida mediante as relações familiares, ou seja, partia do pressuposto da solidariedade familiar/comunitária, não havendo necessidade de outro tipo de intervenção, até porque as relações de trabalho também se davam no interior das famílias (Jaccoud, 2009).

Jaccoud (2009, p.63) expõe que “[...] a Constituição de 1988 alargou o arco dos direitos sociais e o campo da proteção social sob responsabilidade estatal, com impactos relevantes no que diz respeito ao desenho das políticas, à definição dos beneficiários e dos benefícios”.

A partir da Constituição Federal de 1988 o sistema de proteção social passou por inúmeras transformações, dentre as quais a autora em questão destaca: a instituição do Sistema de Seguridade Social articulado e integrado com as políticas de previdência social, saúde e assistência social; a

responsabilização do Estado quanto a oferecer serviços de saúde de forma universal, público e gratuito e o reconhecimento da assistência social enquanto política pública.

Sposati (2009) entende como uma mudança positiva na percepção sobre proteção, na qual há uma responsabilidade do Estado e uma mudança no entendimento da cobertura social, no âmbito individual, para uma concepção de direito e cidadania[10].

Sendo assim, a Seguridade Social corresponde a um sistema que tem como finalidade contribuir para que os membros de uma sociedade sejam protegidos de uma série de privações econômicas e sociais tais como: *enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, invalidez, velhice, morte, desemprego, pobreza ou vulnerabilidade e, essa proteção é concretizada mediante o estabelecimento de medidas públicas via política de seguridade social*.

A ampliação de direitos sociais está baseada em um sistema de proteção social, na qual o que impera não é o mérito individual e sim a noção de universalidade dos direitos, da dignidade da pessoa, valorizando as políticas sociais. A educação ou saúde, por exemplo, enquanto direito do/a cidadão/ã passam a ser serviços ofertados sob a responsabilidade estatal, deixam de serem serviços que apenas o mercado pode oferecer para entrar no patamar do direito. Nessa lógica, Estado passa a subsidiar tais serviços, e as políticas sociais se configuram como medidas de diminuição da condição mercadológica, pois a prestação dos serviços passa a ser considerada sob o prisma dos direitos sociais.

Nessa perspectiva, remetemos as políticas públicas[11] e a proteção social as Pessoas Vivendo com HIV - PVHIV, sobre a cobertura do cidadão a partir de direitos que protejam, diminuam ou previnam situações de vulnerabilidade, as quais são tão presentes para essa população, "[...] que podem alcançar de

[10] Pochmann (2008) explica que o Estado de Bem-Estar Social surge justamente como uma forma de renúncia das ideias do liberalismo clássico de Adam Smith, fato que contribuiu para que o Estado assumisse um novo papel e também a lógica era desmercantilizar a sociedade civil, restringindo dessa forma o papel do livre mercado. Nesse raciocínio o Estado deveria "[...] conceder proteção social a todos os cidadãos e garantir a edificação de uma sociedade menos desigual, enfrentando a estratificação imposta pelo mercado" (Pochmann, 2008, p.04).

[11] Entendemos as políticas públicas como sendo o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta [...] é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade (Teixeira, 1997, P. 43).

maneira indistinta em seu ciclo de vida, sua trajetória laboral e em situações de renda insuficiente [...]" (Yazbek, 2010, p. 16).

A existência dessas políticas de proteção social e políticas públicas as PVHIV é fruto de uma luta de movimentos sociais e da sociedade ao longo desses anos, que contribui para a saúde e o bem-estar. Tanto que, concomitantemente a isso, têm-se outros fatores de proteção, no que se refere às legislações, ao longo dos anos, que buscam proteger esses grupos vulneráveis, como a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids (Brasil, 1989)[12].

Essa política de proteção social não se limita ao acesso ao medicamento, à universalidade do Sistema Único de Saúde - SUS, mesmo porque não há garantia de sua efetivação devido à "existência das lacunas durante o curso das medidas e ações de proteção e recuperação atualmente ofertadas pelas políticas e ações da assistência e previdência social" (Couto, 2007, p. 119).

Precisamos robustecer que, no contexto do cotidiano brasileiro, a população dependente do SUS, em particular as pessoas vivendo com HIV/AIDS, enfrenta uma série de obstáculos ao buscar acesso aos seus direitos sociais e aos serviços que deveriam ser assegurados pelo Estado.

---

[12] I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
VI - Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha garantido a Seguridade Social como um direito fundamental, a aplicação dessa garantia tem se mostrado, na prática, limitada e seletiva. Especificamente no campo da Previdência Social, o sistema se tornou contributivo, conforme estabelecido no artigo 201 da Constituição, o que implica em dificuldades para vastos setores da população ao tentar acessar benefícios sociais.

Nos últimos anos, essa situação tem se deteriorado ainda mais, especialmente devido às políticas adotadas pelo Governo Bolsonaro. Mudanças significativas na legislação previdenciária têm complicado o processo de solicitação de benefícios, resultando em enormes desafios para aqueles que buscam garantir seus direitos previdenciários. O acesso a esses benefícios agora é predominantemente digital, realizado exclusivamente através do site do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) ou por meio de atendimentos telefônicos, que, na prática, se transformaram em intermináveis filas virtuais.

Os números refletem a extensão dessa crise: cerca de 2,2 milhões de solicitações aguardam análise pelo INSS, enquanto 1,4 milhão de pedidos estão em atraso, evidenciando a sobrecarga do sistema e a falta de recursos para atender à demanda crescente. Essa situação cria uma barreira significativa para aqueles que dependem dos benefícios previdenciários, colocando em risco o sustento de milhões de brasileiros que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

A situação revela uma restrição significativa para os usuários que buscam acessar uma variedade de benefícios e serviços, levando a relatos frequentes de exclusão, especialmente no âmbito do Programa Bolsa Família. No contexto do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), a espera pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) tem se estendido para cerca de seis meses ou até mais, gerando um impacto direto nas pessoas vivendo com AIDS. Esse cenário é particularmente difícil para aqueles em estágios avançados da doença, que dependem do BPC ou de outros benefícios previdenciários e assistenciais para garantir condições mínimas de dignidade e autocuidado em suas vidas diárias (Fernandes, 2020).

> A situação de empobrecimento e, por vezes, de miséria, em que vive o portador de HIV/AIDS atendido no serviço público de saúde, revela a dificuldade que esse segmento encontra para inserir-se no mercado

> de trabalho. Em sua maioria, são pessoas que não têm emprego pela sua condição de ser portador de HIV ou ter desenvolvido a AIDS (Santos, 2005, p. 38).

Tal condição pode inibir a continuidade do tratamento e o acompanhamento, já que, muitas vezes, são pessoas com dificuldade para suprir suas necessidades, o que faz com que recorram à previdência ou à assistência social. Não se pode ignorar a realidade frágil e de perdas dos mais variados tipos, em torno de direitos, emprego e saúde, das Pessoas Vivendo com HIV/Aids, em especial aquelas com menor renda. O acesso oportuno a benefícios como o BPC é fundamental para garantir uma qualidade mínima de vida, facilitando o acesso a cuidados médicos, medicação essencial e outras necessidades básicas.

O sistema de proteção social no Brasil, como destacado por Soares (2000, p. 63), reflete uma relação complexa entre proteção e desproteção. Esse cenário é agravado por diversas questões, tais como a falta de universalidade e a desigualdade na distribuição dos benefícios sociais. No contexto da população vivendo com HIV/AIDS, essas lacunas no sistema tornam-se ainda mais evidentes.

Para começar, é crucial observar que a proteção social deve garantir não apenas o acesso aos benefícios, mas também uma rede de apoio eficaz para aqueles que enfrentam condições de saúde específicas, como as pessoas vivendo com HIV/AIDS. No entanto, os relatos e dados atuais indicam que o sistema de proteção social brasileiro está longe de ser suficiente nesse aspecto.

Sendo assim, outro ponto que deve ser levando em consideração no surgimento da epidemia é a relação estigmatizada entre homossexuais; a formulação de políticas públicas que possa dirimir as questões preconceituosas relacionadas ao gênero é de total relevância, pois foi a partir de um tipo de câncer que é o *Sarcoma de Kaposi*[13], a Aids então ficou apelidada preconceituosamente de “câncer gay” ou “peste gay”.

O usuário diagnosticado com sorologia positiva para HIV, diagnóstico este que ocorre muitas vezes no momento de adoecimento, encontra-se

[13] O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia angioproliferativa maligna que na maioria das vezes se restringe à pele e ao tecido subcutâneo; porém, pode aparecer de forma mais agressiva, atingindo a cavidade oral, o trato gastrointestinal e os pulmões (sarcoma de Kaposi visceral) (Kalil; et al, 2010, P.1).

fragilizado/a por incertezas e receios quanto a sua vida. O preconceito associado à falta de informação criada por uma imagem imprecisa das Pessoas que Vivem com HIV/Aids traz efeitos, que segundo Santos (2007, P. 10), “[...] são devastadores, especialmente no círculo de suas relações sociais, pois enfrenta todo tipo de desprezo e de isolamento social, o que gera um problema social extremamente grave para os doentes de Aids no mundo inteiro, inclusive no Brasil [...]”.

Questões como mitos e estigmas que ainda envolvem a sociedade, seja pela falta de acesso a informações da doença, seja pela não compreensão ou até aceitação da mesma ocasiona inúmeras questões, que geram desprezo e até mesmo o isolamento social ou como afirma Daniel (2018), uma morte em vida.

Outro dilema encontrado pelas Pessoas que Vivem com HIV/Aids é a revelação de diagnóstico, seja para seus familiares, amigos/as e/ou comunidade. A revelação de diagnóstico é algo voluntário, que pode refletir no bem-estar da pessoa. Diante da desinformação da doença e do preconceito enraizado socialmente devido à associação errônea da doença a comportamentos tidos como promíscuos, a revelação do diagnóstico pode significar a fragilização de vínculos familiares e/ou comunitários e até mesmo o rompimento destes, sendo um grande risco de rejeição ao convívio familiar e/ou comunitário e pode acarretar ainda a demora no início do tratamento, o que faz com que aumente a incidência de infecções oportunistas, e consequentemente, aumente o número e o período de internações hospitalares.

A falta de proteção social tem repercussões diretas na vida das PVHIV, afetando até mesmo a continuidade de seus tratamentos, mesmo para aqueles que têm empregos formais, muitas vezes inseridos de maneira precária no mercado de trabalho. Conforme apontado por Soares (2000), as políticas existentes, especialmente os benefícios previdenciários e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), deixam de incluir uma parte significativa dos pacientes com HIV/AIDS. Aqueles que conseguem acessar esses benefícios muitas vezes são atendidos de forma fragmentada e parcial. Essa segmentação e falta de cobertura adequada demonstram a necessidade urgente de reformas nas políticas públicas para garantir uma proteção social

mais abrangente e eficaz para os indivíduos afetados pela HIV/AIDS. Na próxima seção, iremos explorar em detalhes as lacunas e desafios específicos enfrentados e destrincharemos o processo do perfil epidemiológico na cena brasileira demonstrando a efetivação, mudança e realidade da compreensão crítica acerca da alteração no perfil social da infecção pelo HIV.

4.3 A trajetória da ascensão das mulheres no perfil epidemiológico do HIV/AIDS, no contexto das políticas públicas e proteção social

Registrando os 40 anos desde o início do surgimento do HIV/Aids no Brasil, o perfil da doença foi se modificando ao longo dos anos e atualmente, a epidemia ultrapassa o campo biológico e se destaca por afetar indivíduos/as que se encontram vulnerabilizados/as nos diversos aspectos sociais, econômicos e culturais. Hoje a doença apresenta características como: *feminização, juvenização, interiorização, envelhecimento e pauperização* (Santos, 2005).

De acordo com Boletim Epidemiológico de HIV/Aids mais recente no país, o de 2020, consta que de 2007 até junho de 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan **342.459** casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 152.029 (44,4%) na região Sudeste, 68.385 (20,0%) na região Sul, 65.106 (19,0%) na região Nordeste, 30.943 (9,0%) na região Norte e 25.966 (7,6%) na região Centro-Oeste (Ministério da saúde, 2020).

No Estado de Alagoas, desde o início da epidemia de Aids em 1980 até o ano de 2020, foram notificados no SINAN 8.400 casos de HIV e Aids (Ministério Da Saúde, 2020).

Quando vamos analisar as variáveis estatísticas divulgadas no Boletim supracitado, em relação ao sexo e orientação sexual, vemos que Homossexuais do sexo masculino correspondem 43,5% (entre 2007 – 2020); Bissexuais do sexo masculino correspondem 8,1% (entre 2007 – 2020); Heterossexual do sexo masculino correspondem 31,3% (entre 2007 – 2020), totalizando 82,9% da taxa de infecção pelo HIV notificados no Sinan. Já, as mulheres heterossexuais, correspondem 86,6% dos casos notificados entre os anos de 2007 e 2020 (Ministério Da Saúde, 2020).

Atualmente, o perfil epidemiológico apresenta um processo de feminização da epidemia, e como, tratado anteriormente, é patente o contexto de vulnerabilização das mulheres para o HIV/AIDS.

Como ratifica, Naila; et al (2009, p. 11):

> [...] a vulnerabilidade feminina ao HIV necessariamente remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e o imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero - que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do atual perfil da epidemia.

A alteração no perfil remete a alguns determinantes que contribuíram progressivamente a sua vulnerabilização. Os mesmos podem ser chamados de determinantes sociais, culturais e históricos que incidem no processo saúde/doença, onde aquela pessoa não é vista apenas como um corpo doente, envolvendo também outros fatores. Pode-se destacar: a condição socioeconômica, a dificuldade de acesso aos bens e serviços de saúde; o não uso de preservativos; a baixa escolaridade; as relações de gênero e étnico-raciais, o contexto de violência doméstica e o preconceito, fruto da terminologia "grupo de risco" que estigmatiza essas mulheres colocando-as em uma situação de exclusão.

Vale ressaltar que as relações de gênero definem o processo de tomada de decisão sobre o sexo seguro das mulheres para com os homens. Dessa forma, estas tornam-se mais propensas ao risco do HIV/Aids. Aspectos culturais de uma sociedade machista e patriarcal submetem às mulheres a vontade do homem sobre a sua sexualidade e métodos contraceptivos, o que aumenta consideravelmente a vulnerabilidade ao risco da epidemia.

No Brasil, a epidemia de HIV/Aids é mesclada por várias outras epidemias que se inter-relacionam as distintas realidades regionais, com perfis socioeconômicos, grau de escolaridade, gênero, sexo e os investimentos nas áreas de saúde; caracterizando assim na construção desse perfil epidemiológico uma infecção viral tendenciada a uma "interiorização, feminização, pauperização e, nos últimos anos, juvenização e nova ascensão na população masculina, perceptíveis no aumento dos índices de infecção entre homens gays e bissexuais mais jovens" (Campany; Amaral; Santos, 2021, p. 376).

A considerar esse contexto, a apresentação dos itens a seguir vão tracejar historicamente a transição do perfil epidemiológico no Brasil, segundo os dados dispostos no SINAN entre os anos 2007 – 2021, sempre ressaltando a importância de se pensar o momento analisado para além da questão do vírus.

4.3.1 – Perfil Epidemiológico HIV – Governo Lula (2007 – 2010)

O quadro da HIV/Aids no Brasil confirma uma epidemia que tem sofrido modificações no seu desenvolvimento e distribuição geográfica. Como mostra o a **Tabela 1,** registrando os anos de 2007 – 2010, temos em consolidação 37.025 casos notificados de HIV no SINAN, desmembrando para a região nordeste, constitui-se 3.143 casos.

Tabela 1 - Casos de HIV notificados no Sinan, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 - 2010.

UF DA RESIDÊNCIA	2007 – 2009	2010
BRASIL	**25925**	**11100**
NORDESTE	**2055**	**1088**
Alagoas	80	47
Bahia	665	329
Ceará	467	207
Maranhão	199	108
Paraíba	89	61
Pernambuco	378	245
Piauí	43	27
Rio Grande do Norte	107	49
Sergipe	27	15

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Em relação à distribuição geográfica por HIV no Brasil, verifica-se um maior número de notificação no Estado da Bahia (994 casos notificados), porém, pela média anual, constata-se que a tendência da Região Nordeste segue a realidade brasileira em aumento dos casos.

De acordo com os dados sociodemográficos analisados na **Tabela 2**, nota-se o predomínio da doença no sexo masculino nos anos dispostos (2007 – 2010), porém, o indicativo de aumento de casos por sexo na ordem do feminino tem crescido cada vez mais em números brutos, ficando disposto que em 2007, **7.872** casos são registrados, sendo em porcentagem, 58,30% do sexo masculino e 41,70% do sexo feminino. Em 2008, **8.617** casos foram

notificados, na razão do sexo, ficando distribuído 58,85% do sexo masculino infectados pelo HIV, enquanto, 41,15% atenta-se ao sexo feminino. No ano de 2009 temos **9.430** novos casos notificados, onde 60,89% correspondem ao sexo masculino e 39,11% ao sexo feminino. Por fim, no ano de **2010**, 62,71% é o número registrado para o sexo masculino e 37,29% para o sexo feminino.

Tabela 2 – Número de casos de HIV notificados no Sinan, por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2010.

ANO DO DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMININO
2007	4590	3282
2008	5071	3546
2009	5742	3688
2010	6961	4138

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Tabela 3 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan, segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2010.

ANO DO DIAGNÓSTICO	**BRANCA**		**PRETA**		**AMARELA**		**PARDA**		**INDÍGENA**	
Masculino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
2007	1370	51,6	434	9,5	30	0,7	1241	27,0	12	0,3
2008	2642	52,1	467	9,2	33	0,7	1371	27,0	15	0,3
2009	2932	51,1	534	9,3	32	0,6	1691	29,4	16	0,3
2010	3550	51,0	590	8,5	36	0,5	2107	30,3	17	0,2
Feminino	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2007	1540	46,9	416	12,7	16	0,5	981	29,9	8	0,2
2008	1652	46,6	411	11,6	13	0,4	1071	30,2	13	0,4
2009	1685	45,7	459	12,4	23	0,6	1192	32,3	10	0,3
2010	1829	44,2	493	11,9	23	0,6	1433	34,6	15	0,4

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Na **Tabela 3**, quando vemos a questão da raça/cor por sexo é notória a feminização da doença no quesito raça/cor nos itens Preta e Parda. Chequer (2005), afirma que o perfil socioeconômico da doença “continua seu processo de crescimento entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, expresso pelo aumento persistente da proporção de casos com raça/cor ‘preta/parda’ e redução da ‘branca’” (p. 5). O alvo dessa citação é que o crescente número entre as mulheres pretas e pardas caracterizam os índices de mais vulneráveis.

Sabendo que a formação social brasileira é composta em sua maioria por homens e mulheres pretos/as e pardos/as, como consta os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2019, **42,7%** dos brasileiros se declararam como brancos, **46,8%** como pardos, **9,4%** como pretos e **1,1%** como amarelos ou indígenas e que 13,5 milhões de brasileiros vivem em extrema pobreza, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo 10,1 milhões de cor preta ou parda, como é divulgado os dados da pesquisa "Desigualdades Sociais por Cor ou Raça Brasil" (VILLAS BÔAS, 2019), mostra também que esse dado do SINAN é um forte indicativo de classe social, porém, a análise do mesmo só seria possível se houvesse outros indicadores mais precisos da realidade socioeconômica das pessoas registradas em notificação.

Correlacionando o eixo das **Tabelas 3** e **4**, faz-se necessário uma ressalva, ao afirmarmos que a mulher negra teve papel crucial na história brasileira, pois enquanto escravizada tornou-se uma peça de engrenagem na vida social, familiar, cultural e econômica do Brasil, salienta-se que até selecionadas, inclusive, para serem abusadas sexualmente e reprodutoras de força de trabalho.

Tabela 4 - Casos de HIV notificados no Sinan (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2010.

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	2007 - 2008		2009		2010	
Masculino	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Homossexual	2703	29,0	1944	35,1	2507	37,3
Bissexual	904	9,7	477	8,6	557	8,3
Heterossexual	3473	37,2	1953	35,2	2303	34,3
Feminino						
Heterossexual	5626	86,1	3051	86,2	3424	86,4

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Precisamos retomar a informação de que no ano de 1985 foram criadas as primeiras diretrizes para o programa federal de controle de Aids no Brasil, com a portaria 236/85 do Ministério da Saúde. A mesma define em seu anexo (Informações sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas medidas de controle), o conceito de "grupo em risco" da seguinte forma: "São

considerados grupos em risco para a doença, homossexuais e bissexuais masculinos; usuários de drogas injetáveis; hemofílicos ou politransfundidos", como já mencionado (Brasil, 1985).

O contexto inicial de associar a vulnerabilidade ao HIV ao dito "grupo em risco", contribuiu consideravelmente para o preconceito e estigma vivenciado pelos infectados ao HIV. Hoje, percebe-se uma mudança da face da epidemia, onde cresce o número de mulheres infectadas no País. Dessa forma, fica evidente que a terminologia "grupo em risco" ou "grupo de risco" é um equívoco e reduz a epidemia na busca por um culpado e não de sua prevenção e controle.

Sobre a terminologia, temos a seguinte reflexão:

> Os grupos de risco foram eleitos, na década de 1980, a partir das ideias promulgadas pelos programas de saúde pública e pela mídia, como os responsáveis pela AIDS. Essa lógica centrada no comportamento individual retardou o seu enfrentamento pelas autoridades de saúde — afinal, era uma doença do outro (a puta, o drogado, o veado) (Parker, 1994; Galvão, 2000). Também contribuiu para torná-la um símbolo do mal; para associar, muitas vezes, as pessoas HIV+ a pecado e promiscuidade; e para estabelecer a relação entre corpo, práticas sexuais e prazer como algo perigoso e que colocaria em risco a saúde — o que, por sua vez, contribuiu para efetivar o disciplinamento dos prazeres, o controle e a regulação sobre o corpo (Galvão, 2000).

Prova da exposição feminina ao crescente número de registros junto ao SINAN, é a composição ascendente registrada nos anos de 2007 – 2010 de mulheres infectadas – 86,1%; 86,2% e 86,4% respectivamente.

Compreender o crescente número da infecção por HIV nas mulheres não é trabalho simples, visto que a doença transporta uma marca vergonhosa na sociedade, pois é intensamente associada a condutas declinadas na ordem moral. Ser mulher em uma sociedade machista e patriarcal torna muito mais difícil o processo de prevenção as infecções de modo geral, porque há uma ideia de controle na questão sexual o que vai de encontro com o processo de reprodução e relação dos gêneros (ao homem a dominação e a mulher a subordinação).

Esse processo está intimamente ligado ao que Amaral (2005) discute ao mostrar que a partir dos séculos XVIII e XIX, com a compreensão da distinção anatômica entre corpo feminino e corpo masculino, operou-se uma divisão pela qual as mulheres passaram a ser consideradas como parte da natureza e os

homens como parte da cultura. Tal divisão se deu por meio das associações simbólicas entre o corpo feminino e o ato de procriar, conceber e amamentar. Ao mesmo tempo, o corpo masculino era associado ao mundo em transformação, à racionalidade, ao desenvolvimento.

Se observarmos melhor a **Tabela 4**, veremos que no quesito categoria de exposição, a orientação sexual descrita para sexo feminino é o heterossexual nos fazendo reforçar a ideia de que o conjunto de representações, valores, costumes, normas e símbolos que representa o masculino e o feminino é fruto da formação da sociedade e da cultura, profundamente marcadas pelo sistema patriarcal, pelo machismo, pela escravidão e heterossexualização. O patriarca, autoridade inquestionável na família patriarcal, influenciou a construção do estereótipo de homem. Já a esposa e mãe de família, cuja vida era devotada ao lar, tornou-se o modelo de feminino legitimado socialmente.

Heilborn (1992) afirma que o processo civilizatório desenvolvido está na base cultural do chamado machismo latino, que exalta a ideia do prestígio e do poder do homem e o controle da moral e da sexualidade da mulher. Estruturalmente, o núcleo da identidade masculina, fundamentado na noção de honra, é ameaçado pela conduta moral do sexo feminino.

Vale ressaltar que ainda no ano de 2007, o Ministério da Saúde atualizou o "*Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST*[14]*"* na qual demonstra a vulnerabilidade do gênero feminino a infecção do HIV/Aids, propondo assim ações estratégicas para combater e diminuir os casos em mulheres.

Percebe-se, também, que a questão da identidade de gênero[15] gera informações de dados subnotificado disposto no SINAN, fazendo com que a dicotomia masculino/feminino seja determinada pelo modelo binário de gênero, que admite apenas duas formas de se relacionar identidade de gênero, sexo

[14] O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e Outras DST, lançado em 2007, é uma proposta de ação intersetorial visando a reduzir o impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST entre as mulheres no Brasil, pautada pelo conceito de vulnerabilidade – articulação entre fatores individuais, estruturais e institucionais na determinação da suscetibilidade a um agravo específico (BRASIL, 2010).

[15] Identidade de gênero é percepção de quem somos, é o sentimento de identificação. Pode-se dizer que a "identidade de gênero como estando referida à experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento" (PRINCIPIOS DE YOGYACARTA, 2007, p., 09).

biológico e sexualidade, reforçando as ideologias do patriarcado e da heteronormatividade, tão presentes na nossa sociedade.

Tabela 5 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan segundo escolaridade por ano do diagnóstico. Brasil, 2007 - 2010.

ESCOLARIDADE	2007 – 2009		2010	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	258	1,0	131	1,2
1ª à 4ª série incompleta	1628	6,3	669	6,0
4ª série completa	1395	5,4	508	4,6
5ª à 8ª série incompleta	4032	15,6	1577	14,2
Fundamental completo	551	9,8	922	8,3
Médio incompleto	1777	6,9	722	6,5
Médio completo	4455	17,2	2114	19,0
Superior incompleto	979	3,8	481	4,3
Superior completo	1886	7,3	1008	9,1

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Em observância a **Tabela 5**, os maiores percentuais de casos de HIV registrados no SINAN correspondem aos anos incompletos do nível fundamental (14,2%) e ao ensino médio completo (19,0%), isso nos traz a reflexão de que o quesito escolaridade dentro das informações do sistema pode inferir alguma direção a condição socioeconômica das pessoas infectadas.

Os dados tabelados vão demonstrando efetivamente um processo de pauperização das pessoas infectadas, já que a soma proporcional dos anos iniciais do processo escolar (fundamental incompleto e completo) entre os anos 2007 - 2010 chega à porcentagem de 35,1%, assim como, o ensino médio (completo e incompleto) representam 24,8%.

É importante ressaltar que o olhar sobre a subnotificação da condição socioeconômica impacta diretamente nas observações que podem ser analisadas mediante a vulnerabilidade social em se infectar com o HIV associando a uma série de fatores que podem ampliar ou diminuir as situações de risco. Assim, mais uma vez destacamos: a falta de acesso a informações e baixo nível de escolaridade traduzidos na dificuldade em se adotar práticas sob

a influência das opressões de gênero e raça no contexto de exploração econômica. Parte-se do pressuposto de que todas as pessoas são vulneráveis a infecção pelo HIV, estando o aumento ou diminuição dos riscos diretamente relacionados aos aspectos socioculturais e econômicos. Com base na mudança de seu perfil ao longo do tempo analisado, e acreditando que seu trato não se restringe apenas a uma intervenção médica e medicamentosa, o desenvolvimento de práticas educativas em saúde promotoras de um cuidado integral torna-se importante, uma vez que as decisões sobre o comportamento sexual não podem ser isoladas das influências sociais, econômicas e culturais mais amplas que norteiam a vida dos/as indivíduos/as.

Em linhas gerais temos o aumento registrado no Brasil de notificação por HIV soma-se 37.025 novos casos entre os anos 2007 – 2010, que apesar da predominância do sexo masculino (22.364 casos) há um aumento anual entre o sexo feminino registrando 14.654 casos. Corrobora-se para um perfil epidemiológico de raça/sexo, onde é exponencialmente proporcional os casos entre as mulheres negras/pardas (2007 – 42,6%; 2008 – 41,8%; 2009 – 44,7% e 2010 – 46,5%), enquanto as mulheres brancas tem redução em seu quantitativo (2007 – 46,9%; 2008 – 46,6%; 2009 – 45,7% e 2010 – 44,2%). Na categoria exposição, as mulheres heterossexuais estão sendo expostas ao HIV notificando em 2007-2008 – 86,1%; 2009 – 86,2% e 2010 – 86,4%.

Diante deste cenário, amparado pelo Governo Lula (2003 – 2010), encontramos em Fonseca (2005), uma análise sobre a gestão do governo federal em resposta ao HIV/Aids no processo de constituição de políticas públicas e proteção social. Para a autora, o processo de desenvolvimento tecnológico e científico associado as questões de saúde e participação da sociedade, ampliou a identificação do diagnóstico e o acesso ao serviço público de saúde abrangendo assim a atenção especializada às IST's dentro do SUS.

Na organização histórica do HIV/AIDS no âmbito da política de saúde podemos elencar tais fatos:

2003	Projeto AIDS III – Banco Mundial e Gov ernos brasileiro.	Objetivos eram o aprimoramento dos processos de gestão; o desenvolvimento tecnológico e científico; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/AIDS.

2004	O programa de AIDS também foi o primeiro órgão público a instituir o Dia Nacional da Visibilidade Travesti.	
2004	Política Nacional de Assistência Social.	
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.	
2005	O Ministério da Saúde adotou o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais de segunda linha, efetuando desta forma a quebra de patentes.	Devido à falta de acordo com laboratórios fabricantes decorrente ao alto custo do medicamento.
2007	Decreto nº 6.108, de 2007, foi assinado em maio pelo Presidente Lula.	"entre o nosso comércio e a nossa saúde, vamos cuidar da nossa saúde" (CONECTAS DIREITOS HUMANOS, 2007).
2008	Primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil (a partir do látex de seringal nativo).	
2009	Ministério da Saúde bateu recorde de distribuição de preservativos.	
2010	Portaria Nº 1.246, de 28 de maio de 2010.	**Ministério do Trabalho e Emprego** Proibido a testagem de HIV para admissão, demissão, mudança de cargo ou qualquer tipo de procedimento relacionado ao emprego, exceto em casos de campanhas de incentivo a prevenção da saúde e que não tenha ligação empregatícia, sendo que deve ser realizada de forma voluntaria e sigilosa (BRASIL, 2010).

Fonte: Autor, 2023.

Precisamente, Ricardo Ismael (2014) lembra que nos anos de governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva houve uma ampliação na atuação do governo na esfera de implementação de políticas públicas, um exemplo disso é o Programa Bolsa Família, tido como um dos maiores programas sociais.

> Tudo indica, portanto, que predominou na década passada um ambiente federativo marcado pelo maior protagonismo do governo federal. [...] Existiu, por parte da União, um ímpeto permanente de ocupar espaço na produção de políticas sociais e na formação da agenda pública (Ismael, 2014, p. 31-2).

Nesse sentido, delineia-se novas configurações na Política de Assistência Social que, em um contexto de avanços e retrocessos decorrentes das correlações de forças, passa a ser encarada como à política de proteção social.

4.3.2 – Perfil Epidemiológico HIV – Governo Dilma Rousseff (2011 – 2016)

Neste subitem apresentaremos reflexões sobre o conjunto de alterações ocorridas no perfil epidemiológico a partir do governo Dilma Rousseff. O ponto de partida de nossas análises é o processo de mudanças e adoção de medidas dentro da Política Pública de HIV no contexto governo em referência, no qual já sendo culminado com as questões do governo anterior, sendo assim é um marco histórico falar que o Ministério do Trabalho e Emprego cria uma portaria, a Nº1.246/2010, que estabelece a proibição da testagem de HIV nos processos de admissão, demissão, alteração/mudança de cargo ou a qualquer outro processo relacionado a vínculo empregatício, salvo engano, quando se tratar de campanhas de saúde na qual há voluntariado e sigilo nas informações (Brasil, 2010).

Em 2013, o protocolo de antirretroviral sofreu mudança explicitada pelo Ministério da Saúde. O Governo Federal passou a investir no início do tratamento antirretroviral a todas as Pessoas Vivendo com HIV, independente da carga viral, já indicando preocupação com o acesso, monitoramento, qualidade e prevenção de uma caída do sistema imunológico. Outro ponto muito expressivo, é o desenvolvimento do PrEP, Profilaxia Pré-Exposição para aquelas pessoas com sorologia negativa para o HIV, que fazem uso cotidianamente da medicação com o objetivo de dirimir as chances de infeção pelo HIV, a exemplo, gays, usuários/as de drogas, travestis, transexuais e profissionais do sexo (2013).

Em 2014, com as mudanças no uso de medicação para HIV em crianças e adolescentes postas pelo Ministério da Saúde, vimos um avanço na duração do uso medicamentoso para as gestantes que realizaram o pré-natal e que

vivem com HIV. No mesmo ano, a ciência alavanca os estudos e os resultados de uma vacina contra o HIV.

> Pesquisa de vacina contra HIV realizada pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), em parceria com o Instituto Butantã, apresentou, no começo de fevereiro, resultados positivos em testes realizados com macacos-rhesus. Testada em quatro macacos, a vacina apresentou de 5 a 10 vezes mais reação do que nos testes feitos em camundongos anteriormente (Calabria, Sofia. Jornal do Campus, 2014).

Outro ponto no processo histórico de políticas no Governo em questão é a Lei Nº 12. 984/2014, que em sumário delibera o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids.

Parte-se, portanto, para uma linha epidemiológica no âmbito geográfico, a **Tabela 6**, registra entre os anos de 2011 – 2016 uma exponencial crescente no aumento dos casos de HIV no Brasil e em todo o Nordeste brasileiro, chegando a efetivar 162.413 casos no Brasil, no Nordeste, 22.570 casos segundo o SINAN.

Tabela 6 - Casos de HIV notificados no Sinan, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2016.

UF DA RESIDÊNCIA	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BRASIL	**13293**	**15099**	**21077**	**31629**	**39381**	**41934**
NORDESTE	**1526**	**1749**	**2683**	**5318**	**7767**	**8522**
Alagoas	53	84	138	370	494	628
Bahia	462	537	851	1359	1691	2040
Ceará	310	394	621	922	1333	1414
Maranhão	119	119	209	580	919	942
Paraíba	76	81	111	199	308	209
Pernambuco	330	374	514	1276	2101	2173
Piauí	57	50	79	127	231	329
Rio G. do Norte	88	87	128	274	343	451
Sergipe	31	23	32	211	347	336

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

De acordo com os dados sociodemográficos analisados na **Tabela 7**, na qual incide sobre a razão do sexo entre os anos de 2011 – 2016, verifica-se o crescimento gradual em ambos os sexos (masculino e feminino) em números brutos, porém, as porcentagens evidenciam uma redução confrontando os ambos os sexos. Em 2011, registramos **13.289** casos, sendo 8.371 no sexo

masculino e 4.558 no sexo feminino e a proporcionalidade é 65,70% novos casos no sexo masculino e 34,30% novos casos no sexo feminino.

Em 2012, temos **15.096** novos casos notificados, um crescimento de 1.807 casos comparados ao ano anterior. Na razão dos sexos, ficam distribuídos 65,38% para o sexo masculino e 34,62% para o sexo feminino.

Em 2013, registramos **21.107** casos de HIV, uma diferença de 6.011 casos ao ano anterior notificado. Em porcentagem, 66,03% corresponde ao sexo masculino e 33,97% ao sexo feminino.

Em 2014, tínhamos notificados **31.620** casos, mostrando um registro de 10.513 em comparação ao ano anterior. Sendo 31,74% do sexo feminino e 68,25 do sexo masculino. Acredita-se que pelos incentivos do governo federal nas questões de tentativa de igualdade e inclusão associados as políticas públicas e sociais as Pessoas Vivendo com HIV, a redução do número expressivo do sexo feminino começou a se fazer presente. Mas será?

Em 2015, **39.375** novos casos ficaram dispostos no SINAN, 7.755 casos a mais, porém, uma redução no comparativo da diferença do ano anterior. Ficando 69,88% ao sexo masculino e 30,12% no sexo feminino.

Em 2016, **41.927** notificações foram registradas, uma diferença de 2.552 casos. 70,97% registram o sexo masculino e 29,03% o sexo feminino.

Em reportagem ao site AUN – Agência Universitária de Notícias da Universidade de São Paulo (2019) , o Professor Anor Vega, afirma que esse cenário é reflexo de diversas questões de ordem política, cultural e social, acreditando que a discrepância de gênero incide porque as mulheres ainda buscam mais serviços de saúde do que os homens em um âmbito geral, assim como, os cuidados mais enfáticos a saúde feminina.

Tabela 7 – Número de casos de HIV notificados no Sinan, por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2016.

ANO DO DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMININO
2011	8731	4558
2012	9870	5226
2013	13937	7134
2014	21583	10037
2015	27515	11860
2016	29756	12171

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Tabela 8 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan, segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2016.

ANO DO DIAGNÓSTICO	BRANCA		PRETA		AMARELA		PARDA		INDÍGENA	
Masculino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
2011	4284	49,1	730	8,4	36	0,4	2823	32,3	24	0,3
2012	4887	49,5	859	8,7	47	0,5	3207	32,5	30	0,3
2013	6775	48,6	1194	8,6	80	0,6	4555	32,7	29	0,2
2014	9738	45,1	1970	9,1	125	0,6	7833	36,3	59	0,3
2015	11655	42,4	2520	9,2	188	0,7	10643	38,7	91	0,3
2016	11931	40,1	2899	9,7	178	0,6	12028	40,4	110	0,4
Feminino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
2011	2008	44,1	523	11,5	19	0,4	1590	34,9	14	0,3
2012	2101	40,2	681	13,0	26	0,5	1967	37,6	10	0,2
2013	2938	41,2	892	12,5	34	0,5	2545	35,7	22	0,3
2014	3691	36,8	1259	12,5	52	0,5	4118	41,0	30	0,3
2015	4232	35,7	1510	12,7	80	0,7	5035	42,5	40	0,3
2016	4217	34,6	1577	13,0	64	0,5	5227	42,9	40	0,3

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Continuamos os registros de casos de HIV segundo raça/cor e sexo e, mesmo com o passar dos anos, fica expressamente claro o perfil racializado da infecção. A raça/cor Preta e Parda abarcam os maiores números e porcentagens de identificação quando somadas e vistas através do sexo feminino.

Nos remetendo a esse processo, reafirmamos a expectativa do governo anterior, evidenciando o que Martins (2006) acrescenta: “A despeito dos diferentes referenciais, os dados evidenciam que as mulheres negras vivem em piores condições de vida e saúde”. Encontramos também em Lopes (2005) que coaduna dessa afirmativa quando revela que “A pobreza no Brasil tem raça/cor, sexo e etnia”. Apesar da utilização ainda incipiente da variável raça/cor nos estudos, Araújo (2009) afirma: “Deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais” (Araújo, 2009).

Ousamos dizer que as políticas públicas brasileiras, dentre as quais, está incluída a Política de Saúde, não estão alcançando a população negra/parda da mesma forma que alcança a população branca, incidindo diretamente no princípio da universalidade o que já evidencia que não é suficiente para o acesso universal.

Esse seria apenas um indicador de saúde, se não estivesse atrelado a um determinado lócus social que agrega às questões de saúde, outras determinações como o viver, alimentar-se, locomover-se, cuidar-se e reconhecer-se em situação de desvantagem, quando comparado ao grupo dominante, que tem origem na matriz branca, europeia, cristã e heterossexual.

Se compararmos os índices de desenvolvimento social dos dois grupos centrais na formação do Brasil (negros e brancos) pode-se verificar que a forma como cada um é tratado impede a efetivação da universalidade e da equidade no acesso à saúde pública.

Os casos de HIV crescem proporcionalmente entre a população brasileira assim como as pessoas autodeclaras pretas/pardas também entre os anos de 2012 – 2016. Segundo a Agência IBGE notícias,

> Entre 2012 e 2016, enquanto a população brasileira cresceu 3,4%, chegando a 205,5 milhões, o número dos que se declaravam brancos teve uma redução de 1,8%, totalizando 90,9 milhões. Já o número de pardos autodeclarados cresceu 6,6% e o de pretos, 14,9%, chegando a 95,9 milhões e 16,8 milhões, respectivamente. É o que mostram os dados sobre moradores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016, divulgados hoje pelo IBGE (Agência Ibge Notícias - Estatísticas Sociais, 2017).

Tabela 9 - Casos de HIV notificados no Sinan (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2019-2021.

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
Masculino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**N°**	**%**	**N°**	**%**	**N°**	**%**
Homossexual	3368	39,2	4046	41,7	5765	42,0	8970	42,1	11777	43,3	13052	44,3
Bissexual	690	8,0	745	7,7	1068	7,8	1726	8,1	2076	7,6	2344	8,0
Heterossexual	2877	33,5	3114	32,1	4366	31,8	6828	32,1	8350	30,7	9049	30,7
Feminino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Heterossexual	3795	85,5	4446	87,0	6150	88,2	8439	85,8	9987	85,8	10209	85,2

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Depararmos com estes números é sinônimo de uma notificação rasa em referência à sexualidade humana, orientação de gênero e sexual, enquanto ao sexo masculino a exposição dos números destrincha a homossexualidade,

bissexualidade e heterossexualidade, no sexo feminino encontramos apenas a heterossexualidade.

O tema sexualidade é permeado por dúvidas, incertezas, tabus, preconceitos e medos e sua abordagem é constantemente realizada pelas mídias tradicionais e internet. No caso da televisão, periodicamente são exibidos programas, entrevistas e documentários sobre o tema, mas a questão é muito polêmica, já que ao mesmo tempo em que essa mídia fornece informações acerca de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, abuso sexual entre outros, na grade de programações como, por exemplo, nas novelas existe a deturpação dessas informações e a tendência à padronização de comportamentos, orientação de gênero e sexual a estereotipar alguns indivíduos.

> Sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do isso, é a energia que motiva a encontrar o amor, o contato e a intimidade e se expressa na forma de sentir, na forma de as pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto a saúde física como a mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico (Egypto, 2003, p. 15-16).

A heterossexualidade feminina demonstra efetivamente a ascensão da presença das mulheres no contexto do HIV no Brasil ficando em média 86,25% no somatório dos anos analisados. Tendência decorrente do ano anterior.

Segundo Pearl (1990), as mulheres gestam um maior medo em sugerir o uso de preservativos aos seus companheiros do que mesmo a infecção pelo HIV. Possuem medo de serem mal interpretadas no condicionante a fidelidade do companheiro e até mesmo de serem vistas como aquelas que sabem muito sobre sexo.

Tabela 10 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan segundo escolaridade por ano do diagnóstico. Brasil, 2019-2021.

ESCOLARIDADE	20112		2012		2013		2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	174	1,3	159	1,1	224	1,1	414	1,3	490	1,2	541	1,3
1ª à 4ª série incompleta	743	5,6	734	4,9	1030	4,9	1734	5,5	1965	5,0	2104	5,0
4ª série completa	542	4,1	600	4,0	779	3,7	1180	3,7	1404	3,6	1339	3,2
5ª à 8ª série incompleta	1748	13,1	2060	13,6	2728	12,9	3886	12,3	4751	12,1	4729	11,3

Fundamental completo	1082	8,1	1224	8,1	1787	8,5	2396	7,6	2967	7,5	3046	7,3
Médio incompleto	889	6,7	1096	7,3	1495	7,1	2254	7,1	2949	7,5	3293	7,9
Médio completo	2557	19,2	3054	20,2	4182	19,8	6383	20,2	8075	20,5	8900	21,2
Superior incompleto	716	5,4	908	6,0	1239	5,9	2071	6,5	2619	6,7	2856	6,8
Superior completo	1242	9,3	1506	10,0	2118	10,0	3040	9,6	3743	9,5	4009	9,6

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Se associarmos as **Tabelas 9** e **10** e fizermos uma associação aos estudos de Moreira (2002), percebemos que o crescimento entre as variáveis sexo/orientação sexual e classe social (na qual o SINAN não disponibiliza e inferimos da subnotificação através da escolaridade), percebemos que há uma proporcionalidade entre os casos de mulheres heterossexuais e população pobre entre os limites de informação e educação, prova disso, são os registros entre 2011 – 2016 que incidem na escolaridade com o ensino médio completo.

A pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012 mostrou que 89,1% dos escolares disseram ter recebido informações sobre infecções sexualmente transmissíveis e AIDS na escola.

> [...] os programas e projetos na área de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, não podem ser específicos e exclusivos da saúde pública. É necessário que a intersetorialidade e interdisciplinaridade sejam de fato articulados em todos os segmentos: saúde, educação, assistência social, pois o público alvo é assistido em todos estes patamares, abrangendo o indivíduo na sua totalidade e não fragmentado (Silva, 2012, p.19).

Com base na escolaridade, sendo a adolescência um período de vulnerabilidade, mudanças corporais e busca de identidade, pode ocorrer a precocidade na primeira relação sexual, o perigo está no não uso ou no uso incorreto do preservativo, fator esse que expõe o/a adolescente a infecções sexualmente transmissíveis, infecções nos órgãos sexuais e reprodutivos, além da gravidez indesejada.

É importante, por isso, a criação de espaços que forneçam aos/às adolescentes a reflexão sobre sexualidade e as mudanças físicas e comportamentais que ocorrem nesse período da vida.

Em linhas gerais, verifica-se que entre os anos de 2011 – 2016, temos 162.414 casos notificados no SINAN de infecção por HIV. Desse montante, 50.986 são correspondentes ao sexo feminino, ou seja, 31,40% da margem. No

quesito raça/cor, mulheres pretas e pardas disparam os números associativos em todos os anos e as mulheres brancas, apesar dos registros evidencia-se uma redução significativa, ficando em média de 38,7%, já as pretas e pardas 51,63%. As evidências, portanto, mostram um processo “crônico” da feminização do HIV no Brasil, com clivagem de raça.

4.3.3 – Perfil Epidemiológico HIV – Governo Michel Temer (2016 – 2018)[16]

Em 2016, o governo de Michel Temer, após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, implementou medidas que agravaram a natureza desfavorável para a saúde.

Dessa forma, o governo, adotou uma abordagem que enfraquece o princípio do acesso universal à saúde, promovendo uma contrarreforma na política de saúde. Isso se materializa por meio da crescente adoção de parcerias público-privadas na execução de políticas e programas sociais, permitindo o acesso privado aos recursos públicos. Essas medidas consolidam uma abordagem que vai de encontro ao caráter universal e igualitário do sistema de saúde.

Nesse contexto, atendendo aos interesses das empresas de seguro de saúde, o governo aprovou os chamados "planos acessíveis" de saúde para a população de baixa renda. Contudo, esses planos apresentam uma flexibilização significativa nas coberturas oferecidas e uma redução nos serviços incluídos, visando diminuir seus custos e atrair clientes com menor poder aquisitivo. Essa abordagem pode comprometer a qualidade do atendimento e dificultar o acesso a serviços essenciais de saúde para os segmentos mais vulneráveis da sociedade (Vieira, 2018).

O que mais impacta o desenvolvimento das políticas sociais é a medida fundamental contra o próprio incremento das políticas sociais, obviamente, incluída a saúde, é a redução do financiamento de despesas primárias do Estado, com a aprovação da Emenda Constitucional 95, em 2016 (Brasil,

---

[16] Precisamos ressaltar a importância do ano de 2017 no âmbito dos Direitos Sociais:
1- O movimento social encampou o Projeto de Lei 188/2017. Que dispensava a reavaliação pericial de pessoas aposentadas por invalidez em decorrência da Aids (BRASIL, 2017).
2- Caderno - Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica. Manual para equipe Multiprofissional da atenção básica, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

2016). A Emenda Constitucional 95, também conhecida como "Teto dos Gastos", foi promulgada em 2016 com o objetivo de limitar o crescimento dos gastos públicos por um período de 20 anos.

A Emenda 95 aponta que a limitação dos gastos públicos afeta principalmente áreas essenciais, como saúde e educação, prejudicando a população mais vulnerável. A redução de recursos para a área de saúde pode resultar em dificuldades para ampliar e melhorar a infraestrutura hospitalar, adquirir equipamentos modernos e oferecer atendimento de qualidade à população dentro do Sistema Único de Saúde. Além disso, a restrição orçamentária pode levar a cortes em programas preventivos, ações de combate a doenças endêmicas e investimentos em pesquisas, o que pode ter impactos negativos a médio e longo prazo na saúde pública, em linhas gerais, “o congelamento do gasto federal com saúde provocará grandes dificuldades para o financiamento do SUS, pois estados e municípios não conseguirão absorver o impacto da perda de recursos” (Vieira; Benevides, 2016, p. 18).

A partir daqui, iremos continuar analisando os dados fornecidos pelo SINAN, e é evidente que o HIV e a AIDS continuam representando um desafio significativo para a saúde pública no Brasil. De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV Aids 2017-2018, entre 1980 e junho de 2018, foram identificados 882.810 casos de AIDS no país.

Em relação ao HIV, o Boletim Epidemiológico identifica uma tendência de crescimento na taxa de detecção no país, em especial pelo recorte na região Nordeste, como pode ser visto na **Tabela 11**:

Tabela 11 - Casos de HIV notificados no Sinan, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2017-2018.

UF DA RESIDÊNCIA	2017	2018
BRASIL	**45431**	**45691**
NORDESTE	**10356**	**11229**
Alagoas	781	791
Bahia	2322	2392
Ceará	1682	1698
Maranhão	1196	1533
Paraíba	596	528
Pernambuco	2530	2821

Piauí	344	421
Rio Grande do Norte	463	616
Sergipe	442	429

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Ressaltamos que o único estado no Nordeste que houve uma redução em notificação de casos de HIV, foi a Paraíba. Sabemos que o processo de prevalência e incidência do HIV pode variar em diferentes regiões do país, devido a uma série de fatores complexos e interrelacionados, o que historicamente reluz na contextualização é a alta vulnerabilidade social e econômica marcada pela pobreza e desigualdade social, o que afeta diretamente ao acesso à educação, informações sobre saúde e recursos para a prevenção do HIV, bem como a disponibilidade e o não aumento de serviços de saúde de qualidade.

Quando vamos indicar o número de casos de HIV notificados no SINAN, por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico, percebemos que Boletim Epidemiológico que desde 1980 até junho de 2018, 65% dos casos de aids ocorreram entre homens e 34,7% em mulheres (Brasil, 2018, p.10).

Na **Tabela 12**, vemos que há uma significativa queda no número de casos de HIV nas mulheres, porém, Boletim o Epidemiológico de 2017 e 2018, demonstram que a epidemia não está controlada no Brasil. Em 2017 foram diagnosticados 45.421 novos casos de HIV e em 2018, 45.685 números registrados.

Tabela 12 – Número de casos de HIV notificados no Sinan, por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2017-2018.

ANO DO DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMININO
2017	32757	12664
2018	33059	12626

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Vale ressaltar que intrinsicamente, essa diminuição dos números em mulheres está associada à recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013.

Nas **Tabelas 13**, **14** e **15** também comprovam as tendências do crescimento dos casos de HIV entre pessoas pardas e pretas, em ambos os sexos, enquanto a diminuição é evidente em pessoas brancas. Encontramos em Soares (2017, p. 95) a ideia de que, "a feminização da epidemia expõe as contradições da inserção das mulheres nessa sociedade, especialmente se relacionarmos a classe social e seus segmentos mais pauperizados". São para essas mulheres que as taxas proporcionam um crescimento de mortalidade e abandono do tratamento, conforme Vieira (2018).

Também, a autora assenta que "há um caráter desigual que extrapola a questão socioeconômica, incidindo sobre as mulheres, ou seja, sobre as pessoas que sofrem preconceitos e discriminação, como também a população negra" (Vieira, 2018, p. 82).

É com esse panorama da saúde em exposição ao HIV, que se tem reforçado que as pessoas negras e pardas frequentemente enfrentam condições de vida mais precárias em comparação com pessoas brancas e isso se deslancha no âmbito da educação, acesso à saúde, vulnerabilidade econômica, social, violências e marginalização.

Tabela 13 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan, segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2017-2018.

ANO DO DIAGNÓSTICO	BRANCA		PRETA		AMARELA		PARDA		INDÍGENA	
Masculino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
2017	12780	39,0	3312	10,1	197	0,6	13824	42,2	139	0,4
2018	12280	37,1	3452	10,4	234	0,7	14489	43,8	145	0,4
Feminino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
2017	4194	33,1	1665	13,1	76	0,6	5667	44,7	67	0,5
2018	4007	31,7	1719	13,6	75	0,6	5851	46,3	57	0,5

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Tabela 14 - Casos de HIV notificados no Sinan (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2017-2018.

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	2017		2018	
Masculino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Homossexual	15145	46,7	15248	46,5
Bissexual	2637	8,1	2641	8,1
Heterossexual	9640	29,7	9957	30,7

Feminino	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Heterossexual	10826	86,8	10915	87,6

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Tabela 15 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan segundo escolaridade por ano do diagnóstico. Brasil, 2017-2018.

ESCOLARIDADE	**2017**		**2018**	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	594	1,3	645	1,4
1ª à 4ª série incompleta	2180	4,8	2273	5,0
4ª série completa	1398	3,1	1447	3,2
5ª à 8ª série incompleta	4919	10,8	4881	10,7
Fundamental completo	3181	7,0	3159	6,9
Médio incompleto	3679	8,1	3691	8,1
Médio completo	9754	21,5	10340	22,6
Superior incompleto	3445	7,6	3303	7,2
Superior completo	4548	10,0	4506	9,9

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

No cenário descrito do governo, observa-se uma possível agravante na precarização dos serviços de saúde, inclusive no atendimento às pessoas vivendo com HIV, o que vai de encontro aos princípios fundamentais do SUS, que visam a universalidade, integralidade e equidade. Concordamos com a análise de Barbosa Filho e Rocha (2018), que destacam o crescente impacto de interesses privados no sistema público de saúde, em decorrência deste setor representar uma fronteira de acumulação de capital em meio a uma profunda crise. A forte ideologia do governo favorecia a crença de que o setor privado é mais eficiente na prestação de serviços, incluindo a saúde.

Diante disso, é possível perceber as dificuldades postas na atualidade à efetivação da Política de Saúde em nosso país, o que dificulta – e até mesmo exclui – o acesso aos serviços de saúde, garantidos Constitucionalmente Particularmente, se refere a Política de enfrentamento do HIV/AIDS, cabe ressaltar que tal política também tem sentido os rebatimentos da contrarreforma, através do sucateamento dos serviços e da queda da qualidade do atendimento prestado à população vivendo com HIV. Vale

enfatizar também a falta de investimento em ações socioeducativas, que diminua efetivamente os riscos de contaminação e de vulnerabilidade em torno da doença.

4.3.4 – Perfil Epidemiológico HIV – Governo Jair Messias Bolsonaro (2018 – 2021)

No cenário do Governo Bolsonaro, caracterizado pelo iminente desmantelamento das políticas públicas, surgem numerosas incertezas quanto à garantia dos direitos da população, especialmente no contexto da Política de Saúde e HIV/AIDS. Em tempos desafiadores marcados pela supremacia do capital financeiro, o Estado brasileiro, nesse contexto, continuou a oferecer apoio ao setor privado, utilizando mecanismos que apresentam riscos para a saúde universal, conforme observado por Mendes e Carnut (2018, p. 1106).

A ascensão hegemônica do neoliberalismo no Brasil, como apontado por Bravo (2006), tem resultado na redução dos direitos sociais e trabalhistas, no aumento do desemprego estrutural, na precarização do trabalho, no desmantelamento da previdência pública e no declínio da qualidade dos sistemas de saúde e educação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) permanece constantemente ameaçado, especialmente após a implementação da Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabeleceu o Programa Previne Brasil. Esse programa foi criado com o objetivo de introduzir um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde dentro do âmbito do SUS.

Neste contexto, em meio às reformas do Estado, a Política Nacional de IST/AIDS foi formulada para sistematizar as diretrizes orientadoras do Programa Nacional IST/AIDS, alinhando-se com os princípios e fundamentos estabelecidos no SUS (considerando suas implicações). Durante as décadas de 1990 e 2000, a resposta do Brasil à epidemia de HIV e AIDS foi reconhecida mundialmente como um modelo exemplar, como destacado por Parker (2020).

Ao longo das últimas administrações do Governo Federal, observa-se um progressivo processo de precarização nos serviços da Política de Saúde e da Política Nacional de IST/AIDS. Isso se manifesta através do agravamento e desmantelamento das políticas sociais, acompanhados pela redução

significativa nos investimentos nessas áreas. Nota-se também a realocação de recursos financeiros substanciais para instituições de caráter privado e filantrópico, como evidenciado na Política de Saúde. Em sua análise, Parker (2020) examina essas transformações e retrocessos nas políticas direcionadas ao HIV/AIDS e oferece uma explicação detalhada sobre o assunto:

> Lamentavelmente, a partir dos anos 2010, já na quarta década da epidemia, a história começou a mudar. Na época, não percebemos esta mudança com clareza, mas já vivíamos grandes conflitos em relação às políticas e programas para o enfrentamento da epidemia. A bancada religiosa e conservadora no Congresso Nacional começou a atacar as campanhas de prevenção e usar as ações como moeda de troca para assegurar o seu apoio às políticas econômicas dos dois governos de Dilma Rousseff e também do governo interino de Michel Temer (Parker, 2020, p. 35).

Na esfera da Política de HIV/AIDS, o governo de Jair Bolsonaro realizou uma reestruturação do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e Hepatites Virais, que foi oficialmente renomeado como Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, por meio do Decreto n.º 9.795, em 2019. É crucial ressaltar que, como parte desse processo, o Departamento de Comunicação, responsável por criar campanhas, também foi absorvido pela nova estrutura departamental. Este rearranjo organizacional levanta preocupações significativas, indicando uma possível diminuição nas intervenções, na orientação política e, potencialmente, uma subutilização das valiosas experiências acumuladas. Em um contexto mais amplo, essas mudanças são parte de uma série de transformações políticas e administrativas implementadas pelo governo, que gerou debates intensos e divisões de opinião na sociedade brasileira.

A oportunidade de engajar em discussões francas e abrangentes sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), os direitos reprodutivos e sexuais, bem como a desnaturalização de comportamentos violentos, foram deslocados para o domínio conservador. Estas discussões têm se concentrado, de maneira predominante, na defesa dos valores familiares e em iniciativas de censura, temas que, em décadas anteriores, eram debatidos de maneira mais aberta e inclusiva, inclusive no ambiente escolar. A mais recente campanha promovida pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos

Humanos defende a abstinência sexual como estratégia para reduzir a incidência de gravidez precoce entre adolescentes. Este enfoque, ao centralizar-se na abstinência, sublinha uma mudança significativa na abordagem governamental em relação à educação sexual e à promoção de práticas saudáveis. Tal direcionamento reflete não apenas uma transformação nas políticas públicas, mas também sinaliza uma mudança de paradigma na percepção social sobre questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, além de ter implicações importantes para o acesso à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, especialmente entre os jovens. Esta mudança de orientação política tem gerado debates e controvérsias consideráveis na sociedade brasileira, ressaltando a complexidade das questões relacionadas à sexualidade, educação e valores sociais no contexto contemporâneo.

Dessa forma, os dados inferidos pelo SINAN, revelam que os números registrados sofreram uma baixa significativa, expondo que no ano de 2019 (**47,48%**), 2020 (**35,84%**) e 2021 (**16,68%**), ressaltemos que no último ano, os dados publicados pelo referido sistema, só estamos dispostos até junho/2021. O presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, em 2019, expressou à mídia nacional que as pessoas que vivem com HIV são "um ônus para todos no país", por isso, é de extrema relevância, notar que no ano de 2019, apenas 0,06% dos gastos públicos, totalizando aproximadamente R$1,84 bilhão do orçamento, foram direcionados para atender a população necessitada de medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS, bem como de outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais. A situação não mostrou melhoras em 2020, com um equivalente a 0,03% dos gastos públicos, totalizando R$1,88 bilhão. Destes, somente cerca de R$ 95,68 milhões foram efetivamente executados na ação do orçamento corrente, conforme dados disponíveis no Portal da Transparência do Governo Federal. Estes números revelam não apenas a insuficiência de recursos alocados para enfrentar essa séria questão de saúde pública, mas também a discrepância entre as necessidades reais da população e os recursos efetivamente destinados pelo governo. Esse cenário evidencia a urgência de uma reavaliação das políticas orçamentárias e um compromisso mais sólido para assegurar a adequada assistência aos afetados pelo HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis no Brasil.

Tabela 16 - Casos de HIV notificados no Sinan, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2019-2021.

UF DA RESIDÊNCIA	2019	2020	2021
BRASIL	**43312**	**32701**	**15220**
NORDESTE	**11053**	**8190**	**4082**
Alagoas	787	503	298
Bahia	1483	1069	693
Ceará	1708	1396	604
Maranhão	1707	1441	734
Paraíba	610	442	182
Pernambuco	3107	2112	1050
Piauí	535	381	128
Rio Grande do Norte	659	450	196
Sergipe	457	396	197

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2019, 2020 e 2021 (Ministério da saúde), em relação ao HIV por sexo e razão de sexos, encontramos variações discrepantes aos anos anteriores analisados, tais como: 2019 – 72,56% dos novos casos incidentes no sexto masculino e 27,44% no sexo feminino; em 2020, 73,61% novos casos no sexo masculino e 26,39% no sexo feminino e 2021 (junho), temos 74,38% registrados no sexo masculino e 25,62% no sexo feminino.

Já na **tabela 18** que discorre sobre a categoria exposição, temos as mulheres heterossexuais, marcando 87,8% nos anos registrados, enquanto os homens (heterossexuais, homossexuais e bissexuais), evidenciam uma média de 85,16% de casos.

Os dados apresentados não apenas evidenciam a urgência de uma discussão franca e aberta sobre o tema, mas também sublinham a necessidade de uma divulgação ampla e desmitificadora para romper os tabus em torno do corpo, da prevenção sexual, da identidade de gênero e de outras questões relacionadas. De acordo com Edmundo (2018), é imperativo que o direito à prevenção esteja alinhado com os processos de escolha individuais em relações diversas e plurais. Essa análise reforça a importância de uma abordagem holística e inclusiva, que respeite as escolhas e identidades de cada indivíduo, enquanto simultaneamente promove um diálogo aberto e

educativo em torno de temas cruciais relacionados à saúde e à sexualidade. É somente por meio dessa discussão franca e da desmistificação dos tabus que poderemos verdadeiramente avançar na promoção da saúde sexual e prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS.

Essas informações também nos revelam a necessidade crucial de orientar as intervenções de prevenção em torno de uma compreensão aprofundada de sua dimensão social e política, tornando-as relevantes e significativas para as pessoas (Edmundo, 2018). Estas reflexões devem ser cuidadosamente integradas no domínio democrático e dos direitos humanos, incentivando uma perspectiva crítica sobre as complexidades do cotidiano, das relações interpessoais e do jogo político, bem como das dinâmicas de poder entre os indivíduos. Ao estimular essa dimensão crítica, é possível desafiar e transformar paradigmas anteriormente considerados como normais e inquestionáveis. Ao adotarmos uma abordagem que permeie esses aspectos sociais e políticos, podemos criar intervenções mais eficazes e sensíveis, capazes de abordar as raízes profundas dos problemas relacionados à prevenção e uma abordagem efetiva no enfrentamento das questões de saúde pública relacionadas ao HIV/AIDS e a outras infecções sexualmente transmissíveis.

Tabela 17 – Número de casos de HIV notificados no Sinan, por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2019-2021.

ANO DO DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMININO
2019	31413	11879
2020	24061	8626
2021	11314	3898

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Tabela 18 - Casos de HIV notificados no Sinan (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2019-2021.

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	2019		2020		2021	
Masculino	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Homossexual	14489	46,6	11229	47,1	5520	49,3
Bissexual	2587	8,3	1979	8,3	983	8,8
Heterossexual	9562	30,7	7059	29,6	2999	26,8
Feminino	Nº	%	Nº	%	Nº	%

Heterossexual	10345	88,3	7492	88,1	3362	87,2

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

O panorama em relação ao Governo Bolsonaro, revela-se uma regressão significativa no âmbito da prevenção e uma crescente precarização dos serviços de saúde. É fundamental ressaltar que a Política Nacional de DST/AIDS (1999) enfatiza a necessidade dos programas estarem integrados a outras iniciativas do setor público, incluindo a própria Política de Saúde. No entanto, o que se observa no cenário cotidiano dos programas IST/AIDS, bem como na execução de suas atividades, é a falta crônica de infraestrutura nos serviços de saúde e a escassez de recursos humanos para proporcionar um atendimento integral aos usuários (Fernandes, 2020).

Essa lacuna de recursos e o enfoque limitado prejudicam a eficácia das intervenções preventivas e a qualidade dos cuidados oferecidos aos usuários do serviço de saúde, assim como, a falta de uma abordagem abrangente impacta negativamente na promoção da conscientização e na disseminação do conhecimento sobre práticas de prevenção, levando a um aumento potencial no número de novas infecções.

Nessa questão, nos remetemos sobre o processo de responsabilização as minorias, incluindo as mulheres, que o governo tanto traz em suas falas discriminatórias e preconceituosas em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS levantado sérias preocupações na sociedade. Estas atitudes, consideradas altamente estigmatizantes e contrárias aos princípios dos direitos humanos, têm suscitado apreensão entre usuários, ativistas da área e profissionais de saúde dedicados ao Sistema Único de Saúde (SUS). É importante observar que essas expressões de intolerância não são isoladas, mas refletem uma tendência mais ampla, pois evidenciam os contornos conservadores, autoritários e ultraneoliberais que moldaram seu governo (Fernandes, 2020).

Partindo para análise da **Tabela 19**, na qual traz dados relacionados a escolaridade, é preciso contextualizar com a **Tabela 20**, pois é no contexto da resistência e luta do movimento negro no Brasil, que vimos o quão é fundamental examinar os desafios enfrentados na busca pela garantia dos direitos básicos dessa população. Um olhar crítico sobre a situação

educacional revela a persistência de obstáculos significativos. Nascimento (1978, *apud* Santos, 2005, p.23) destaca em sua obra que, até os dias atuais, a escolarização é vista pelos negros como uma via de ascensão social e ocupação dos espaços sociais. Contudo, o sistema educacional brasileiro continua a ser um veículo de controle da discriminação cultural, perpetuando o preconceito racial por meio de seu currículo. Este currículo, ao privilegiar epistemologias eurocentradas, contribui para o epistemicídio da cultura, resultando em uma produção limitada de conhecimento sobre os povos negros e indígenas.

Tabela 19 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan segundo escolaridade por ano do diagnóstico. Brasil, 2019-2021.

ESCOLARIDADE	2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	669	1,5	400	1,2	177	1,2
1ª à 4ª série incompleta	2076	4,8	1433	4,4	576	3,8
4ª série completa	1314	3,0	939	2,9	405	2,7
5ª à 8ª série incompleta	4641	10,7	3168	9,7	1403	9,2
Fundamental completo	2969	6,9	2256	6,9	913	6,0
Médio incompleto	3573	8,2	2675	8,2	1266	8,3
Médio completo	10418	24,1	8110	24,8	3926	25,8
Superior incompleto	3205	7,4	2368	7,2	1124	7,4
Superior completo	4476	10,3	3573	10,9	1677	11,0

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

Tabela 20 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan, segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2019-2021.

ANO DO DIAGNÓSTICO	BRANCA		PRETA		AMARELA		PARDA		INDÍGENA	
Masculino	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2019	11042	35,2	3477	11,1	231	0,7	14536	46,3	120	0,4
2020	8240	34,2	2793	11,6	204	0,8	11375	47,3	109	0,5
2021	3736	33,0	1363	12,0	87	0,8	5506	48,7	46	0,4
Feminino	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2019	3669	30,9	1588	13,4	90	0,8	5711	48,1	60	0,5
2020	2537	29,4	1216	14,1	84	1,0	4284	49,7	25	0,3
2021	1118	28,7	553	14,2	41	1,1	1940	49,8	17	0,4

Fonte: Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde. 2021.

É imperativo reconhecer que indivíduos negros que vivem com HIV/AIDS enfrentam não apenas a carga da soropositividade, mas também são submetidos a práticas discriminatórias profundamente arraigadas nas relações sociais. Estas atitudes discriminatórias remontam ao início da epidemia de AIDS na década de 1980 e continuam a impactar desproporcionalmente as comunidades negras. A subalternização histórica das pessoas negras no Brasil, aliada à sua condição de pessoas vivendo com HIV, cria uma convergência de discriminações que amplifica os desafios enfrentados por esses indivíduos.

Vejamos em dados que as mulheres Brancas, nos anos de 2019, 2020 e 2021 (junho), totalizam **29,67%** novos casos, enquanto as mulheres Pretas/Pardas, somam **63,1%** dos casos por HIV no Brasil, despontando um perceptível amontoamento de vulnerabilidades sobre a população negra no país (Brasil, 2018).

Segundo Vasconcelos (2019), a disparidade na taxa de mortalidade devido à Aids entre a população negra e branca de São Paulo é um fenômeno alarmante. É crucial notar que a infecção pelo HIV não resulta em complicações clínicas mais graves para pessoas negras, e o tratamento antirretroviral não é menos eficaz para esse grupo. No entanto, essa disparidade escancara de forma contundente como o racismo permeia as desigualdades sociais e o acesso aos serviços de saúde no Brasil.

O dado revela não apenas uma disparidade estatística, mas também uma profunda injustiça social. Quando um subgrupo populacional é historicamente mais afetado por uma epidemia, a ausência de uma abordagem individualizada em termos de educação, prevenção, testagem e tratamento por parte das autoridades de saúde pública amplifica ainda mais a propagação do vírus nesse grupo.

Um dado novo se apresenta, o crescente número de notificação de HIV em Pessoas com Ensino Superior Completo. Porque isso está acontecendo?

Pode-se especular sobre possíveis razões para um aumento nas infecções pelo HIV entre pessoas com níveis mais altos de educação. Uma delas poderia ser uma falsa sensação de segurança. Pessoas com maior educação podem subestimar seu próprio risco de contrair o HIV devido a

percepções equivocadas de que estão imunes ou menos propensas a se envolver em comportamentos de risco.

Outro quesito seja que pode haver uma lacuna na educação sexual para adultos que não é adequadamente abordada nos programas de ensino superior e que por consequência também não fora abordado em níveis educacionais diferentes. A educação sobre prevenção do HIV deveria iniciar em faixas etárias mais jovens, e quando adultos, poderem receber e disseminar informações atualizadas e suficientes sobre práticas seguras.

É fundamental destacar que essas são especulações e que a relação entre o HIV e o nível educacional é complexa e multifacetada.

> Conhecer a situação da AIDS em um país é saber como operam todos esses marcadores da diferença que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmo bens (Seffner; Parker, 2016, p. 25).

As informações sobre escolaridade e raça, traz uma complexa necessidade de análise, pois quando associado, corroboramos com Santos (2018), ao afirmar que no contexto do combate à epidemia de HIV/AIDS, a necessidade de debater e garantir direitos sociais torna-se fundamental, dada a complexidade social intrínseca à doença. O HIV não é apenas uma condição médica, mas também um fenômeno intrinsecamente ligado a fatores sociais como sexualidade, orientação sexual, estrutura familiar, emprego, renda e acesso aos serviços de saúde.

A compreensão da epidemia vai além dos aspectos biológicos e clínicos, englobando a necessidade de respeito à diversidade sexual, à privacidade das relações pessoais e ao direito à informação. Além disso, as implicações econômicas, como a capacidade de trabalhar e sustentar uma família, também entram em jogo, destacando a necessidade de proteção contra a discriminação no ambiente de trabalho e o acesso equitativo às oportunidades econômicas.

Conforme discutido pela autora, a priorização implacável da valorização do capital em nossa sociedade continua a relegar as necessidades sociais a segundo plano, impedindo que os trabalhadores desfrutem plenamente da riqueza que coletivamente produzem (ibidem, p. 273). Nesse contexto, a população vivendo com HIV/AIDS enfrenta desafios significativos devido à falta

de acesso a bens e serviços essenciais. Estes incluem não apenas o tratamento médico, mas também o acesso a moradia adequada, educação, apoio psicossocial e outros elementos cruciais para uma vida saudável e digna.

Reafirmamos que a discriminação, estigma e a falta de educação que respeite e valorize os direitos humanos continuam a dificultar o acesso aos cuidados de saúde e à prevenção. A falta de programas de conscientização e políticas de educação nas comunidades, especialmente em áreas marginalizadas, contribui para a disseminação do vírus. Ademais, a falta de políticas de saúde inclusivas e sensíveis à diversidade social exacerba as disparidades no acesso aos serviços.

Portanto, a evolução da epidemia de HIV/AIDS ao longo dos anos refutou a concepção inicial de grupos de risco, demonstrando que a infecção não conhece barreiras pré-determinadas. Essa perspectiva foi desmistificada diante da disseminação do vírus para diversas camadas da sociedade, aqui em destaque, as mulheres, revelando uma conexão intrínseca entre HIV/AIDS e o contexto econômico, social, raça e sexo das regiões afetadas, como argumentado por Rocha (2011) e apresentadas no perfil epidemiológico. O Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da AIDS e outras DST, do Ministério da Saúde (2007), confirma que a epidemia sempre afetou as mulheres desde seu início.

É vital salientar que essa dinâmica evoluiu consideravelmente ao longo dos anos. Em 2018, a proporção de casos de HIV entre homens e mulheres ajustou-se para 2,6 (M:F), indicando 26 homens para cada dez mulheres infectadas, conforme evidenciado pelo Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2019, p. 13). Esse dado reflete uma mudança significativa nas características demográficas da infecção, enfatizando a necessidade de uma abordagem na perspectiva de gênero, étnico-racial e de respeito á diversidade nas estratégias de prevenção e tratamento do HIV/AIDS (Fernandes, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação buscou analisar, discutir e resgatar historicamente a vulnerabilização das mulheres no contexto do HIV/AIDS, enfocando o perfil epidemiológico da infecção no Brasil. Este estudo não apenas lança luz sobre as desigualdades de gênero, de raça e saúde profundamente enraizadas na formação sócio-histórica do Brasil, perpetuando a vulnerabilização das mulheres mas, também, aponta para a necessidade premente de políticas públicas e estratégias de saúde que sejam sensíveis às questões gênero e raça e que respondam eticamente às demandas concretas das pessoas com HIV/AIDS. Ao entender as complexidades históricas e sociais que cercam a infecção pelo HIV em mulheres, particularmente, podemos garantir a qualidade dos serviços de saúde de maneira que seja garantido um futuro mais seguro e saudável para todas as mulheres afetadas por essa epidemia.

Pode-se assegurar que os objetivos deste estudo foram alcançados pois, a priori, foi conduzida uma reflexão histórica sobre a acumulação primitiva, na qual tem sido um fenômeno intrínseco ao desenvolvimento econômico e social, marcado por processos complexos de apropriação de terras, recursos naturais e força de trabalho. No contexto da acumulação primitiva, apesar da vulnerabilização dos seus corpos, o trabalho das mulheres, frequentemente marginalizado e subestimado, é de fundamental importância para o desenvolvimento capitalista. A domesticação dos corpos femininos, com a divisão sexual do trabalho e com o patriarcado, tem sido uma estratégia arraigada para controlar e explorar o potencial produtivo das mulheres, domesticar seus corpos, particularmente no âmbito da sexualidade para que se submetam aos desejos sexuais do outro.

Nossa jornada de estudos começa a ter ligação com o objeto de pesquisa a partir do entendimento histórico acima e de que a sexualidade das mulheres foi historicamente regulamentada, muitas vezes reprimida, e usada como um meio de subjugação. O controle sobre a reprodução, por exemplo, foi central para a domesticação dos corpos femininos. Políticas e práticas que restringem o acesso das mulheres à contracepção, ao aborto seguro e à saúde sexual abrem caminho para a exploração continuada. Nisso, encontramos uma

linha para discutirmos o processo de vulnerabilidade das mulheres em relação ao HIV/AIDS no Brasil.

A resistência a essas normas opressivas tem sido uma parte essencial da luta das mulheres por seus direitos. A apropriação do tempo e do corpo, longe de ser uma ação passiva, tem sido uma estratégia de sobrevivência. Mulheres em todo o mundo têm desafiado as normas impostas, redefinindo papéis de gênero, lutando por igualdade no mercado de trabalho, e reivindicando autonomia sobre seus próprios corpos e sexualidade. Por isso, é importante ressaltar que o feminismo não adota uma abordagem universal, mas sim múltipla, sendo mais apropriado considerá-lo como feminismos. Isso se deve à vasta diversidade de gêneros e às diversas experiências vivenciadas, enfocando, assim, a interseccionalidade entre raça, gênero e classe.

Em um segundo momento, pudemos observar pelo olhar de uma análise cuidadosa sobre o lugar das mulheres na trajetória da epidemia de HIV/AIDS e nas políticas de saúde, tornando-se evidente a necessidade de uma discussão aprofundada sobre gênero, raça, saúde e sexualidade, nas políticas de saúde. Ao destacar as experiências das mulheres, podemos identificar lacunas nas políticas públicas e no sistema de saúde que precisam ser abordadas de maneira mais eficaz e sensível às questões de gênero.

A importância da perspectiva crítica de gênero, étnico-racial e de sexualidade no contexto da saúde vai além da mera racionalidade moral, mas implica em coerência ética para com a população que tem demandas concretas a serem respondidas. Outro ponto a ser salientado é de como o movimento LGBTQIA+, teve grande força na luta e combate a epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Nas décadas de 1980 e 1990, quando a epidemia de HIV estava em seu auge e o estigma em torno da infecção era esmagador, o movimento LGBTQIA+ emergiu como uma voz corajosa e resiliente. Foram realizadas campanhas de conscientização em um momento em que a maioria das pessoas tinha medo e falta de conhecimento sobre o HIV. Foram pioneiros em debates públicos, fornecendo informações precisas e combatendo mitos prejudiciais.

Além disso, o movimento LGBTQIA+ foi crucial na promoção de uma educação sexual inclusiva nas escolas e comunidades. Eles enfrentaram

resistência e oposição, mas perseveraram, garantindo que as informações sobre prevenção e cuidados fossem acessíveis a todos, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Sendo assim, ainda tivemos espaço para compreender a interseccionalidade entre gênero, raça e classe social, podendo desvelar, mesmo que de forma iniciante, as disparidades significativas que existem no acesso aos cuidados de saúde e na experiência das mulheres no sistema de saúde. A interação complexa desses fatores requer políticas e intervenções coerentes a estas demandas reais que particularmente se põem, levando em conta não apenas as diferenças em um contexto que vulnerabiliza a saúde da mulher, particularmente a mulher negra.

Caminhando para o desfecho, suscitemos o alcance das políticas de proteção social, perfil epidemiológico e as ações dos governos federais entre os anos de 2007 – 2021, ao longo das últimas décadas, o Brasil implementou políticas de proteção social para pessoas vivendo com HIV/AIDS, algumas vezes reproduzindo iniquidades de gênero e raça, como nos governos Temer e Bolsonaro. Durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, houve esforços significativos para ampliar o acesso ao Tratamento Antirretroviral (TAR) e melhorar os serviços de saúde, beneficiando especialmente as comunidades vulneráveis, incluindo mulheres e pessoas negras. As políticas desses períodos focaram em promover a equidade de gênero e raça no acesso aos cuidados e na prevenção, resultando em uma melhoria geral nas condições de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Essas informações ficam claras e evidentes ao colocarmos em relevância ao que esses governos – Lula e Dilma Rousseff- expressam em números sobre o perfil epidemiológico das categorias analisadas.

Foi observado que a população negra foi desproporcionalmente afetada pela epidemia de HIV/AIDS. Mulheres negras enfrentaram uma carga mais pesada da infecção, muitas vezes devido a fatores sociais e econômicos, como acesso limitado à educação e emprego. As taxas de diagnóstico eram mais altas entre as mulheres, principalmente as que pertenciam a comunidades marginalizadas.

Durante esses governos, houve uma ênfase especial na educação sexual, visando tanto mulheres jovens quanto adultas. A promoção do uso de

preservativos e a disseminação de informações precisas sobre o HIV/AIDS foram parte integrante das campanhas educacionais. Além disso, programas específicos foram implementados para mulheres, oferecendo testes regulares de HIV, consultas médicas e acesso facilitado ao tratamento.

A questão da escolaridade também foi abordada, pois mulheres com menor nível de escolaridade muitas vezes enfrentam barreiras significativas ao acesso à informação e aos serviços de saúde.

No entanto, durante o governo de Michel Temer, houve cortes significativos nos investimentos em saúde e programas sociais, afetando adversamente a assistência às pessoas com HIV/AIDS, especialmente aquelas em situações socioeconômicas precárias. Esses cortes tiveram um impacto desproporcional nas comunidades marginalizadas, exacerbando as iniquidades de gênero e raça existentes. Embora o País tenha continuado a enfrentar desafios significativos em relação ao HIV/AIDS, houve uma mudança nas políticas de saúde e assistência social.

Uma das áreas mais afetadas foi o financiamento para organizações da sociedade civil e programas de prevenção. Muitos programas educacionais e de prevenção, que anteriormente eram fundamentais para informar as mulheres sobre a transmissão do HIV e promover o uso de preservativos, sofreram reduções de financiamento ou foram descontinuados.

Além disso, houve mudanças nas políticas de assistência social, o que afetou indiretamente as mulheres vivendo com HIV/AIDS, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social. Cortes em programas sociais impactaram a capacidade dessas mulheres de acessar cuidados de saúde adequados, medicamentos e apoio psicossocial.

Sob o governo de Jair Bolsonaro, políticas conservadoras e uma retórica polarizadora afetaram negativamente a comunidade LGBTQIA+ e as pessoas vivendo com HIV/AIDS. As iniciativas progressistas foram descontinuadas, e houve uma redução nos esforços de conscientização e prevenção. Além disso, as políticas de Bolsonaro tiveram um impacto particularmente severo nas mulheres e pessoas negras, agravando as disparidades existentes.

A falta de políticas inclusivas e de apoio aos direitos dos diversos grupos tidos como minorias foi sendo escancarado pela política conservadora e excludente. A discriminação persistente e a falta de acesso a serviços de

saúde culturalmente sensíveis contribuíram para uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, em especial das mulheres.

A retórica discriminatória e os discursos que desrespeitam os direitos humanos frequentemente permearam o governo, agravando as disparidades existentes.

Para a população negra, essa era uma época marcada por desafios, com o ressurgimento de estereótipos raciais e uma retórica que minava as conquistas e avanços anteriores. A discriminação racial tornou-se mais evidente, refletindo-se em várias áreas, inclusive no acesso à saúde e à educação. As pessoas negras continuaram enfrentando dificuldades significativas no acesso aos serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados ao HIV/AIDS, ampliando ainda mais as disparidades já existentes, como refletem os números apresentados.

No caso das pessoas que vivem com HIV, especialmente as mulheres, as políticas conservadoras do governo dificultaram o acesso a tratamentos, prevenção e educação. A falta de investimento em programas eficazes de prevenção e tratamento do HIV agravou a situação, especialmente para aquelas em situações socioeconômicas desfavorecidas. Grande prova e expressão são os baixos números registrados no governo Bolsonaro, fazendo-nos inferir sobre as subnotificações. As mulheres também sofreram sob o governo Bolsonaro, com políticas que frequentemente ignoravam questões de gênero e restringiam o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo aqueles relacionados ao HIV. A abordagem conservadora e patriarcal minou os direitos reprodutivos e exacerbou a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV.

Assim, podemos afirmar que o perfil epidemiológico tem sexo, raça/cor, vulnerabilidades e escolaridade. Essas conclusões estão em linha com os resultados de uma pesquisa realizada por Beloqui (2019, p. 77) com pessoas vivendo com HIV/AIDS, na qual se observou uma "homogeneidade nos diferentes estratos em análise acerca da discriminação relacionada ao HIV: região, sexo, orientação sexual, escolaridade, raça/cor, religião, estado civil, renda e idade". Esse panorama reforça a importância de estratégias educacionais e de conscientização para enfrentar a sorofobia em todas as suas

formas, independentemente do contexto socioeconômico ou educacional das pessoas afetadas.

Por fim, em nossa investigação, evidenciamos a apropriação significativa do tempo de vida das mulheres e de seu trabalho doméstico e de cuidado por parte das famílias, do Estado e do capital, como previamente apontado por estudiosas como Ávila (2009), Ferreira (2017) e Federici (2017). Este fenômeno ocorre em paralelo ao fortalecimento contínuo da divisão social, sexual e racial do trabalho, retratada como um processo natural, especialmente em uma era marcada pelo ressurgimento do conservadorismo.

Vale ressaltar que mulheres que vivem com HIV também enfrentam esses impactos, com suas vidas sendo constantemente permeadas pela violência e discriminação. Em um contexto como esse, torna-se fundamental abordar tais desafios e pontos críticos em trabalhos posteriores com essa problemática crucial:

- A revelação das violências ocorridas nos serviços de saúde contra mulheres soropositivas e a desconstrução dos estigmas, através de pesquisas inovadoras, ampliação de diálogos e disseminação em contextos profissionais e acadêmicos;

- Promoção do fortalecimento dos processos e práticas de educação em saúde nas intervenções profissionais relacionadas ao HIV, fundamentadas nos princípios democráticos e de direitos humanos, visando melhorar a conscientização pública, reduzir o estigma e oferecer informações precisas e atualizadas sobre prevenção, tratamento e suporte às pessoas afetadas pelo HIV;

- O compromisso contínuo com pesquisas aprofundadas e divulgação abrangente tem como objetivo desmistificar e desnaturalizar a percepção do trabalho doméstico e de cuidado como uma responsabilidade exclusivamente feminina. Esse esforço busca desafiar estereótipos de gênero e promover uma compreensão mais equitativa e inclusiva das responsabilidades de cuidado, reconhecendo a diversidade de papéis desempenhados por diferentes indivíduos na sociedade contemporânea;

- Discutir sobre gênero, saúde, políticas públicas, raça/cor dentro do contexto do capitalismo e do patriarcado, enfatizando e suscitando concepções que promovam a ampliação do acesso, igualdade e equidade e autonomia;

- Promover, discutir e participar da elaboração de políticas públicas voltadas para assegurar os direitos sociais legalmente estabelecidos, enquanto também fomenta debates e desmistifica abordagens naturalizantes, conservadoras, machistas e familiares que insistem em atribuir exclusivamente às mulheres a responsabilidade pelos cuidados familiares;

- É urgente discutir e realizar campanhas na área do HIV, especialmente ao considerar a vulnerabilidade significativa das mulheres. Estas campanhas devem ser estruturadas para promover a liberdade e autonomia das mulheres, oferecendo-lhes acesso a informações essenciais. Essa abordagem não apenas visa desconstruir ações discriminatórias e enfrentar a sorofobia, mas também se concentra nas necessidades específicas das mulheres cis e trans, negras e pardas, além da vulnerabilidade social em relação ao HIV;

- Aprimorar e consolidar os métodos e práticas educacionais no contexto do HIV implicando em um comprometimento mais profundo com os princípios democráticos e de direitos humanos;

Embora esta pesquisa tenha enfrentado numerosos desafios, os tópicos investigados estão longe de serem esgotados. Pelo contrário, eles abriram portas para novas e intrigantes questões a serem exploradas. Esta jornada não representa um fim, mas sim um começo, incitando uma série de questionamentos que são essenciais para a construção contínua de conhecimento crítico e feminista. Estas indagações inexploradas, são fundamentais para alimentar um diálogo robusto e significativo. Elas não apenas desafiam as noções convencionais, mas também oferecem uma oportunidade valiosa para fomentar um processo de luta coletiva junto aos usuários, instituições e movimentos sociais. Ao fazer isso, não apenas expandimos nosso entendimento sobre essas questões complexas, mas também moldamos um futuro mais informado e engajado na busca por equidade e justiça.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. **Bolsonaro presidente. Conservadorismo, evangelismo e a crise brasileira.** Novos estud. CEBRAP, São Paulo. v38, n 01. 185-213. Jan – Abr, 2019.
Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/nec/v38n1/1980-5403-nec-38-01-185.pdf Acesso em: 06 out. 2023.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da Reestruturação Produtiva. Ensaios de sociologia do trabalho.** Londrina: Práxis, 2007.

ARAÚJO, J. F. dos S.; SILVA, M. J. A. Classe Social e estigma: a realidade de mulheres soropositivas. **14º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.** São Paulo, 2013.

ÁVILA, M. Notas sobre o trabalho doméstico. Reflexões feministas para transformação social. **Cadernos de Crítica Feminista**, Ano I, N. 0, dez. 2007. Recife: SOS Corpo. Disponível em: https://soscorpo.org/publicacoes/revista/. Acesso em: 06 out. 2023.

_____. As mulheres no mundo do trabalho e a relação corpo e sujeito. **Cadernos de Crítica Feminista**, Ano V, N. 4, dez. 2011. Recife: SOS Corpo.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde.** In: MATTA, Gustavo Corrêa, et al (Org.). Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

BARBOSA FILHO, Evandro Alves; ROCHA, Solange. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV E AIDS na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; BARBOSA FILHO, Evandro Alves. (org.). **HIV AIDS e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil e Moçambique.** Recife: Editora UFPE, 2018. p. 27-156.

BARRETTO, Elvira Simões. **Sexualidade e Gravidez Entre Adolescentes: busca ou desordem**. 1. ed. MACEIÓ: Edufal, 2011.

BARROSO, Hayeska Costa. Artesanato e divisão sexual do trabalho: considerações sobre o trabalho de mulheres artesãs no Ceará. XVI Encontro Nacional de Pesquisadores/as em Serviço Social. Vitória – ES, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22192/14700 Acesso em: 06 out. 2023.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra reforma – desestruturação do estado e perda de direitos.** Editora Cortez: 2 ed, 2011.

_____. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e e perdas de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING. Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BEVERIDGE, William. **O Plano Beveridge: relatório sobre o seguro social e serviços afins.** Tradução de Almir de Andrade. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943.

BLACKWELL, Maylei; NABER, Nadine. **Interseccionalidade em uma Era de Globalização.** As implicações da Conferência Mundial contra o Racismo para práticas feministas transnacionais. In: Estudos Feministas. Ano 10, 1º semestre de 2002, p. 189-198. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11637.pdf Acesso em: 06 out. 2023.

BRAMBATTI, Larissa Polejack. A adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS: barreiras e possibilidades. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, jul-dez 2005. Vol 16, (p. 7-21).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

_____. **Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids.** Brasil, 1989. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha#:~:text=I%20%2D%20Todas%20as%20pessoas%20t%C3%AAm,sua%20melhor%20qualidade%20de%20vida. Acesso em: 06 out. 2023.

_____. **Portaria 236, de 2 de maio de 1985.** Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985#:~:text=Cria%20o%20Programa%20de%20Controle,%2C%20Aids%20e%20Hepatites%20Virais Acesso em: 10 out. 2023.

_____. **Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília, 2004. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/ Acesso em: 10 out. 2023.

_____. **Lei nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8142/90.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e sobre a transferências de recursos intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993.

_____. **Lei 12.984, de 02 de junho de 2014.** Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.

_____. **Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. 1 ed., V. 32. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf Acesso em: 06 out. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2020/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf Acesso em: 16 out. 2022.

_____. **Decreto n.º 9.795 de 17 de maio de 2019.** Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/decreto-no-9795-de-17-de-maio-de-2019 Acesso em: 07 out. 2023.

_____. **Decreto n.º 10.060 de 14 de outubro de 2019.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10060.htm Acesso em: 07 out. 2023.

_____. **Emenda Constitucional n.º 95 de 2016.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: 07 out. 2023.

BRAVO; M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BELOQUI, J. A. Brasil: **Violência e Discriminação em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS.** A perspectiva dos membros da RNP+. São Paulo: Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS- RNP+/GIV- Grupo de Incentivo à Vida, 2019.
Disponível em:
http://www.giv.org.br/Arquivo/Relatorio-RNP-Brasil-Violencia-Discriminacao-Pessoas-HIV-AIDS.pdf Acesso em: 06 out. 2023.

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

BOITO, Armando. **Estado, política e classes sociais - ensaios teóricos e históricos.** São Paulo: Ed. Unesp, 2007.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. In: **Cadernos de Pesquisa**, vol.37, nº 132, São Paulo, set./dez. 2007.

CAMPOS, C. H.; OLIVEIRA, G. C. **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios.** Brasília: CEFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009. Disponível em: https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/colecao20anos_saudereprodutivadasmulheres.pdf Acesso em: 21 fev. 2022.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política.** Trad. Equipe de Tradutores do Instituto de Letras da Puc campinas. 4. ed. Campinas-SP: Papirus, 1994.

CARLOTO, C. M. O Conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, Londrina, v. 3, n. 2, p. 205, jan./jun. 2002. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v4n2_carlotto.htm Acesso em: 2 set. 2022.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant (org). **A Família contemporânea em Debate.** 7ª.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CAVALCANTE, Stela Valéria Soares de Farias. Violência Doméstica. Análise da Lei "Maria da Penha", N°11.340/2006. **Revista ampliada e atualizada com jurisprudências.** Alagoas: Podivm, 2010.

CHAUÍ, M. **Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida.** Editora Brasiliense, 1992.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social.** 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2004.

COUTO, M. H. C. **A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS.** 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4572 Acesso em: 20 fev. 2022.

CRENSHAW, Kinberle. A Intersecionalidade na Discriminação de Raça e Gênero. In: Cruzamento: raça e gênero. Ano 2012, p. 07-16. Disponível em: http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf Acesso em: 17 set. 2022.

DANIEL, Hebert. **Vida antes da Morte**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em: https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/VIDA_ANTES_DA_MORTE_LIFE_BEFORE_DEATH_site.pdf Acesso em: 20 set. 2022.

DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER. Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf Acessado em 01 de outubro de 2022.

DELPHY, C. O inimigo principal: a economia política do patriarcado. Brasília: **Revista Brasileira de Ciência Política.** N.º 17, maio-agosto de 2015, pp 99-119. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281616358_O_inimigo_principal_a_economia_politica_do_patriarcado Acesso em: 17 set. 2022.

EDMUNDO, K. Políticas de Prevenção: a prevenção como um direito. In: LEITE, V.; TERTO JR., V.; PARKER, R. (Orgs.). **Dimensões sociais e políticas de prevenção.** Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2018. Disponível em: http://abiAIDS.org.br/wpcontent/uploads/2018/12/Publicacao_dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao.pdf Acesso em: 23 set. 2022.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade e do Estado.** Trad. De H.Chaves. 4ª Edição. Portugal - Editorial presença: Livraria Martins Fontes, 1984. Disponível em: https://www.marxists.org/portugues/marx/1884/origem/index.htm Acesso em: 9 set. 2022.

FACCHINI, Regina. **Sopa de Letrinhas? O movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos de 1990.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FALQUET, Jules. Repensar as relações sociais de sexo, classe e "raça" na globalização neoliberal. **Mediações.** v. 13, n.1-2, p. 121-142, Jan/Jun e Jul/Dez. 2008.

_____. capitalismo financeiro não liberta as mulheres: análises feministas materialistas e imbricacionais. **Revista Crítica Marxista**, n.º 36, IFCH/UNICAMP. In: Verschuur Ch. Guerin I. Guetat-Bernard H. (Eds) Sous le développement, le genre? Paris/Genève: IRD/IHEID, 2013. Disponível em: https://julesfalquet.files.wordpress.com/2016/04/art-port-apropexploraccca7aounicamp.pdf Acesso em: 23 set. 2023.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva.** São Paulo: Editora Elefante, 2017.

_____. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva.** Tradução do Coletivo Sycorax. Disponível em: http://coletivossycorax.org/indice/ Acessado em 23 de setembro de 2023.

_____. **O ponto zero da revolução.** Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. Editora Elefante: São Paulo, 2019. Tradução do Coletivo Sycorax.
Disponível em: http://coletivossycorax.org/indice/ Acesso em: 23 set. 2023.

FERNANDES, R. AL C. **Mulheres vivendo com HIV/Aids: processos de (auto)cuidado, violências e sorofobia. percursos na política de saúde.** Dissertação de Pós-graduação em Serviço Social (UFPE), 2020. Disponível em:
https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39063#:~:text=Renata%20Alves%

20C%C3%A9sar.-,Mulheres%20vivendo%20com%20HIV%2FAids%3A%20processos%20de%20(auto),de%20Pernambuco%2C%20Recife%2C%202020. Acesso em: 22 set. 2022.

FERRARI, Anderson. Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo. **Revista Brasileira de Educação**, v 25, p. 105-115, Jan /Fev /Mar /Abr, 2004.

FERREIRA, L. Governo Bolsonaro tem início com pasta dos Direitos Humanos hiperconectada a discurso evangélico. **Revista eletrônica Gênero e Número**, 2019.
Disponível em: http://www.generonumero.media/governo-bolsonaro-tem-inicio-compasta-dos-direitos-humanos-hiperconectada-discurso-evangelico/ Acesso em: 7 out. 2022.

FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade vol. I, **A Vontade de Saber.** 9. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

GALVÃO, Loren. Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde da Mulher e Saúde Materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios.** São Paulo: Hucitec; Population Council,1999. P. 165-179.

GALVÃO, E. F. Gênero e Saúde: representações e práticas na luta pela saúde da mulher. **Revista Fazendo Gênero** - Corpo, Violência e Poder - Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST57/Elaine_Ferreira_Galvao_57.pdf Acesso em: 23 set. 2023.

GAMA, A.S. Gênero e Avaliação da Qualidade da Atenção em Serviços de Saúde Reprodutiva. In BRAVO, M.I.S. [et. al.], (Organizadoras). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

GUILLAUMIN, Colette. Práctica del poder e idea de naturaleza. In: CURIEL, Ochy; FALQUET, Jules. (comp.). **El patriarcado al desnudo: tres feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet, Nicole Claude Mathieu.** Buenos Aires: Brecha Lésbica, 2005.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Mortalidade por HIV/AIDS no Brasil 2000-2015: motivos para preocupação. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Maio 2017; 20 SUPPL 1, 182-190.

HARTMANN, Heidi. Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexos. In: BORUERIAS, Cristina; CARRASCO, Cristina; ALEMANY, Carmem (comp.). **Las mujeres y El trabajo: rupturas conceptuales.** Barcelona: Icaria: Fuhem, D.L. 1994.

HAUG, F. Para uma Teoria das Relações de Gênero. In: BORON, A. A.; AMADEO, J.; GONZÁLEZ, S. (Orgs). **A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas.** Buenos Aires: Expressão Popular, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero, Sexualidade e Saúde. In: **Saúde, Sexualidade e Reprodução – compartilhando responsabilidades.** Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1999, p. 101-110. Disponível em: https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48783/mod_resource/content/0/HEILBORN.%20G%C3%AAnero%2C%20sexualidade%20e%20sa%C3%BAde..pdf Acesso em: 16 set. 2022.

HIRIGOYEN, Marie-France. **A violência no casal: da coação psicológica à agressão física.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HOBBES, Thomas. **O Leviatã.** São Paulo: Nova Cultural, 1999.

HOFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, ano XXI, nº 55, novembro/2001, p. 30-41. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ccedes/a/pqNtQNWnT6B98Lgjpc5YsHq/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 5 abr. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na cena contemporânea.** In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-20160806040312305745O.pdf Acesso em: 20 fev. 2022.

_____. **Questão Social no capitalismo.** Revista da Associação Brasileira do ensino e pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Rio de Janeiro, nº 3. Jan – Jun. 2001. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-20180413124527670585O.pdf Acesso em: 21 fev. 2022.

_____. **O Serviço social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 17. ed. São Paulo, Cortez, 2009.

IANNI, O. **Estado e Capitalismo: estrutura social e industrialização no Brasil.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

IPEA**. Retrato das desigualdades de gênero e raça** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ... [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf Acesso em: 6 out. 2023.

JACCOUB, Luciana. **Proteção Social no Brasil: debates e desafios.** In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS/UNESCO, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/concepcao_gestao_protecaosocial.pdf Acesso em: 20 fev. 2022.

KALIL, Jorge Agle et al. **Sarcoma de Kaposi em membros inferiores: relato de caso.** Jornal Vascular Brasileiro [online]. 2010, v. 9, n. 4. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1677-54492010000400012 Acesso em: 20 fev. 2022.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, Helena. [et al.] (org.). **Dicionário Crítico do Feminismo.** São Paulo: Editora UNESP, 2009.

LANDIM, E. L. A. S. **Descentralização da gestão do programa de DST/AIDS no estado da Bahia: desafios para o município como território de práticas de saúde.** Dissertação (Mestrado). Núcleo de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/8083/1/555555.pdf Acesso em: 22 set. 2022.

LAQUEUR, Thomas. **Iventando o sexo: corpo e Gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LENIN, Vladimir. **O Estado e a Revolução.** São Paulo: Hucitec, 1983.

LESSA, S. **Para compreender a ontologia de Luckács.** Ed. Coletivo Veredas, 2007.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2004.

LIMA, F. H. R. **A construção do preconceito no sujeito portador de HIV: o poder do discurso midiático na representação do estigma social.** 2014.131 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) - Centro de Humanidades, UEC, Fortaleza, 2014. Disponível em: http://www.uece.br/posla/wp-content/uploads/sites/53/2019/11/FERNANDO-HENRIQUE-RODRIGUES-DE-LIMA.pdf Acesso em: 21 set. 2022.

LOBO, E. S.- **A Classe Operária tem dois sexos.** São Paulo. Edit. Brasiliense, São Paulo, 1991.

LOPES, Pablo de Oliveira. HIV e AIDS, passado e presente: os gays como representação social da doença. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.5, p.50122-50134, may 2021. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30028/23651 Acesso em: 08 out. 2023.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social: Os princípios ontológicos fundamentais de Marx.** São Paulo: Ciências Humanas,1998.

_____. **As Bases Ontológicas do Pensamento e da Atividade do Homem.** Temas de Ciências Humanas n. 4. Tr. C. N. Coutinho, São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978.

MACHADO, Lia Zanotta. **Matar e morrer no feminino e no masculino.** In: OLIVEIRA, D. D.; GERALDES, E. C.; LIMA, R. B. (Org.) Primavera já partiu: Retrato dos homicídios femininos no Brasil. Brasília: MNDH, 1998.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo Tardio**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política.** São Paulo: Boitempo, 2013.

MATOS, Vanessa Cristina Santos. Uma análise sobre participação política (ações afirmativas) e cidadania feminina. **Revista Ártemis**, Vol.9, p.171-178, Dez. 2008.

MARX, Karl. **O Capital (crítica da economia política).** Livro 1, Tomo I. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1968, 1984, 2013.

_____. **Para a crítica da economia política.** Coleção Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

_____. **Glosas críticas marginais ao artigo "o rei da Prússia e a reforma social" de um prussiano.** Tradução Ivo Tonet. 1. Ed. São Paulo: Expressão popular, 2010.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. **Sobre a questão judaica.** São Paulo: Boitempo, 2011.

Medo da Aids põe países europeus em alerta total. **O Globo**, Rio de janeiro, 22 de fevereiro de 1987. Caderno O Mundo, p. 30. Disponível em: http://acervo.oglobo.globo.com/busca/?tipoConteudo=pagina&ordenacaoData=relevancia&allwords=gays+e+promiscuidade&anyword=&noword=&exactword=&decadaSelecionada=1980&anoSelecionado=1987 Acesso em: 20 out. 2023.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital – rumo a uma teoria da transição.** São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. **A montanha que devemos conquistar: reflexões acerca do Estado.** Tradução Maria Izabel Lagoa. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

MINAYO, Maria Célia de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. (Coleção temas sociais).

MUSSKOPF, André Sidnei; BLASI, Márcia. (Orgs.). Ainda feminismo e gênero: histórias, gênero e sexualidade, sexismo, violência e políticas públicas, religião e teologia. São Leopoldo: CEBI, 2014. Disponível em: https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MA/index Acesso em: 20 fev. 2022.

NAILA, J. S. et al. **Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras.** Cad. Saúde Pública vol.25. Rio de Janeiro 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014 Acesso em: 20 fev. 2022.

NASCIMENTO, Gisele C. L. do. **Violência contra a mulher: reflexão sobre a resistência feminina.** Trabalho de Conclusão de Curso, ESS/UFF, Niterói, 2004.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a Propósito da "Questão Social". **Revista Temporalis.** Brasília: ABEPSS, n.3, 2001.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: Uma Introdução crítica.** (Biblioteca Básica de Serviço Social), São Paulo, ed. Cortez; 2009.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. O duplo trabalho feminino: o exemplo das teleoperadas. **Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito**, v. 10, nº 2, 2008. Disponível em: file:///C:/Users/Moises/Downloads/34253-Texto%20do%20Artigo-115350-1-10-20130717.pdf Acesso em: 16 set. 2022.

NUNES, Silvia Alexim **O corpo do Diabo entre a cruz e a caldeirinha.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

ONU MULHERES. **O Progresso das Mulheres no Mundo (2015-2016): Transformar as economias, realizar direitos.** Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/o-progresso-das-mulheres-no-mundo-2015-2016-transformar-as-economias-realizar-direitos-relatorio-completo-ingles/ Acesso em: 20 set. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** 4ª reimpressão, Ed. FioCruz, São Paulo-SP, 2013.

PARKER, Richard; CAMARGO JR, Kenneth Rochel. **Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 89-102, 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700008 Acesso em: 20 fev. 2023.

PARKER, Richard. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de Políticas sobre o HIV/AIDS, 1982/1996. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 8-49, agosto. 2003. Disponível em: https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2019/03/4-Construindo-os-alicerces-para-a-resposta-ao-HIV_AIDS-no-Brasil-o-desenvolvimento-de-poli%CC%81ticas-sobre-o-HIV_AIDS-1982-%E2%80%93-1996-2.pdf Acesso em: 20 set. 2022.

_____. **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a AIDS no Brasil.** Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro- RJ, 1998.

_____. Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Editora ABIA, 1996.

PATRIOTA, L. M.; AMORIM, J. de A.; SCHULZE, M. B. **Aids: transformações sociais, políticas e culturais produzidas pela epidemia.** In: Revista Oficina. Ano X, n. 17. Belo Horizonte, 2003.

PELUCIO, Larissa. Ativismo soropositivo: a politização da AIDS. **Ilha - Revista de Antropologia**, n. 1, 2, v. 9, p. 119-141, 2007.

PEREIRA, P. A. P. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A.P. **Política Social e Democracia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2007.

PERROT, Michele. **Mulheres Públicas.** São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

POCHMANN, M. **Determinação do emprego no capitalismo.** In: POCHAMNN, M. O emprego no desenvolvimento da nação. São Paulo: Boitempo, 2008.

POLLACK, M. **Os Homossexuais e a Aids: Sociologia de uma Epidemia.** São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

PORTELLI, Hugues. **Gramsci e o Bloco Histórico.** Trad. Angelina Peralva. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1977.

PRECIADO, Beatriz. **Manifesto Contrassexual.** Políticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: n-1 edições, 2014.

_____. Texto Yonqui. Espanha: Editora Espasa Calpe, 2008.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROCHA, Ana. O significado do trabalho e a emancipação da mulher. **Revista Mátria: a emancipação da mulher.** Ano 8, vol. 1, nº 8, p. 15-20, março de 2010.

RUSSO, Glaucia; CISNE, Mirla; BRETTAS, Tatiana. **Questão Social e mediação de gênero: a marca feminina na Assistência Social.** Ser social n 22. Brasília. 2009.

SALAMA, Pierre, VALIER, Jaques. **Uma introdução à economia política brasileira**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

_____. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade.** Expressão Popular: São Paulo, 2013.

_____. **O poder do macho.** São Paulo: Moderna, 1987.

_____. **Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento?**. Dossiê Crítica Marxista. São Paulo, Boitempo, v.1, n. 11, 2000, p. 71-75. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/dossie29Dossie%202.pdf Acesso em: 17 nov. 2022.

SANTOS, Regina Maria dos. **O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS :demandas e desafios nos hospitais públicos.** 2005. Dissertação (Mestrado em Serviço Social, Formação Profissional, Trabalho e Proteção Social; Serviço Social, Cultura e Relações) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17931 Acesso em: 17 nov. 2022.

_____. A problemática da exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/Aids no Brasil. **Revista Interface**, Natal/RN - v. 4 - n. 1 - jan./jun. 2007. Disponível em: https://ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/interface/article/view/55/54 Acesso em: 17 nov. 2022.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FRANÇA Junior I. **Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano,** 2005. Rev Saúde Pública,2008 Jun;4 2:127–37. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000800015 Acesso em: 12 out. 2023.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: Uma Categoria Útil de Análise Histórica.** Educação e Realidade. Vol.16. No. 2, Porto Alegre, 1990.

SILVA, Rosângela Cavalcanti da. Capitalismo, patriarcado e violência contra a mulher: uma discussão necessária para o serviço social. **15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Olinda – PE, 2016. Disponível em: https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/0810.pdf Acesso em: 17 nov. 2022.

STANCKI, Nanci. G**ênero e Trabalho Feminino: estudo sobre as representações de alunos(as) dos cursos técnicos de Desenho Industrial e Mecânica do CEFET-PR.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Tecnologia do CEFET-PR. Curitiba, 2000.

SOARES, Raquel Cavalcante. As particularidades da Contrarreforma na Política de Saúde Brasileira. In: **Xix Seminário Latino Americano De Escuelas De Trabajo Social.** Universidad Catolica Santiago de Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

_____. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social.** 2010. 113 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Pernambuco, Pernambuco.

SOUZA, Terezinha M.S. **Agora sou uma estrela, uma análise da cota de 30% de mulheres em cargos de direção no partido dos trabalhadores.** PUC, São Paulo, 2000.

SOUZA, Terezinha Martins dos Santos. **Emoções e capital: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista.** PUC, São Paulo, 2006.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes.** In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS/UNESCO, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/concepcao_gestao_protecaosocial.pdf Acesso em: 17 nov. 2022.

TEIXEIRA, Francisco J. S; OLIVEIRA, Manfredo de Araújo. **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva:** As novas determinações do mundo do trabalho. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

TERTO JUNIOR, V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/Aids. **Revista Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, junho de 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ha/a/nnvKsFYGkD7TPDyhc8jGxqM/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 17 nov. 2022.

TONET, I. **Democracia ou liberdade?**. Maceió: EDUFAL, 1997.

TORRES, Antonio Marco. **A diversidade sexual na escola e os direitos de cidadania LGBT na escola.** 2° ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

TORRES, I. C. **As primeiras-damas e a assistência social: relações de gênero e poder.** São Paulo: Cortez, 2002.

TEXEIRA, P. R. **Políticas públicas em Aids.** In: PARKER, R. Políticas, instituições e Aids. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Zahar, 1997, p. 43-68.

UNAIDS. **Guia de Terminologia da UNAIDS**, 2017. Disponível em: https://unaids.org.br/terminologia/ Acesso em: 17 nov. 2022.

VASCONCELOS, Rico. **Aprendizados da epidemia de HIV que são úteis para a de coronavírus**. Disponível em: https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2020/02/28/aprendizados-da-epidemia-de-hiv-que-sao-uteis-para-a-de-coronavirus/ Acesso em: 17 set. 2023.

_____. **Entenda por que é um erro associar o aumento do HIV à homossexualidade.** Disponível em: https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2019/09/13/entenda-por-que-e-um-erro-associar-o-aumento-do-hiv-a-homossexualidade/ Acesso em: 17 set. 2023.

VENTURI, G.; BOKANY, V. **Diversidade sexual e homofobia no Brasil.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/Diversidade-Sexual-Web.pdf Acesso em: 17 set. 2023.

VIDAL, E. C. F. et al. **Políticas para Pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos**. Rev. Rene. fortaleza, v. 10, n. 2, p. 166-174, abr./jun. 2009. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4795 Acesso em: 17 set. 2023.

YANNOULAS, Silvia Cristina. **Dossiê: Políticas públicas e relações de gênero no mercado de trabalho.** Brasília: CFEMEA; FIG/CIDA, 2002.

_____. **Introdução: Sobre o que nós, mulheres, fazemos.** In: YANNOULAS, Silvia Cristina (Coord.). Trabalhadoras: Análise da Feminização das Profissões e Ocupações. Brasília: Editorial Abaré, 2013.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Sistema de proteção social brasileiro: modelos, dilemas e desafios.** Seminário Internacional do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Brasília, 2010.