

Flávia Fernandes de Carvalhaes
Universidade Federal de Santa Catarina

Fernando Silva Teixeira Filho
Universidade Estadual Paulista, Assis

Histórias de vida de mulheres HIV+ ativistas: mudanças e permanências

Resumo: *Nesses anos de seu reconhecimento, a aids tem obrigado a desnaturalizar questões sociais e culturais construídas historicamente e que são parte dos signos, das normas e dos códigos que balizam a estrutura e a organização da sociedade, impondo outros olhares e novas perspectivas para a complexidade de questões relacionadas aos gêneros, aos corpos e à cultura. Considerando essa conjuntura, esta pesquisa foi realizada com quatro mulheres HIV+ ativistas no movimento de aids com o objetivo de apreender suas concepções sobre a doença, os contextos de vulnerabilidade que possibilitaram sua infecção, suas vulnerabilidades à reinfecção e as mudanças e permanências nos campos afetivo-conjugal e da maternidade, a partir da experiência da doença e da militância.*

Palavras-chave: *aids; gênero; ativismo.*

Copyright © 2012 by Revista
Estudos Feministas.

O artigo reflete sobre a relação entre aids, gênero e ativismo, através da análise das narrativas de quatro mulheres HIV+ militantes em organizações não governamentais – ONG. Buscou-se apreender suas concepções sobre o HIV, os contextos de vulnerabilidade que possibilitaram a infecção, bem como as vulnerabilidades à reinfecção e os discursos sobre as experiências nos campos afetivo-conjugal e da maternidade, a partir da vivência da doença e da militância.

A análise articula-se à perspectiva de “processos de subjetivação” pautados na teoria foucaultiana, produtos de relações de poder e de saber, e não numa suposta interioridade. Partimos do pressuposto de que a materialidade do corpo e os debates ontológicos pautados em visões

naturalistas são construções históricas consolidadas por diferentes marcadores, como raça, classe, etnia, geração, entre outros. Nesse sentido, buscamos referência em autores que desconstruem noções identitárias homogeneizantes e que concebem corpo e gênero como produções discursivas, processuais, históricas, fragmentadas, plurais e conflituosas.¹

¹ Judith BUTLER, 2003.

A aids é uma doença que, pela sua interface com significados construídos culturalmente como a morte, o uso de drogas e as práticas sexuais, é atravessada por uma série de discursos e conceitos moralizantes.² Desde o surgimento no início da década de 1980, dos primeiros casos reconhecidos como sendo de infecção pelo vírus HIV, a doença tem sido problematizada por pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento, devido à complexidade das perspectivas sócio-históricas, políticas, subjetivas e biológicas que a atravessam.³ A aids trouxe o debate sobre questões historicamente veladas como a morte, o uso de drogas, as sexualidades, as relações de gênero e as diversas dimensões do prazer. Com isso, tem ajudado a desnaturalizar questões sociais e culturais construídas historicamente que são parte dos significados, das normas e dos códigos que balizam a estrutura e a organização da sociedade.⁴

² Susan SONTAG, 2007.

³ Maycon Silva LOPES, 2011.

⁴ Jeffrey WEEKS, 2001.

⁵ Kátia GUIMARÃES, 2001.

Segundo Guimarães,⁵ é a partir da década de 1990 que o fenômeno de feminização da aids ganha certa visibilidade, sendo ambíguo o lugar ocupado pela categoria “mulher” nesse panorama, “ora situada ‘como vítima’ anônima de um parceiro contaminado, ora como ‘culpada’ por si mesmo”.⁶ Desde então, o número de mulheres infectadas pelo vírus HIV no Brasil, como nos demais países em desenvolvimento, aumentou radicalmente, apontando para um processo de feminização da epidemia.⁷ As razões que explicam essa dinâmica de infecção são complexas, mas se ressaltam os contextos de exclusão e de estigmatização a que as mulheres estão submetidas devido a dificuldades de acesso à informação, aos insumos de prevenção (camisinha feminina, por exemplo), ao diagnóstico e ao tratamento, e devido ainda ao atravessamento das questões socioculturais relacionadas às desigualdades entre os gêneros.⁸ Isso evidencia a importância de se pensarem as vulnerabilidades das mulheres à infecção pelo HIV também a partir de contextos históricos, políticos e culturais.

⁶ GUIMARÃES, 2001, p. 28.

⁷ BRASIL, 2009.

⁸ BRASIL, 2009, p. 8.

Foucault⁹ diz que a nossa sociedade transpôs o “umbral da modernidade biológica” na passagem do século XVIII para o XIX, exatamente por serem os corpos (indivíduos) e a espécie humana o foco das estratégias políticas do poder disciplinar, que se deu através do controle biológico (natalidade, mortalidade, práticas sexuais etc.) da população, respaldado pela produção de um discurso

⁹ Michel FOUCAULT, 1988.

científico denominado biopoder”. Assim, o controle dos corpos já não se efetivava através (ou apenas) de paradigmas religiosos e discursos sobre a divindade de homens e mulheres, e sim de discursos de finalidades biológicas que diferenciavam e classificavam o corpo dos machos e das fêmeas em “verdades” científicas. Nessa perspectiva, o poder se articulou numa disciplinarização anatomopolítica do corpo e seus objetivos principais foram o fortalecimento do Estado Nacional, a afirmação da nascente burguesia e a formação de um dispositivo médico-jurídico que legitimou a medicalização e a normalização da população.

Nessa conjuntura, profere-se a ideia de que homens e mulheres apresentam anatomias, subjetividades e papéis sociais¹⁰ diferentes, o que justificaria assimetrias de acessos à vida política, econômica e cultural.¹¹ Através desse projeto político, a sexualidade feminina foi associada a imagens de imperfeição, passividade, pecado e reprodução, enquanto a sexualidade masculina foi associada à ideia de virilidade e prazer. A “distinção sexo/gênero sugere uma distinção radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos”,¹² sendo a presunção de coerência dos gêneros homem e mulher associada à imposição e aos limites impostos por uma heterossexualidade compulsória, estável e oposicional que se engendra no interior de um sistema de sexo/gênero rígido.

Levando-se em conta esses apontamentos teóricos, empreendemos uma pesquisa de mestrado em Psicologia Social nos anos de 2007 e 2008, da qual, neste artigo, iremos apresentar apenas um recorte guiado pelas seguintes questões: Quais contextos e discursos produziram na trajetória das mulheres entrevistadas vulnerabilidades à infecção e à possibilidade de reinfecção? Que atravessamentos a experiência do HIV e da militância potencializou nos campos afetivo-conjugais e da maternidade? Como a perspectiva de gênero na experiência da doença pode nos auxiliar a compreender, entre outros fatores, as mudanças subjetivas e a articulação política empreendidas por essas mulheres após a constatação de que se tornaram HIV+?

Participaram do estudo quatro mulheres¹³ HIV+ ativistas no movimento de aids, residentes em uma cidade que é referência no ativismo paranaense, de classes populares e de maioria negra. Todas as entrevistas foram realizadas em 2008, portanto os dados pessoais explicitados abaixo se referem àquele momento da trajetória de vida delas.

Solange estava com 45 anos quando a entrevistamos. Ela descobriu sua sorologia positiva em 1994 e, desde 1997, militava no movimento paranaense de luta pelos direitos

¹⁰ Segundo Guacira Lopes Louro (1999, p. 24), papéis sociais são, basicamente, padrões ou regras arbitrárias que uma sociedade estabelece para seus membros e que definem seus comportamentos, suas roupas, seus modos de se relacionar ou de se portar. Através do aprendizado de papéis, cada um/a deveria conhecer o que é considerado adequado (e inadequado) para um homem ou para uma mulher em determinada sociedade e responder a essas expectativas.

¹¹ Thomas Walter LAQUEUR, 2001.

¹² BUTLER, 2003, p. 24.

¹³ Os nomes das mulheres que entrevistamos, bem como os outros nomes constantes de seus relatos são fictícios.

das pessoas HIV+ e em uma ONG/aids. Viúva, morava na época com o filho caçula, Carlos, com 14 anos, e, desde a morte do marido, Denis, relatou não ter tido outros relacionamentos afetivo-sexuais. Mãe de quatro filhos, três do primeiro casamento e um do segundo, definiu-se como “*morena clara*” e se considerava de classe social “*pobre*”.

Clara estava com 33 anos quando a entrevistamos. Ela descobriu sua sorologia positiva em 1994. Quando conversamos, fazia quatro anos que ela militava no movimento de redução de danos (RD)¹⁴ e 13 anos que estava casada. Mãe de três filhas, uma delas do primeiro casamento e duas do segundo relacionamento, definiu-se como “*morena*”, mas “*uma morena mais queimadinha*”. Em relação à sua condição socioeconômica, disse que, depois que começou a desenvolver ações de RD em alguns assentamentos e a conhecer a realidade social dessas localidades, já não se considerava “*pobre*”.

Ana estava com 31 anos quando a entrevistamos. Ela descobriu sua sorologia positiva em 2005 e, desde então, militava em uma ONG/aids. Naquele momento estava separada do marido e tinha três filhos. Definiu sua cor de pele como “*parda*” e sua classe social como “*baixa*”.

Sandra estava com 31 anos quando a entrevistamos. Ela relatou que já sabia da sua sorologia há 19 anos e era membro de uma ONG/aids há aproximadamente 12 anos. Naquele momento, ela estava casada pela segunda vez e seu filho Pedro tinha 12 anos. Ela definiu sua cor como *branca* e sua classe social como “*média baixa*”.

Com o intuito de mapear as experiências pessoais dessas mulheres, utilizamos o método de histórias de vida¹⁵ e, para a coleta de dados, entrevistas semiestruturadas.¹⁶ Entretanto, as histórias das mulheres que entrevistamos não são exemplos da realidade de todas as mulheres HIV+, pois, além da sorologia positiva, estabelecemos como recorte analítico para a escolha das entrevistadas a vinculação a ONGs e a movimentos de defesa dos direitos humanos das pessoas HIV+. A escolha por entrevistar mulheres ativistas deveu-se, principalmente, à percepção de que a inserção em movimentos reivindicatórios é um dos grandes exemplos do impacto da experiência da doença em suas vidas e, em contrapartida, a vivência do ativismo é decisiva para que algumas ressignifiquem parcialmente a doença.

Ao traçar um panorama das construções socioculturais que atravessam os corpos e os processos de subjetivação dessas mulheres, bem como um panorama da aids, procuramos mapear relações de poder e saber que, historicamente, se organizam em práticas sociais, produzem subjetividades e legitimam assujeitamentos das pessoas a normativas sociais que, cotidianamente, insistem em regular

¹⁴ A redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas (Alan MARLATT, 1999, p. 45).

¹⁵ Maria Isaura Pereira de QUEIROZ, 1988.

¹⁶ Eduardo José MANZINI, 1990.

¹⁷ Maria Juracy Filgueiras TONELI e Simone BECKER, 2010.

a vida.¹⁷ Nesse sentido, procuramos problematizar nas análises a seguir movimentos de legitimações e resistências que atravessaram os processos de subjetivação dessas mulheres, a partir do encontro com a doença e a militância.

Vulnerabilidades

A noção de que uma pessoa corre o risco de se infectar pelo HIV apenas por ter se colocado (conscientemente) em uma situação de maior ou menor risco é reducionista e tendenciosa, pois sugere a ideia de responsabilidade exclusivamente individual pela infecção. Existem “condições sociais de risco”¹⁸ atravessadas por processos complexos de desigualdade, exclusão social e desrespeito aos direitos humanos, entre outros aspectos, que acabam por diminuir a potência de uma pessoa em se proteger. O conceito de vulnerabilidade articula a noção de complexidade, permitindo mapear a multidimensionalidade de discursos e relações que ampliam ou não a possibilidade de uma pessoa se infectar ou se reinfectar.¹⁹

¹⁸ Wilza Vieira VILLELA, 2005.

¹⁹ José Ricardo AYRES, 1995.

Nos relatos coletados durante as entrevistas, foi possível mapear algumas das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas das mulheres HIV+ à reinfeção. No Brasil, há certo descaso no que se refere à organização de políticas de prevenção voltadas a pessoas soropositivas, o que contribui para que muitas pessoas HIV+, inclusive as mulheres entrevistadas, tenham dificuldade em apreender noções de risco a uma segunda infecção.²⁰ No que se refere às vulnerabilidades individuais, ressaltam-se o fato de muitas pessoas soropositivas terem como critério de escolha de parceiros para relacionamentos afetivo-sexuais a sorologia positiva ao HIV. As razões que justificam suas escolhas estavam relacionadas a determinadas crenças, como não ter direito de se relacionar com pessoas soronegativas, sentir-se “*podre por dentro*”, temer infectar o parceiro – além da ideia de que apenas com uma pessoa HIV+ seria possível compartilhar a experiência da doença, como demonstram as falas de Clara e Ana:

²⁰ Alane Michelini MOURA, 2006.

[...] Eu lembro que teve um rapaz que se interessou por mim logo depois disso, ele era amigo da minha prima, e eu até beijei ele. Mas, aí, ele quis transar comigo, com camisinha e tudo, mas eu recusei. Eu pus na minha cabeça que eu não tinha mais o direito de transar, que eu não podia mais ter uma relação, sabe? (Clara)

[...] Meu sonho é encontrar alguém que seja soropositiva. Tem que ser soropositiva, né, porque eu quero dividir com ele o que eu sinto, como é viver com aids; e quero que ele divida o que ele sente comigo também, o nosso mundo. [Você acha que só

uma pessoa HIV vai te entender?] Só. Eu acho que só quem vive com isso poder entender. (Ana)

²¹ Josicleide Maciel da SILVA e Carlos Roberto de Castro e SILVA, 2011.

Entre as vulnerabilidades individuais que produziram risco às infecções destacaram-se contextos, concepções e dificuldades experimentadas com as famílias de origem.²¹ Percebem-se nas narrativas a fragilidade e/ou a ausência de vínculos com os pais, os irmãos e/ou outro cuidador, o que consolidou para algumas as parcerias afetivo-conjugais como possibilidade de sobreviver e/ou construir uma família:

[...] Ele era amigo do meu irmão, os dois andava junto, roubava junto e usava droga junto. Eu nem gostava dele, achava que era vagabundo, mas ele vivia me paquerando. Mas, aí, minha mãe morreu de parada cardíaca – deitou pra dormir e nunca mais acordou – , meu irmão mais novo morreu atropelado, minha irmã casou, meu irmão mudou pra São Paulo e eu acabei sozinha com o meu pai. Meu pai era muito bom comigo, mas vivia bêbado, e eu sentia necessidade de um apoio, de alguém pra cuidar de mim, e acabei me envolvendo com meu ex-marido. Aí, um dia, meu pai ficou internado porque ele bebia muito, e eu me senti muito apavorada. Aí, eu resolvi que eu ia casar com ele, que assim eu teria alguém pra cuidar de mim, me ajudar, eu teria minha casa. (Clara)

²² Claudia FONSECA, 2000.

Há também o fato de as mulheres entrevistadas apresentarem baixas condições econômicas e terem sido subjetivadas numa cultura popular que, segundo Fonseca,²² entende, de forma explícita, a valorização da mulher agenciada ao casamento e à maternidade, ou seja, seus relatos mostram que o fato de terem iniciado cedo seus relacionamentos conjugais e práticas sexuais, imbricado à normativa da maternidade, as tornou mais vulneráveis à infecção.

²³ Eram considerados grupos de risco os homossexuais, as prostitutas e os usuários de drogas (Richard Guy PARKER, 1994).

Essas mulheres não podem ser diretamente relacionadas aos chamados “grupos de risco”,²³ pois, no momento da infecção, não eram usuárias de drogas e não se enquadravam nas definições errôneas e moralistas de “promiscuidade” – eram mulheres que mantinham relações estáveis, monogâmicas, e foram infectadas pelos seus parceiros fixos, assim como grande parte das mulheres HIV+ em todo o mundo.²⁴ No caso de Solange, Clara e Ana, contudo, há que se levar em conta que elas mantinham relações sexuais desprotegidas com parceiros usuários de drogas, o que as caracterizava como em situação de risco. No início da década de 1990, segundo Guimarães,²⁵ “o Programa Nacional alardeou o bissexual e o usuário de drogas injetáveis masculinos como os principais vetores sexuais do HIV para as mulheres, junto com a prática de

²⁴ Leandro Castro OLTRAMARI e Brígido Vizeu CAMARGO, 2010.

²⁵ GUIMARÃES, 2001, p. 30.

sexo anal, visto como outro fator grave de risco”. Percebe-se que, embora informações sobre HIV/aids já fossem veiculadas no período de infecção dessas mulheres, elas não se consideravam em contexto de risco ao vírus. Clara, por exemplo, não havia pensado sobre o tema: *“Eu nunca tinha conhecido alguém com aids, nunca tinha lido nada, nada mesmo”*.

Discursos construídos em torno da epidemia durante toda a década de 1980 e associações equivocadas do vírus a determinados grupos e práticas sociais e sexuais contribuíram para que, mesmo de posse de algumas informações na década de 1990, as mulheres entrevistadas permanecessem agenciadas ao paradigma dos “grupos de risco” e, conseqüentemente, ficassem vulneráveis à infecção. Solange sabia que seu marido havia participado de rodas de pico de cocaína até 1984, mas estranhou quando soube de sua infecção: *“se essa é uma doença de gay, puta e drogado, o que é que eu tinha a ver com essa história?”*. Segundo ela, a partir de 1994 já se ouviam informações sobre os vetores de infecção do vírus, contudo *“você não fazia correlação daquilo que você ouvia com a sua vida”*.

A ideia dos “grupos de riscos” não só contribuiu para estabelecer contextos de estigmatização e preconceito em relação às pessoas vivendo com HIV, como também para que muitas mulheres se tornassem vulneráveis ao vírus.²⁶ Contudo, é necessário complexificar esse debate; afinal, Ana se infectou em 2005, mesmo de posse de informações atualizadas sobre os vetores de infecção do vírus. Ela argumentou que não fazia correlação do uso de drogas do companheiro ao risco de se infectar e disse que não pensava em propor o uso da camisinha na relação, pois o amava e *“ele poderia não gostar”*.

Nas relações sexuais entre homens e mulheres, a dificuldade em negociar a camisinha pode ser entendida como exemplo dos atravessamentos das normativas de gênero,²⁷ pois, na nossa cultura, muitas vezes, o fato de uma mulher carregar um preservativo consigo mostra que ela está “disponível” sexualmente, o que faz com que muitas tenham propor o seu uso no momento da relação e, além disso, algumas podem ter receio de sofrer violência física e/ou psicológica, como contou Clara: *“se eu continuasse a pedir pra ele usar a camisinha, ele ia me bater. O que ia acontecer é que eu ia apanhar e ainda ter que transar sem camisinha; eu ia ter que dar pra ele, ter que dar, e sem preservativo, então era melhor ficar de bico calado”*. Juntam-se a esses elementos a ideia de que a camisinha coloca em xeque o ideal de amor romântico²⁸ e a perspectiva de que a mulher que ama deve se entregar incondicionalmente ao parceiro.

²⁶ Richard Guy PARKER e Jane GALVÃO, 1996.

²⁷ Elizabete Franco CRUZ, 2007.

²⁸ OLTRAMARI e CAMARGO, 2010.

²⁹ Anthony GIDDENS, 1993.
³⁰ Jurandir Freire COSTA, 1989.

A difusão das ideias de amor romântico está profundamente envolvida com a transição socioeconômica ocorrida entre o século XVIII e o início do XIX, com a ascensão do capitalismo. Giddens²⁹ e Costa³⁰ apontam que, entre as consequências desse período, estão o estabelecimento da ideia de lar como espaço protegido e seguro, as modificações das relações entre pais e filhos, e a construção da ideia de que a mãe seria responsável pelo cuidado dos filhos e do marido (o que restringiu a mulher ao ambiente doméstico e a instaurou como representante da afetividade e do amor). Organizou-se, portanto, o ideal do amor romântico diretamente associado à função da maternidade e à vida conjugal, tendo tais agenciamentos dificultado a adoção de medidas preventivas pelas mulheres,³¹ pois, ao exigir um preservativo, elas estariam rompendo com ideais românticos, assim como analisa Solange: “A mulher ainda não tem autonomia; mulher, quando ama, fica boba, ela não quer perder o ser amado de jeito nenhum”.

³¹ OLTRAMARI e CAMARGO, 2010.

Há também o fato de que muitas mulheres casadas que foram infectadas pelos maridos estão impregnadas de pressupostos naturalizantes ligados a masculinidades, que legitimam ao homem o direito à traição, embora isso contrarie a confiança estabelecida no contrato conjugal.³² Muitas vezes, os gêneros são pautados em “regimes sexuais diferenciais, sendo que os homens são percebidos como padecendo de ‘mais necessidade de sexo que a mulher’, subentendendo-se aí que, além de *mais freqüente*, a necessidade masculina é *mais urgente* do que a feminina”.³³ Nessa perspectiva, articula-se a ideia de “descontrole sexual” do homem em oposição à de que as mulheres teriam menos interesse e desejo por sexo, o que se deve ao mito de que o desejo delas está diretamente relacionado a vínculos afetivos e o deles não.

³² Jaspard ARYSE, 2005 citado por OLTRAMARI e CAMARGO, 2010.

³³ Tania SALEM, 2004, p. 22, grifos da autora.

Das mulheres acessadas, apenas Sandra afirma que não sofreu violência/ameaça física e/ou psicológica por parte do companheiro, apesar de, contraditoriamente, ela ter admitido: “*ele era muito ruim comigo*”. Elas relataram que, ainda que sentissem receio, não conseguiam compreender que a violência conjugal as colocavam em situações de risco. A violência contra as mulheres deve ser entendida como um problema de saúde pública “que pode ter consequências na saúde física e psíquica, e, entre as consequências, as DST e o HIV/AIDS”.³⁴ Grossi³⁵ afirma que, muitas vezes, a violência é uma “linguagem que estrutura o contrato conjugal de muitos casais”, atravessada por relações de poder que circulam, “um jogo vivido a dois”,³⁶ configurando diferentes relações entre os parceiros e dificultando o rompimento dessa lógica.

³⁴ BRASIL, 2003, p. 30.

³⁵ Miriam Pillar GROSSI, 1998, p. 304.

³⁶ GROSSI, 1998, p. 307.

³⁷ Regina Célia Pereira CAMPOS, 1998.

Para compreender a questão da aids no contexto das relações afetivo-conjugais e de gênero, a interpretação histórica de fatos singulares e sociais que ocorrem no interior das relações conjugais é imprescindível. Campos³⁷ aponta que o entrelaçamento da relação afetivo-sexual com a vivência da aids ocasiona crises conjugais e exige novos posicionamentos das mulheres.

As relações afetivo-conjugais

³⁸ OLTRAMARI, 2007.

A nova organização social do período industrial, a promulgação dos valores burgueses europeus e as consequências de eventos como a Revolução Francesa foram campos propícios para o incitamento do amor como estratégia de regulação da vida e legitimação de um modelo heteronormativo como referência de normalidade.³⁸ Nesse contexto, foram consideradas características das mulheres a “fraqueza”, a sensibilidade, a doçura, a indulgência e a submissão”,³⁹ que seriam “evidentes” na sua forma de amar, sendo as reações masculinas ao amor caracterizadas pelo vigor físico e intelectual, pela força, pelo prazer altivez e pela racionalidade.

³⁹ Albertina de Oliveira COSTA, 1989, p. 236.

⁴⁰ BUTLER, 2003.

Desde então, a inteligibilidade de certos corpos e gêneros considerados “normais” está imbricada a modelos heteronormativos, articulando a ideia de “coerência” entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais e legitimando verdades prescritas à sexualidade.⁴⁰ Tais “ideais reguladores” são construídos a partir de lógicas binárias, que estabelecem equidades entre vagina/feminino/passividade/espço privado e pênis/masculino/virilidade/espço público. Estéticas de vida que colocam em xeque tais perspectivas são situadas no campo dos abjetos/anormalidades e sofrem constantes interdições e violências.⁴¹

⁴¹ TONELI e BECKER, 2010.

Entretanto, na pesquisa realizada, foi interessante notar que os encontros com a soropositividade e a militância implicaram de fato na vida de algumas delas uma série de experiências de abjeção, contudo esses mesmos encontros potencializaram rupturas de certas normativas sociais, revisão de parte de papéis conjugais enrijecidos e mudanças significativas nos seus relacionamentos afetivos.⁴² Para Clara, a experiência do encontro com o HIV e, principalmente, a participação no movimento social de redução de danos possibilitaram a reconfiguração e a politização de sua inserção em espaços públicos, bem como a ressignificação da percepção que tinha de si mesma, o que acarretou posicionamentos diferentes também diante do companheiro:

⁴² SILVA e SILVA, 2011.

[...] Meus vizinhos ficaram de boca aberta, porque começaram a perceber que a doida da aids trabalha

muito, que sai de manhã e volta à noite; que trabalha muito, que sustenta a casa, que tem informação. Até pro meu marido eu consegui mostrar que eu não era tão coitadinha quanto ele achava que eu era: antes, ele falava que eu era podre e eu concordava; hoje, não.

Para as mulheres entrevistadas, a vida afetivo-conjugal teve início entre os 13 e os 19 anos, e logo tiveram filhos. Nas suas histórias, percebe-se que havia certa urgência em casar e ter filhos, por desejarem construir uma família tida como “ideal” para “fugir” do controle/abuso do pai, entre outros argumentos. Segundo Saldanha e Figueiredo,⁴³ para muitas mulheres, o desejo de sair de casa e constituir uma família considerada por elas “estruturada” contribui com a consolidação de uma postura de passividade diante de qualquer acontecimento que venha perturbar a ordem do “lar, doce lar”. Assim, as suspeitas levantadas contra o parceiro não são motivo para questionamentos ou confrontos, e a confiança estabelecida vai se basear no investimento imediato.⁴⁴ Ana, apesar de perceber sua condição de risco ao HIV, nunca usou preservativo na relação com o companheiro; afinal, “*tava apaixonada, tava mesmo, entendeu?*”.

Na cultura ocidental, o uso do preservativo contrapõe-se ao ideal de conjugalidade e fidelidade na relação amorosa, pois “homens e mulheres partilham a idéia de que ‘eu e o outro somos um’”.⁴⁵ O ideal de amor resulta, principalmente para as mulheres, em uma forma de prevenção e confiança, assim como demonstra a associação presente nos relatos de Solange, que justifica sua infecção com o fato de ter amado demais o marido.

Para complexificar a análise do campo das relações afetivo-conjugais no mundo atual, Grossi,⁴⁶ ao refletir sobre a violência contra as mulheres, descreve quanto as idealizações do amor estão atreladas à ideia de sofrimento e afirma que, nesse entrelaçamento, muitas mulheres, mesmo respaldadas por outras pessoas, não conseguem se separar de seus agressores. Solange, Clara e Ana foram vítimas de violência física ou psicológica por parte dos companheiros que as infectaram. Solange não falou muito sobre isso, talvez porque apanhar do marido contradiga o ideal que ela construiu, em diversos momentos, de que eles eram amantes desta e de outras vidas. Clara e Ana falaram com mais detalhes sobre as agressões que sofreram e, inclusive, que tinham uma vaga noção do risco de infecção pelo HIV, mas continuaram se relacionando sexualmente com seus companheiros. Nas suas histórias, percebe-se que elas estão atravessadas por duas questões principais: o receio de se

⁴³ Ana Alayde Werba SALDANHA e Marco Antonio de Castro FIGUEIREDO, 2002.

⁴⁴ OLTRAMARI e CAMARGO, 2010.

⁴⁵ Maria CARVALHO, 1998 citado por OLTRAMARI, 2007, p. 84.

⁴⁶ GROSSI, 1998.

separarem dos maridos, porque esses poderiam agredi-las; e a ideia de que não havia outra saída. Ana argumentou que não tinha dinheiro para se sustentar e que estava grávida; Clara, que acreditava que nenhum outro homem ficaria com ela, por já ter uma filha, além de achar, na época, que devia permanecer casada e cumprir as normativas de esposa e mãe, mesmo sem saber explicar ao certo as razões para pensar assim.

Contudo, a partir da experiência de infecção pelo HIV e, principalmente, da inserção na militância, as mulheres relataram mudanças em parte das associações entre feminilidade, passividade e fragilidade. Ao exercer outros papéis que, historicamente, não foram (ou são) permitidos a muitas mulheres, elas romperam com certos estereótipos institucionalizados, consolidando movimentos de resistência a algumas normas sociais: “*Eu pensava [Depois que soube ser HIV+]: ‘Eu vou viver tudo aquilo que eu não pude até hoje. Desde que eu não prejudique ninguém, eu vou viver o que eu quero’. Eu comecei a valorizar a minha vida, entendeu?’*” (Ana).

Para Solange, a constatação da infecção pelo HIV possibilitou a experimentação de novas formas de prazer sexual com seu parceiro:

[...] a gente descobriu muitos jeitos de amar sem ter penetração, porque a médica disse que se a gente transasse sem camisinha a gente ia estar trocando de bichos, e a gente foi tentar transar com camisinha e não deu certo; aí a gente inventou outros jeitos de se amar, e a gente ficou um ano transando sem penetração. Mas a gente fazia amor de tantas formas que a gente descobriu que socar não era o único barato.

Entretanto, apesar da evidência de configurações subjetivas resistentes a uma série de normativas, certos discursos apontam para a legitimação de estereótipos de gênero. As quatro mulheres relataram, por exemplo, que nunca sentiram raiva ou mágoa do companheiro por tê-las infectado, inclusive Sandra, que soube que seu primeiro marido mantinha relações desprotegidas com ela mesmo sabendo ser HIV+. Nota-se a legitimação de posturas passivas e vitimizadas que engendram permissividade às relações extraconjugais masculinas e articulam a imagem de que a esposa é propriedade/extensão do marido.⁴⁷

Outro exemplo dessas contradições apareceu no relato de Clara, quando falou das perspectivas e dos planos para o futuro. Suas respostas evidenciam resistência contra a posição inferiorizada, “*podre*”, a que foi submetida por meio de violência física e psicológica nos seus dois casamentos. Contudo, ela afirma que o “destino” principal

⁴⁷ Daniela KNAUTH, 1999.

de uma mulher, seu reconhecimento social e felicidade estão necessariamente agenciados à relação com um homem e ao casamento, reificando o ideal de amor romântico:

Futuro? Quero arrumar outro trabalho pra mim, pra aumentar a minha renda, só pra ter um pouco mais de conforto. Mas eu quero trabalhar é com preso, bandido, usuário de drogas, com o que a sociedade considera lixo. Estou pensando em escrever algum projeto, ir atrás da grana, dar uma assistência legal pra essas pessoas. Quero também estudar; queria passar, também, num concurso público, aí dava pra trabalhar com a redução de danos e ter um emprego fixo. [...] Eu acho que toda mulher nasceu pra morrer de amor por um homem, eu sempre achei isso, desde pequena. [...] Eu sempre sonhei em ter um príncipe encantado, e é isso que eu estou procurando, o meu príncipe encantado.

Os posicionamentos ambíguos diante das normativas sociais refletem também características do momento histórico atual na cultura ocidental, que é atravessado por cenários tradicionais que coexistem com novas configurações sociais e subjetivas. O aumento e a visibilidade de mulheres em diversas instâncias de deliberação, poder e controle, a problematização da feminilização da aids, associados à velocidade de transformação e de demandas em um mundo tecnificado e globalizado, entre outros fatores, produzem atravessamentos nos processos de subjetivação de “feminilidades” e “masculinidades” emergentes e alternativas. O trecho a seguir explicita a potência do encontro de Solange com a possibilidade de articular uma leitura politizada no cotidiano.

[...] o HIV me ensinou que machismo é uma ignorância, então eu falo pros meus filhos: tem que respeitar as mulheres que estiverem com vocês. [...] Eu digo mesmo, pra ele: “Se algum dia você usar sua mulher do jeito que você usa a sua mão, e eu souber, eu acabo com a tua raça”. E eu e meu filho mais novo também dividimos as tarefas em casa: a cozinha e o banheiro, por exemplo, a gente limpa junto; o quarto dele é responsabilidade dele. E algumas pessoas falam: “Ah, mas ele é menino”. E eu respondo: “Eu não tou perguntado o que ele é; ele tem que me ajudar a manter a casa organizada”. Roupa dele eu não passo nem a pau. Se ele quiser sair bonitinho, ele sabe muito bem onde está a tábua e o ferro.

Se partirmos do pressuposto de que os sujeitos se produzem no plano discursivo (sempre contingente e atravessado por diferentes territórios e fenômenos sociais), é imprescindível que as perspectivas desconstrutivistas nos estudos de gênero potencializem a expressão de corpos e trajetórias de vida que questionam os limites reguladores

da vida e subvertem parcialmente a ordem dos gêneros. As articulações de discursos normativos convivendo com discursos resistentes também se evidenciaram nos relatos sobre as experiências com a maternidade, sendo essa compreendida neste artigo como estratégia biopolítica de controle social na modernidade.

A maternidade é o destino: estratégias biopolíticas

Com o surgimento e a ascensão do capitalismo, a mulher se tornou um dos focos de um sistema político que necessitava, com urgência, aumentar a população. Assim, ela foi submetida a práticas de normatização e vigilância⁴⁸ que a associaram a funções reprodutivas. Nesse processo, a medicina teve papel fundamental, através dos imperativos da maternidade e da amamentação.⁴⁹

⁴⁸ FOUCAULT, 1988.

⁴⁹ Elisabeth BADINTER, 1985.

Nos relatos de Sandra e Clara, os efeitos das normativas sociais se tornaram evidentes quando elas se referiram às tentativas de aborto. Quando Sandra disse “*Eu tentei tirar o neném de várias maneiras*”, ela abaixou o tom de voz, como se fosse um segredo, apesar de estarmos sozinhas na sala onde a entrevista foi realizada. E Clara, que também tentou abortar, falou que já se sentiu culpada e que tinha medo de que, por causa disso, ela fosse punida com a morte de sua filha (que na época da entrevista estava com 12 anos).

Os relatos evidenciaram que a questão da maternidade era extremamente importante na vida dessas mulheres e que elas organizavam a relação com os filhos como se esses fossem sua “propriedade”:

[...] Eu fico imaginando, às vezes, assim, que esse mundo tá muito louco, quando você vê essas mães que jogam os filhos nos lixos, nos rios. E eu acho que a mulher está perdendo a questão da afetividade, do amor mesmo; eu daria minha vida pelo meu filho; eu daria não, eu dou, se eu pudesse eu daria, eu jamais... Aí eu fico pensando: aonde a gente vai parar, se o ser feminino, que é capaz de gerar uma vida, de amar e de cuidar, simplesmente joga fora? Eu não sei realmente o que vai acontecer com o futuro. (Solange)

[...] Minhas filhas são tudo pra mim, são as únicas coisas que eu realmente tenho na vida, são as únicas coisas que eu consegui fazer na minha vida. Foi eu que fiz, não foi nada comprado, foi algo que saiu de dentro de mim. Você ter uma casa, uma mansão, é uma coisa, mas é diferente quando você vê que aquela filha saiu de dentro de você. Aí, você vê o braço, a perna, o corpo e pensa: “É, fui eu que fiz”. (Clara)

[...] Mas eles são tudo. É a única coisa que eu realmente tenho: eu mataria por eles, eu morreria por eles, eu roubaria e me prostituiria por eles, sem vergonha e sem pensar duas vezes. Então é tudo, né, um sentimento muito forte. (Ana)

[...] eu me apavorei de pensar que meu filho podia sofrer, tanto que eu me arrependo de ter tentado matá-lo. Não sei se algum dia Deus ainda vai tentar me castigar por tudo o que eu fiz, pela tentativa de aborto com o Pedro. Eu tenho medo de ter que pagar por isso, de Deus tirar o Pedro de mim. (Sandra)

⁵⁰ KNAUTH, 1997.

Knauth⁵⁰ afirma que o desejo de ter um filho não pode ser dissociado da sua função social, pois esse, em nossa cultura, representa a ideia de laço familiar, dá sentido ao casamento e, ainda, garante o lugar de muitas mulheres na esfera social como sérias e respeitáveis. A ideia da maternidade associada a uma função social se evidenciou na história de Ana, quando ela falou sobre uma das suas tentativas de suicídio:

[...] Eu morei uns cinco meses na rua. Teve uma hora que eu me sentia tão sozinha que eu pensei que seria melhor me matar, mas eu não consegui. [...] Eu tentei [o suicídio] três vezes, a última vez foi quando eu já tava com a minha primeira filha e meu primeiro marido queria tirar ela de mim. Eu tava desempregada, na época, morando de favor, e eu pensei: "Ah, sem filho nem nada, o que é que eu vou ficar fazendo aqui?"

Nos relatos, ficou claro que a gravidez dessas mulheres foi atribuída ao acaso, e, para Solange e Ana, a descoberta da sorologia positiva veio, respectivamente, quando a criança já havia nascido e durante o parto. Após o nascimento do filho, Solange passou por um longo período de desespero:

[...] Eu lembro que eu passei quase um ano e meio pedindo pra Deus pra que ele não deixasse que meu filho passasse por aquilo. Porque quando meu primeiro filho morreu, eu fiquei muito tempo de mal de Deus. Eu não conseguia entender: eu cuidava muito bem dele, eu fazia tudo, como é que Deus faz um negócio desse comigo? [...] E isso é uma coisa que eu não me perdôo até hoje, e é uma coisa que eu não falo, nunca falo, mas eu sinto muita culpa. Por mais que as pessoas digam pra mim que eu não tenho culpa, mas se eu não tivesse HIV, ele podia ter morrido de qualquer outra coisa, mas ele não ia morrer de aids por minha culpa. (Solange)

Elas afirmaram que, apesar de terem sido infectadas pelos seus parceiros e não terem sido devidamente orientadas pelos médicos durante os exames pré-natais, se sentiam culpadas pela possibilidade de infecção dos filhos,

legitimando o discurso de que a mulher seria a única responsável por garantir e cuidar da saúde deles, como se verifica no discurso de Solange:

[...] O dia que eu peguei o resultado negativo do Carlos, eu pulava de felicidade que nem criança, porque eu sei que o meu filho não é meu, ele já quase morreu duas vezes, mas é muito confuso pra uma mãe carregar a informação de que você, de que foi através de uma coisa que você adquiriu, você não teve possibilidade de garantir a vida do seu filho. [...] Acho que mãe que é mãe dá a vida pro filho, e não a morte, e eu dei a morte pro meu [outro] filho.

A infecção do bebê através da gestação ou da amamentação contraria a ideia, tão difundida, principalmente nos séculos XIX e XX, de que a constituição de crianças saudáveis e bem cuidadas poderia prevenir desvios orgânicos e funcionais.⁵¹ Na história de Solange, os efeitos do discurso de apologia à amamentação e de responsabilização das mulheres pela vida do filho apareceram quando ela contou o que sentiu ao saber que o fato de o filho ter bebido o seu leite tinha contribuído para aumentar a vulnerabilidade dele ao HIV:

[...] Eu lembro que eu levei o Carlos na pediatra e ela perguntou se eu tinha amamentado ele, e eu disse que sim, e ela disse que eu tinha reduzido a chance do meu filho viver em 1%. Aí eu já fiz a correlação com o meu bebê que tinha morrido, e pensei: "Pronto! vou passar por aquilo tudo de novo, ele vai morrer". Meu coração apertou demais da conta, se eu tivesse uma faca eu tinha cortado meus seios.

É muito comum que as mulheres descubram seus diagnósticos positivos durante uma gestação ou alguns meses depois do nascimento do filho, pois é nesse período que elas estão mais sujeitas à intervenção e ao controle dos médicos. Conforme Knauth,⁵² depois do parto, muitas mulheres HIV+ passam bastante tempo preocupadas com a saúde do filho e, depois da constatação de que esse não está infectado pelo HIV, começam a se preocupar com as restrições que a doença lhe impõe e como ele viverá quando elas morrerem:

[...] Eu quase matei o Carlos de exagero. Eu tinha tanto medo dele morrer, que ele tinha quase dois anos e ele mamava de três em três horas, igual um bebê. Se uma professora da escola não tivesse me chamado a atenção, acho que hoje meu filho não estaria aqui por minha causa também. (Solange)

[...] eu não me lembro direito, mas acho que foi na segunda pneumonia do Pedro que eu soube que ele

⁵¹ Joel BIRMAN, 2001.

⁵² KNAUTH, 1997.

não ia negativar. Na hora [que soube] eu não consegui pensar direito, eu só pensava que eu ia cuidar, cuidar, cuidar pra que ele não ficasse mais doente, tanto que eu protejo muito ele até hoje, quer dizer, tento proteger; eu cuido dele, eu tento evitar que ele fique doente, eu não deixo ele chupar sorvete, essas coisas assim. Eu fico regulando, pra ele não ficar doente. Eu não deixo tomar chuva, friagem, tou sempre querendo [proteger], sabe? Eu protejo muito ele, eu tou sempre querendo proteger, e eu sei que isso é um exagero. Você acha que ele não pode tomar um banho de chuva? Ele pode, né, mas eu não quero abrir, sabe, assim, com medo dele querer, toda vez que tiver chuva, tomar chuva, sabe? Eu tenho medo de fazer mal, sabe? Essas coisas da minha cabeça. (Sandra)

Segundo Sandra, a experiência da maternidade é o que a “*mantém viva*”, e ficou claro o pavor que ela sente ao pensar que algo ruim possa acontecer a ele. Inclusive, ela organiza suas perspectivas para o futuro agenciadas aos cuidados com o filho:

[...] Então, a minha perspectiva é de que eu quero viver muito ainda, que eu quero ver meu filho crescer, quero ver meu filho se formar. Não sei se na faculdade, mas que pelo menos ele tenha o segundo grau, sabe? Eu vou fazer o possível pra que ele vá até onde eu puder ajudar ele. Ah, eu não sei se eu quero ter neto, eu não penso nisso. Ah, quero continuar trabalhando, quero ter saúde pra trabalhar, quero dar coisas pro meu filho, dar coisas que eu nunca tive e que eu quero que ele tenha. Quero ver se eu consigo manter meu casamento. Eu tô tentando mudar, sabe? Eu estou tentando não brigar com o Marcos, porque eu sei o quanto isso faz mal pro Pedro. Às vezes, eu percebo que meu filho não está bem, minha psicóloga mesmo, ontem disse que é o meu medo que faz o Pedro ter medo, e eu realmente tenho medo de muita coisa mesmo.

⁵³ KNAUTH, 1999, p. 131.

Knauth⁵³ afirma que as “crianças nascidas sob o signo da AIDS conferem uma razão a mais à vida das mulheres infectadas pelo vírus”, pois as colocam numa relação de superação da própria doença para cumprir o papel social da maternidade. Todavia, os relatos também apontaram certos movimentos de resistência às normativas sociais, pois Clara, Ana e Solange afirmaram que a experiência da infecção pelo HIV e a participação no ativismo lhes permitiram entender a partir de outros vieses a própria vida e a relação com os filhos:

Nossa! [a aids alterou a relação com os filhos] demais da conta! Eu entendi a minha infecção como um presente. Não como algo assim “Ah, que bom que eu

tenho aids!", mas como um presente que me chamou a atenção pra muitos aspectos, e me ajuda na criação dos meus filhos: primeiro, me fez entender que eu não sou pra sempre; segundo, que um dia eu vou embora e vou deixar meus filhos aqui; terceiro, me fez refletir de como é que eu queria deixar meus filhos aqui, qual é o meu papel nessa história. Eu sou mãe pra quê? Por quê? O meu papel não é ser uma bengala na vida deles, isso o HIV me fez entender. Eu tenho o privilégio de estar aqui hoje. Quando eu olho pros meus filhos, eu me sinto privilegiada de poder estar acompanhando o crescimento, o amadurecimento e a independência deles, e, às vezes, estar perto pra amparar em alguma coisa, o que é diferente de eu achar que eu devo ser o único apoio da vida deles, a única responsável pela felicidade deles. (Solange)

[A aids ensinou que] eu não vivo só pra filho, não. Eu sei que eles, na verdade, não são meus, filho é do mundo. Eu tenho primeiro que encaminhar eles, mas, na hora que eles tiverem condições, eu quero mais é que eles vão abraçar a vida. Eu caí na vida com 12 anos e eu sobrevivi do meu jeito, eu aprendi coisas, eu tive responsabilidade. Eu passei por um monte de coisa na minha vida, um monte de coisa boa, um monte de coisa errada, mas eu nunca caí. Eles não são meus, eles são do mundo, eu só tô aqui pra ensinar. (Ana)

A história da aids é imbricada a aspectos morais e sociais, entre outros, os quais, ainda hoje, impõem uma série de restrições e dificuldades às pessoas HIV+. Em contrapartida, ressalta-se, nas suas histórias, a importância do discurso militante na construção de experiências singulares e coletivas, que são fundamentais para a reconfiguração de trajetórias individuais e disparadoras de rupturas na cultura ocidental. Nesse sentido, analisamos aqui uma série de movimentos de legitimações e resistências que atravessaram os processos de subjetivação de mulheres de classes populares HIV+ ativistas e o quanto a experiência da doença e da militância é importante na história de algumas delas, na potencialização de processos reflexivos e de formas criativas de lidar com a vida.

Contudo, as contradições que aparecem nos relatos dessas mulheres, principalmente no de Sandra, apontam para a permanência de processos de normatização que estão em trânsito na contemporaneidade. Valores como a família e o reconhecimento próprio através da maternidade e de relações de conjugalidade não foram completamente subvertidos pelas particularidades da relação doença-política.

Nas concepções sobre as relações afetivo-conjugais, os relatos evidenciam referências do universo cultural do mundo ocidental que se apresentam de forma mais rígida

nas classes populares brasileiras. Aspectos atribuídos aos homens, como a possibilidade de traição, o desejo sexual exacerbado, a dificuldade no uso da camisinha e a violência, são compreendidos como masculinidades “naturais” e quase inquestionáveis, e a experiência da militância não tem sido potente o suficiente para desconstruir parte dessas perspectivas essencialistas.

Os relatos mostram a construção de subjetividades relacionadas à centralidade da maternidade como norma. Por vezes, o discurso e a prática dessas mulheres evidenciam rupturas que as reposicionam na afirmação da maternidade como aspecto essencial de sua existência, principalmente na fala de Solange, que demonstra um processo reflexivo que ressignificou a importância dos filhos em sua vida. Contudo, por diversas vezes, os relatos afirmam o sentido e a manutenção da própria vida relacionados ao cuidado com os filhos. A família também se revelou como locus privilegiado e idealizado, o que evidencia a interpenetração de lógicas culturais e ideários políticos das sociedades modernas.

As suas expectativas para o futuro também estavam associadas ao âmbito da conjugalidade e da maternidade. A busca por um “grande amor” e o desejo de cuidar dos filhos, ou mesmo a intenção de ser exemplo para eles depois da própria morte, permearam de forma privilegiada os seus discursos, organizando parte do seu movimento. Apenas Solange afirmou que não busca outro relacionamento afetivo, pois considera que o marido falecido é o seu amor desta e de outras vidas.

Em contrapartida, há exemplos de escolhas pelo próprio prazer sexual, enfrentamento verbal de agressões (inclusive, uma delas instaurou um processo judicial contra o parceiro), vivências que contradizem normativas de gênero historicamente associadas às mulheres e que, acreditamos, se articularam na experimentação da relação com a doença e o ativismo.

É importante refletir criticamente sobre os modelos teóricos e práticos de prevenção à aids veiculados pelas ONGs e por políticas públicas no Brasil,⁵⁴ pois, embora haja uma heterogeneidade desses discursos e práticas no país, ainda existem ações pautadas em modelos hegemônicos que, muitas vezes, não levam em conta os processos complexos e contínuos de transformação de contextos políticos, econômicos e culturais. Em muitas ações circulam textos normatizadores de condutas e falas ameaçadoras, os quais legitimam e/ou produzem regimes de verdade excludentes e violentos.

Nesse sentido, indaga-se de que modo podemos pensar a prevenção junto a mulheres HIV+? E qual a importância da análise das estratégias do biopoder junto

⁵⁴ LOPES, 2011.

às questões de prevenção? O presente artigo mostra justamente a força do dispositivo de sexualidade e seus correlatos (discursos sobre maternidade, mulheres etc.) e que qualquer projeto de prevenção deve, necessariamente, levar em conta essas linhas de discurso para criticamente relativizá-las. É necessário refletir cuidadosamente sobre atribuições de gênero que cristalizam possibilidades de ação e escolha de homens e mulheres, sobre o quanto muitos dos discursos preventivos contribuem para a legitimação de normativas de gênero e para o aumento das vulnerabilidades à infecção e à reinfecção pelo HIV que atravessam os corpos na contemporaneidade.

Referências

- AYRES, José Ricardo. *Epidemiologia e emancipação*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BIRMAN, Joel. *Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BRASIL. "O contexto sociopolítico e econômico e a epidemia de aids entre as mulheres". In: _____. *Política e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 25-31. (Coleção DST-Aids, Série Manuais, n. 57).
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. "Programa Nacional de DST e AIDS". In: _____. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DSTs. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 1-64.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CAMPOS, Regina Célia Pereira. "Aids: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres". In: BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloisa (Org.). *Horizontes plurais*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Editora 34, 1998. p. 85-109. v. 1.
- COSTA, Albertina de Oliveira (Org.). *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: Ed. 34, 1989.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- CRUZ, Elizabete Franco. "Infâncias, adolescências e aids". *Educação em Revista*, n. 46, p. 363-384, dez. 2007.
- FONSECA, Claudia. *Família, fofoca e honra: a etnografia de violência e relações de gênero em grupos populares*. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. 2. ed. São Paulo: UNESP, 1993.
- GROSSI, Miriam Pillar. "Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo conjugal". In: PEDRO, Joana; GROSSI, Miriam Pillar (Org.). *Masculino, feminino, plural*. Florianópolis: Mulheres, 1998. p. 293-313.
- GUIMARÃES, Kátia. *Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem aids no Brasil?* Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- KNAUTH, Daniela. "Maternidade sob o signo da aids: um estudo sobre mulheres infectadas". In: COSTA, Albertina de Oliveira (Org.). *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: Ed. 34, 1997. p. 39-64.
- _____. "Subjetividade feminina e soropositividade". In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard Guy (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 121-136.
- LAQUEUR, Thomas Walter. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- LOPES, Maycon Silva. "Breves apontamentos sobre a aids de cada um". *Primeiros Estudos*, São Paulo, n. 1, p. 27-43, dez. 2011.
- LOURO, Guacira Lopes. "Pedagogias da sexualidade". In: _____ (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 9-34.
- MANZINI, Eduardo José. *A entrevista na pesquisa social*. São Paulo: Didática, 1990.
- MARLATT, Alan. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- MOURA, Alane Michelini. *As relações de gênero em casais heterossexuais vivendo com HIV/Aids: análise do discurso sobre os vínculos afetivo-sexuais*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- OLTRAMARI, Leandro Castro. *Representações sociais da aids, relações conjugais e confiança*. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- OLTRAMARI, Leandro Castro; CAMARGO, Brigido Vizeu. "Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais". *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 2, p. 275-283, abr./jun. 2010.

- PARKER, Richard Guy. *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- PARKER, Richard Guy; GALVÃO, Jane. "Introdução". In: _____ (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 7-15.
- QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. "Relatos orais: do 'indizível' ao 'dizível'". In: VON SIMSON, Olga Moraes. *Experimentos com histórias de vida: Itália-Brasil*. São Paulo: Vértice; Revistas dos Tribunais, 1988. p. 14-43.
- SALDANHA, Ana Alayde Werba; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. "Gênero, relações afetivas e aids no cotidiano da mulher soropositiva". In: SIDANET ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA (Org.). *O HIV no mundo lusófono*. Santarém, Portugal: Normagrafe Lda., 2002. p. 35-47.
- SALEM, Tania. "Homem... já viu, né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classes populares". In: HEILBORN, Maria Luíza (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 15-61.
- SILVA, Josicleide Maciel; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. "HIV/Aids e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa". *Saúde Soc.*, v. 20, n. 3, p. 635-646, set. 2011.
- SONTAG, Susan. *Doença como metáfora, aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- TONELI, Maria Juracy Figueiras; BECKER, Simone. "A violência normativa e os processos de subjetivação: contribuições para o debate a partir de Judith Butler". In: FAZENDO GÊNERO 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 9., 2010, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2010. p. 1-8.
- VILLELA, Wilza Vieira. "Vulnerabilidade, sexualidade e subjetividade: sobre a face feminina da aids". In: CARVALHO, Marcia Elisa G. E. G.; CARVALHAES, Flávia Fernandes; CORDEIRO, Roseli de Paula (Org.). *Cultura e subjetividade em tempos de aids*. Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, 2005. p. 65-77.
- WEEKS, Jeffrey. "O corpo e a sexualidade". In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 35-82.

[Recebido em 29 de julho de 2010
e aceito para publicação em 20 de dezembro de 2011]

Life Stories of HIV+ Women Activists: Changes and Permanency

Abstract: *In these acknowledgment years, AIDS has obliged us to denaturalize social and cultural questions historically built, and that are part of the signs, rules and codes that mark out the society structure and organization, imposing other views and new perspectives towards the complex questions related to gender, bodies and culture. Taking this into consideration, this research was carried out with four HIV+ women activists in the AIDS movement with the objective of apprehending their conceptions about AIDS, the vulnerability contexts that made their infection possible, their vulnerabilities towards the reinfection, and changes and permanency in the affective-conjugal and motherhood fields, from the disease and activism experience.*

Key Words: AIDS, Gender; Activism.