



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**EXPULSAS DO PARAÍSO: REPRODUÇÃO DE JOVENS MULHERES
VIVENDO COM HIV**

Daniely Sciarotta

RIO DE JANEIRO

Julho de 2021



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**EXPULSAS DO PARAÍSO: REPRODUÇÃO DE JOVENS MULHERES VIVENDO
COM HIV**

Daniely Sciarotta

Tese apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como pré-requisito para obtenção de título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Ivia Maksud

Rio de Janeiro

Julho de 2021

CIP - Catalogação na Publicação

Sciarotta, Daniely.

Expulsas do Paraíso: reprodução de jovens mulheres vivendo com HIV / Daniely Sciarotta. - Rio de Janeiro, 2021.
165 f.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2021.

Orientadora: Ivia Maksud.

Bibliografia: f. 139-152

1. Mulheres Jovens. 2. Juventude Feminina. 3. Reprodução. 4. HIV/Aids. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer às jovens entrevistadas para esta pesquisa por confiarem suas histórias a mim. Também agradeço aos profissionais de saúde da unidade pesquisada por me receberem com muita generosidade.

À minha orientadora, Ivya Maksud, pelo apoio e ensinamentos transmitidos ao longo dos anos de doutorado. Obrigada pelo incentivo, por me guiar pelo mundo encantador dos estudos socioantropológicos, pelo incentivo ao trabalho de campo e à escrita científica cuidadosa. Sou muito grata por toda generosidade intelectual, parceria, paciência, trocas e acolhimento.

Agradeço às professoras da banca de defesa, Amelia Cohn (USP), Claudia Bonan (IFF/Fiocruz) e Simone Monteiro (ENSP/Fiocruz), pelas direções e indicações tão generosas neste processo. Também agradeço aos suplentes, Rafael Agostini e Marcos Nascimento, por suas generosas contribuições. Aproveito para exaltar a coordenação do professor Marcos do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança durante o tempo que cursei o doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelos quatro anos de bolsa de doutorado que foram essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa, ao Programa Institucional de Internacionalização da Capes (Capes PrInt-Fiocruz), por me proporcionar a experiência enriquecedora de um doutorado-sanduíche no Canadá, e ao Professor Mark Hunter, por me receber na Universidade de Toronto. Também agradeço ao Luiz Galvão (Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz), Gilberto Hochman (COC/Fiocruz e um dos coordenadores de um dos Projetos da RIDES Capes PrInt-Fiocruz) e Nísia Trindade (presidenta da Fiocruz), que ao me encontrarem em um evento acadêmico na Universidade de Toronto, em fevereiro de 2021, durante o doutorado sanduíche, celebraram esta pesquisa e a parceria entre Fiocruz e Universidade de Toronto. Aproveito para também enaltecer a primeira mulher a ocupar a presidência da Fiocruz, Nísia Trindade, que vem desempenhando importante papel frente à pandemia de Covid-19, em defesa da ciência, do SUS e das políticas públicas.

Aos professores do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz que, ao compartilharem seus conhecimentos com afeto, causaram inúmeras revoluções em mim: Claudia Bonan, Martha Moreira, Marcos Nascimento, Suely Deslandes, Corina Mendes, Paula Gaudenzi, Romeu Gomes, Luiz Teixeira e Maria Gomes.

Agradeço ao Grupo de Estudos de Gênero coordenado pela Professora Claudia Bonan. Sou grata pela boa receptividade de todas as participantes e pelos instigantes debates que me guiaram ao longo da discussão desta tese.

Às colegas de doutorado (IFF/Fiocruz), Winnie Samanú, Ana Clara Cruz, Pamella Liz, Samira Morais, Maria Amélia Saad, Luiza Cosendey e Katia Ovidia, pela parceria, palavras e atitudes de incentivo e apoio. Agradeço especialmente à Winnie e Ana, que também acompanharam os escritos mais de perto. Também agradeço à Ariene Fernandes (IFF/Fiocruz), Luiza Cosendey (IFF/Fiocruz) e Maria Amélia Saad (IFF/Fiocruz), por compartilharem suas dissertações, e Maria Letícia Cruz (ENSP/Fiocruz), por compartilhar sua tese, obrigada pelas conversas e indicações indispensáveis que foram muito ricas para a discussão desta tese.

Aos colegas da Pesquisa Raids (O Cuidado às pessoas com HIV/AIDS na Rede de Atenção à Saúde), coordenada por minha orientadora, Ivia Maksud (IFF/Fiocruz), e pelo professor Eduardo Melo (ENSP/Fiocruz): Sandra Filgueiras (SES/RJ), Jorginete Damião (UERJ), Julia Baptista (IFF/Fiocruz), Rafael Agostini (IFF/Fiocruz), Luiza Codensey (IFF/Fiocruz), Monica Gouveia (UFF), Fatima Rocha (ENSP/Fiocruz) e Ana Carolina Maia (IMS/UERJ). Todos são pessoas muito queridas, com as quais vivi bons momentos e aprendi muito durante nesses anos de doutorado.

Agradeço aos professores de outras instituições que me receberam generosamente para cursar suas disciplinas e que, ao transmitirem seus conhecimentos, me ajudaram a discutir os resultados da tese: Waleska Aureliano (ICS/UERJ), Jaqueline Ferreira (IESC/UFRJ), Richard Parker (IESC/UFRJ) e Miriam Ventura (IESC/UFRJ).

Agradeço aos professores da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense por terem me recebido durante o estágio em docência, em especial à professora Lilian Koiffman que foi minha supervisora neste processo.

Também agradeço imensamente à equipe da Secretaria Acadêmica do IFF por todo apoio: Cecilia Mallet Ventura, Glaucia dos Santos, Irene Hapuque de Azevedo, Juliana Nascimento, Monique Brandão Comes e Aline Nascimento de Andrade.

Agora direciono os agradecimentos aos meus familiares, que foram essenciais em todo percurso da vida acadêmica e transcendem qualquer tentativa de agradecimento.

Agradeço imensamente à minha mãe Yole e à minha avó Laura, duas professoras potentes que sempre me incentivaram a estudar e, muitas vezes, abdicaram de si mesmas para me manterem no mundo dos estudos. Essa conquista é delas. Sou grata pelos incentivos que se iniciaram ainda na infância e reverberam até hoje. Obrigada por todo o amor que sempre me deram. Esse amor transborda.

Agradeço ao meu parceiro de vida e marido, Leo, por viver as várias etapas desta tese comigo. Agradeço o apoio, por estar sempre aberto a dividir ideias e ansiedades e por caminhar ao meu lado nesse processo que é, ao mesmo tempo, fantástico e inquieto. Leo nasceu com o talento único de incentivar pessoas, sorte a minha de poder contar com esse talento de forma mais intensificada.

Agradeço aos meus irmãos e melhores amigos, Tiago e Isabely, por vibrarem a cada momento da minha trajetória acadêmica. Vocês são o maior e melhor presente da infância para vida adulta, meu maior orgulho. Obrigada pelo apoio, amizade e parceria. Agradeço à Isabely pelas conversas sobre a tese que me geraram vários *insights* para discutir os resultados e ao Tiago por me ajudar a melhorar e treinar a apresentação da defesa desta tese. Juntos nós somos melhores, eu sempre soube disso!

Também agradeço aos meus sobrinhos lindos, queridos e incríveis, Laura, Maria Rita e Richard, que me trazem muita felicidade, principalmente nos momentos mais desafiantes. Vocês são a alegria da minha vida.

Também agradeço aos meus padrinhos queridos, Sandra e Nelson, aos meus sogros, Laercio e Cida, aos meus cunhados, Juliane e Tulio, e a toda minha família, por sempre se fazerem presentes e me incentivarem com palavras e atos de generosidade.

“A ideia de que algumas vidas importam menos é a raiz de tudo o que há de errado com o mundo.”

Paul Farmer

RESUMO

Combinando técnicas de entrevista baseada em roteiro semiestruturado e observação participante dentro de um hospital na cidade do Rio de Janeiro, esta pesquisa com abordagem socioantropológica teve como objetivo compreender os significados da reprodução para jovens mulheres que vivem com HIV, bem como suas implicações para o campo da saúde. Para discorrer sobre a reprodução de jovens mulheres que vivem com HIV, levamos em consideração como as desigualdades estruturais podem limitar o acesso aos direitos reprodutivos e a percepção, e modificar a forma como essas mulheres dão significado às suas experiências. Os resultados indicam que independentemente das concepções conservadoras de que as jovens entrevistadas não podem exercer a sexualidade e/ou a reprodução porque são muito novas, os eventos do sexo e da gravidez continuam acontecendo. Por esse motivo, é importante pensar sobre as novas formas de viver a juventude, em especial, como as jovens se relacionam e exercem a sexualidade e a reprodução na atualidade. Por fim, concluímos que é importante fomentar o debate sobre a autonomia sexual e reprodutiva e reafirmar o corpo feminino e jovem como político e livre.

Palavras-chave: Mulheres Jovens. Juventude Feminina. Reprodução. HIV/Aids.

ABSTRACT

Combining semi-structured interviews and participant observation within a hospital in the city of Rio de Janeiro, this research with a socio-anthropological approach aimed to understand the meanings of reproduction for young women living with HIV, as well as its implications for the field of health. In order to discuss the reproduction of young women living with HIV, we take into account how structural inequalities can limit access to reproductive rights and perception, and change the way these women give meaning to their experiences. The results indicate that regardless of the conservative conceptions that the young women interviewed cannot exercise sexuality and/or reproduction because they are very young, the events of sex and pregnancy continue to happen. For this reason, it is important to think about the new ways of experiencing youth, in particular, how young people relate and exercise sexuality and reproduction today. Finally, we conclude that it is important to foment the debate on sexual and reproductive autonomy and to reaffirm the female and young body as political and free.

Keywords: Young Women. Female Youth. Reproduction. HIV/AIDS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro sinóptico das jovens entrevistadas.....	33
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV Antirretrovirais

DIP Doenças Infecciosas e Parasitárias

EJA Educação para Jovens Adultos

HIV Human Immunodeficiency Virus ou vírus da imunodeficiência humana

HIV+ HIV positivo

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

MVHA Mulheres Vivendo com HIV/Aids

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PVHA Pessoas Vivendo com HIV/Aids

TARV Terapia Antirretroviral

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TcP Tratamento como Prevenção

TS Transmissão Sexual

TV Transmissão Vertical

UAB Unidade de Atenção Básica

UNFPA Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	13
2.	INTRODUÇÃO	17
3.	CAPÍTULO I - CARACTERIZANDO O PERCURSO: MÉTODO, CONTORNOS DO CAMPO, TRAJETÓRIAS E DESIGUALDADES	27
3.1.	ENCONTROS COM O CAMPO: SENTIDOS E DESCRIÇÃO SOCIOESPACIAL	31
3.2.	APRESENTANDO AS JOVENS	34
4.	CAPÍTULO II - A EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO E AS FRATURAS DAS VIOLÊNCIAS ESTRUTURAIS	51
4.1.	“EU TENHO ISSO”: ESTIGMA E HIV	51
4.2.	DESCONSTRUINDO A RETÓRICA DA DOENÇA ADMINISTRÁVEL	59
4.3.	CULPA E HIV	68
5.	CAPÍTULO III - A SEXUALIDADE QUE AINDA É UM “PECADO”	72
5.1.	“QUANDO EU ME PERDI”: APONTAMENTOS SOBRE A SEXUALIDADE JUVENIL FEMININA	72
5.2.	PREVENÇÃO	78
6.	CAPÍTULO IV - RELACIONAMENTOS JUVENIS	84
6.1.	LÉLIA: VIOLÊNCIA SIMBÓLICA	84
6.2.	“ELE ERA DA VIDA ERRADA”: RELACIONAMENTOS COM RAPAZES DO TRÁFICO DE DROGAS	96
7.	CAPÍTULO V - SENTIDOS, SIGNOS, SIGNIFICADOS E PRÁTICAS DA REPRODUÇÃO JUVENIL FEMININA HIV+	103
7.1.	EXPULSAS DO PARAÍSO	103
7.2.	HIV E NUANCES DA REPRODUÇÃO JUVENIL	110
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
9.	REFERÊNCIAS	139
	ANEXO A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA	153
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	154
	ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	160

1. APRESENTAÇÃO

Como uma admiradora de histórias, abro a tese contando a minha trajetória com o universo de HIV/Aids e como se deu a aproximação com o tema ao longo dos últimos anos. Contudo, antes de iniciar, abro parênteses para justificar de antemão que, apesar do projeto estar na primeira pessoa do singular, ele foi construído em conjunto com a minha orientadora, Ivia Maksud. A escolha pela pessoalidade se dá por quatro motivos: (1) tenho afinidade por narrativas que aproximem o leitor do texto e acredito que dissertar na primeira pessoa possibilita essa proximidade; (2) penso que esse formato de texto também proporciona maior compreensão ao leitor sobre o meu lugar de fala (RIBEIRO, 2017); (3) compartilhar como fui afetada durante todo o período da pesquisa e (4) narrar com mais detalhes as histórias confiadas a mim.

Voltando ao assunto da aproximação com a temática do vírus da imunodeficiência humana (HIV), pretendo contar, brevemente, como as minhas experiências profissionais e acadêmicas foram cruciais para começar a estudar o tema e mostrar ao leitor a partir de que lugar/olhar a tese foi construída e discutida.

Sou assistente social e na primeira vez que precisei lidar com o tema, eu ainda era estagiária de Serviço Social em um hospital. Na época, há 10 anos, como de costume, fui atender uma jovem a pedido da enfermagem. Frente ao leito da jovem, fiz algumas orientações pontuais, de rotina, às quais já estava acostumada, algo mais burocrático. Anotei as informações necessárias no prontuário e comecei a esboçar um leve sorriso para agradecer e me retirar, mas ela me interrompeu para dizer que estava preocupada se ficaria muito tempo internada e disse: “Não posso ficar muito tempo no hospital”. A jovem falou sobre o medo de estar internada no início da gravidez e discorreu sobre o prejuízo de tempo que lhe ocasionaria. Ela me contou que estava extremamente envolvida com a graduação, que precisava concluir o curso antes de parir e que estava produzindo seu TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Eu sabia muito bem do que ela estava falando: apesar de não estar grávida, também vivia uma corrida contra o tempo na vida acadêmica. Estava concluindo minha graduação. Não compartilhei minhas aflições, obviamente, apenas balancei a cabeça, ouvi e tranquilizei-a.

Dois dias se passaram. A psicóloga e a assistente social me chamaram para acompanhar um atendimento de pós-notícia de HIV. Seria a primeira vez que

acompanharia a assistente social para saber quais orientações seriam necessárias nesse caso, afinal, eu ainda estava em processo de aprendizagem.

Entramos no quarto do hospital e quando eu reconheci que era a menina que eu havia atendido há dias, senti um desconforto. O cheiro de éter, típico dos hospitais, pela primeira vez me incomodou. O quarto era espaçoso e a garota o dividia com mais cinco jovens mulheres. O leito era encostado na parede e pude avistá-la logo que entrei no quarto. Estava pálida, coberta com o lençol até o pescoço, com seus pés para fora da coberta, cabelos negros e enrolados, bagunçados sobre a fronha do travesseiro, com o olhar fixo no teto. Até hoje não sei identificar qual sentimento havia por trás daquele olhar. Ousaria dizer que era um olhar de morte, mas ela estava viva.

Atualmente, por meio das teorias a que tenho acesso, identifico que a enfermidade também está relacionada ao sentido que é atribuído a ela e não apenas à sua marca no corpo e sintomas (ALVES, 1993). Por isso, hoje sei que ela, provavelmente, experienciou uma morte simbólica.

Aproximei-me da garota, mas não o suficiente para interagir. Apenas observei o atendimento das mais experientes. As profissionais abordaram-na e começaram o atendimento. Ela continuou na mesma posição. Apenas sua cabeça girou para o lado e seus olhos grandes e arredondados estavam na direção das profissionais, mas seus pensamentos pareciam não estar ali no momento. Depois de todas as tentativas de interação com a garota, ela continuava não esboçando nenhuma reação: nem concordou, nem relutou.

A psicóloga perguntou se ela estava bem e houve uma longa pausa. Isso me deixou bastante desconfortável, porque era óbvio que ela não estava bem. A assistente social disse que poderia voltar em outro momento, pois precisava dar diversas orientações. Quando ambas estavam quase desistindo e começaram a se despedir explicando que voltariam outro dia, a paciente interrompeu com voz firme e alterada: “Eu não quero que ninguém saiba disso”. A assistente social balançou a cabeça em anuência e explicou que era um direito dela. Então, a garota se entregou aos prantos e entre os soluços discorria sobre a possível reação negativa dos familiares, amigos e do parceiro.

Naquele momento, a jovem não queria saber de autocuidado, de orientações ou a respeito de como ela deveria proceder dali para frente. Ela queria apenas ocultar tudo aquilo que essa nova condição poderia lhe gerar. Foi a primeira vez que me

deparei com o tema e todas as questões que o envolvem. Comecei a me indagar sobre a questão do cuidado e do estigma. Outro fator que me chamou bastante atenção durante esse atendimento foi a reação dos profissionais de saúde, que, depois, acompanhando outras situações parecidas, identifiquei que eram recorrentes. Eram cochichos e comentários preconceituosos. Alguns profissionais associavam imediatamente o diagnóstico à promiscuidade. E as conversas no corredor eram falas como “não se cuidam, ‘tá vendo?”, “na hora de fazer não pensa nisso”.

Reconheço que fui afetada pela reação da garota, mas confesso que a reação de alguns profissionais me incomodou muito mais. Os acontecimentos ficaram ecoando na minha consciência por muito tempo. Outros episódios aconteceram e a reação das pessoas diagnosticadas com HIV e dos profissionais de saúde, frequentemente, se parecia ou se repetia. Isso me fez pesquisar sobre o tema, até que a inquietação me direcionou para o Mestrado em Saúde Coletiva. Realizei um estudo transversal intitulado “O uso do preservativo em jovens de 15 a 24 anos no município de São Paulo, com subamostra de 862 jovens da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada à DST, Aids e Hepatites Virais, na população de 15 a 64 anos no município de São Paulo”, realizada entre novembro de 2013 e janeiro de 2014.

Concluí o mestrado em 2015 e, em 2017, iniciei o doutorado no Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz para me debruçar sobre os estudos qualitativos em saúde, tendo em vista compreender os sentidos e significados ligados à reprodução para jovens mulheres que vivem com HIV. Entrei em contato com a professora Ivia Maksud que me acolheu desde o primeiro momento e me orientou em toda esta empreitada do doutorado e, além de me indicar literatura, também me apresentou o mundo fascinante dos estudos socioantropológicos. Entre 2019 e 2020, realizei estágio sanduíche na Universidade de Toronto, Canadá, com o antropólogo Mark Hunter, e a oportunidade me proporcionou acesso a novas literaturas, culturas e pesquisadores que ampliaram meus horizontes acadêmicos.

Feita esta breve apresentação, creio ser de suma importância destacar que esta tese foi produzida sob uma ótica socioantropológica, porém, é discutida por uma acadêmica que é assistente social, trabalhou em serviços de saúde, em comunidades do Sudeste brasileiro e fez o mestrado com dados estritamente quantitativos. Logo, as experiências multiprofissionais podem promover algumas importantes análises,

mas, igualmente, colocar alguns limites de abstração. Entretanto, a meu ver, a Saúde Coletiva é campo fértil para tais debates multidisciplinares.

Por fim, sigo, a partir daqui, me considerando uma aprendiz de “antropóloga do miúdo”, das pequenas, porém potentes, histórias do cotidiano, como Debora Diniz (2015) costuma dizer. Agora, como mais uma adepta das miudezas, espero que as narrativas pujantes, mas não menos desafiantes, confiadas a mim, sejam contadas com devido valor e cuidado. Ao menos, foi o que vislumbrei.

2. INTRODUÇÃO

HIV e violência estrutural

Esta tese busca refletir sobre os significados da reprodução para jovens mulheres vivendo com HIV. Combinando técnicas de entrevista semiestruturada e observação participante, vislumbrei a compreensão e a interpretação das narrativas das jovens considerando os aspectos socioculturais como a base de análise e discussão.

Estima-se que há aproximadamente 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, 17,8 milhões são mulheres maiores de 15 anos de idade. A fase considerada de maior exposição situa-se na faixa etária de 15 e 24 anos, ou seja, mulheres jovens estão mais suscetíveis ao HIV/Aids. Todas as semanas cerca de 5.500 jovens são infectadas pelo HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2020). Mais de um terço foram vítimas de violência física ou sexual em algum momento da vida.

No Brasil, entre as mulheres maiores de 13 anos de idade, no período de 2007 a 2019, mais de 90% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2019). Esses dados contribuem para o debate das desigualdades de gênero, pois evidenciam que jovens mulheres têm menor poder nas relações sexuais heterossexuais, inclusive para negociar o preservativo (SILVA, 2017).

Além dos impactos de gênero e geração frente à epidemia, outra questão que fica evidente são as desigualdades de raça e classe. O Boletim Epidemiológico (2019) também mostra que a maioria das mulheres infectadas pelo HIV no Brasil são negras (soma de pretas e pardas) e de baixa escolaridade. As jovens negras enfrentam a interseção da discriminação de gênero, raça, classe e geração. A violência estrutural sofrida por mulheres negras é herança da escravidão e, até a contemporaneidade, não ocorreram muitas mudanças na condição de vida para essas mulheres (DAVIS, 2016).

No caso das gestantes, a taxa de detecção também vem aumentando, em grande parte devido ao aumento do número de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha (BRASIL, 2017). As questões de classe, raça e idade também são evidentes nessa população, pois as mulheres negras e jovens são as mais infectadas (BRASIL, 2019). Essa situação não acontece apenas no Brasil, mas é uma característica global que acomete com intensidade maior os países mais pobres.

A Organização das Nações Unidas (ONU) enfatizou em um de seus relatórios que fatores relacionados a desigualdades sociais e de gênero potencializam a exposição às IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis). Embora o Brasil venha assumindo ações tanto no âmbito assistencial quanto preventivo, oferecendo gratuitamente a terapia antirretroviral (TARV) e investindo na prevenção da epidemia, de maneira a cumprir com o princípio da integralidade em saúde (MATTOS, 2003; BASTOS, 2006), até o momento, as mulheres, jovens ou não, não são consideradas populações-chave. Exceto no caso das profissionais do sexo e das gestantes, sendo estas últimas testadas compulsoriamente durante o pré-natal.

Mesmo com a construção do Plano Nacional de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids, plano intersetorial que visa a levar em consideração as desigualdades estruturais que se interseccionam com os problemas de gênero (BRASIL, 2007), as mulheres não são foco da estratégia.

Atualmente, a estratégia adotada pelo Brasil para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids – pautada na proposta do Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids – é a de Tratamento como Prevenção (TcP). O TcP visa a identificar as pessoas infectadas para iniciar o tratamento precocemente e diminuir as chances de transmissão. Como já dito, a prioridade da implementação do TcP são os grupos em que a epidemia se concentra, atualmente denominadas como populações-chave, dentre as mulheres, só as profissionais do sexo ou gestantes são foco da estratégia (UNAIDS, 2014). Esse fato é um elemento fundamental para questionar o apagamento das mulheres e jovens nas políticas e programas de HIV/Aids, já que os boletins epidemiológicos vêm apontando para a feminização e juvenilização da Aids.

Na década de 90, houve uma ascensão de pesquisas socioculturais que foram necessárias para a percepção de que as experiências sexuais são construídas de maneiras diferentes, a depender do contexto social em que a pessoa estiver inserida (PARKER, 2001). Essas pesquisas foram, e continuam sendo, cruciais para reconhecer que as estruturas sociais moldam as relações, as práticas sexuais, reprodutivas e a epidemia de HIV/Aids. Esta pesquisa procura seguir o mesmo caminho e tem como norte a concepção de que muitas normas sociais não são pautadas em uma perspectiva libertária, democrática e igualitária. Minam a vida social dos indivíduos e, inclusive, o acesso das pessoas aos direitos, ocasionando diversas violências estruturais e exclusão social.

Os escritos desta tese mostram que os contextos socioculturais denunciam como as estruturas sociais de desigualdade e poder podem afetar a vida da juventude feminina, sobretudo, quando se trata de relações afetivo-sexuais e dos significados da reprodução. Essa constatação é um dos alicerces desta pesquisa. As violências estruturais afetam a vida das jovens, interseccionando com marcadores como classe, raça, gênero e geração, e desencadeiam diversos tipos de discriminação, excluindo-as de diversos espaços, sejam eles físicos ou simbólicos.

“Novinhas”: juventude como construção social

A discussão empreendida nesta seção da introdução se inicia a partir de um deslocamento proporcionado pela experiência de trabalho de campo, realizada em um hospital da cidade do Rio de Janeiro, que combinou técnicas de observação participante e entrevistas com jovens mulheres entre 16 e 24 anos que vivem com HIV. Mais adiante (Capítulo I – Caracterizando o percurso: método, contornos do campo, trajetórias e desigualdades) apresentarei o universo da pesquisa de forma mais detalhada. Por ora, fiz esse breve esclarecimento para situar o leitor sobre a discussão a seguir.

Há diversos instrumentos normativos que categorizam a juventude, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, que define o adolescente como o indivíduo cuja idade vai de 12 a 18 anos; o Estatuto da Juventude, que determina a idade entre 15 a 29 anos; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que circunscreve a idade entre 15 a 24 anos e segue a determinação do Ministério da Saúde que cumpre as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Contudo, a noção de juventude enquanto categoria só adquiriu consistência social a partir do momento em que a infância e idade adulta sofreram prolongamento decorrentes de problemas sociais (PAIS, 2003, p. 40). Diante disso, assumo a perspectiva de que a juventude é uma construção social e, apesar de existirem instrumentos que a categorizam, entendo que são dados que foram socialmente construídos (BOURDIEU, 1983; PAIS, 2003).

Tomar a juventude por objeto implica pensá-la em um contexto de relações no qual está inserida. Bourdieu (1983, p. 01) alerta que estudos voltados para os fenômenos sociais devem entender a divisão das idades como arbitrárias, já que a idade é uma construção social. É imprescindível avaliar que a divisão de idades pode

indicar uma relação de poder. No caso da juventude, pode significar uma imposição de limites da repartição de poderes para manutenção de privilégios dos mais velhos. E para dar continuidade a esse poder, talvez seja interessante manter os jovens em uma condição de “irresponsáveis” (BOURDIEU, 1983).

Quando essa juventude é feminina, somam-se as desigualdades de gênero e geração. Apoiei-me na literatura da Sociologia da Juventude e, assim como Pais (2003) sugere em sua obra, almejo realizar um exercício de olhar a juventude sob diversos ângulos, sobretudo, aquela da sexualidade e reprodução. Destaco que a forma como esta pesquisa foi construída busca não limitar a faixa etária das jovens estudadas. Quando discuto sobre as jovens mulheres e/ou juventude, pretendo contemplar tanto a concepção de adolescentes quanto a de jovens.

Elucidando brevemente como se constituem as relações de poder frente ao contexto de geração e gênero feminino no cenário brasileiro, a pesquisa GRAVAD (Gravidez na adolescência. Gênero e Sexualidade: Estudo multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil) (2006) mostrou que meninas brasileiras tendem a iniciar a sexualidade com homens mais velhos ou muito mais velhos (KNAUTH et al., 2006, p. 302). Essas relações desiguais podem implicar, por exemplo, a forma de negociação do preservativo e do prazer. Diante de um cenário de sexualidade e/ou reprodução, as jovens mulheres, na maioria das vezes, continuam sendo culpadas por engravidar. Isto é, quando uma menina engravida fora de um contexto de matrimonialidade, geralmente é acusada de engravidar propositalmente e/ou é vista como irresponsável por não se prevenir, sendo o parceiro eximido de participação ou responsabilidade (HEILBORN, 2006).

Por outro lado, jovens mulheres de classes mais populares demonstram que a gravidez na adolescência pode significar a tão almejada “passagem” para a vida adulta, refletindo o reconhecimento social de ascensão para uma fase que proporciona uma posição de mais respeito e poder (BRANDÃO, 2006). A maternidade é um fenômeno muito valorizado e um estereótipo feminino no cenário brasileiro, logo, engravidar pode contribuir para a valoração social positiva das jovens (HEILBORN, 2006; BRANDÃO, 2006).

Entendo que a categoria juventude é importante para impulsionar uma reflexão sobre como circunstâncias políticas, econômicas e sociais interferem nas intenções reprodutivas de jovens mulheres que vivem com HIV. Com isso em mente, durante as

entrevistas perguntei se as entrevistadas se consideravam jovens e a maioria disse que sim. Dentre os motivos, o principal estaria na idade cronológica, isto é, elas se consideravam jovens principalmente por conta da faixa etária: “tô nova ainda, né, velha é quando a gente faz 30, 50...” (Patrícia, 19 anos).

Entretanto, quando aprofundava um pouco mais o assunto, as jovens davam significados à juventude relacionando-a às diversas atividades que um jovem faz, como “sair”, “estar com amigos”, “fazer um social”, beber”, “se divertir”, “não ter responsabilidade”, “poder fazer o que quiser”, “ser viciada em tecnologia” (ficar no celular, internet, videogame). Logo, elas concluíam que, apesar da idade, não viviam exatamente como uma jovem. O principal motivo para isso era relacionado às responsabilidades da maternidade que as impediam de “ter uma vida de jovem”, como Anita disse: “eu tenho uma vida totalmente diferente, né, a minha vida é trabalhar e cuidar dos meus filhos desde 15 anos” (Anita, 24 anos).

Durante a observação participante, inúmeras vezes quando abordava as mulheres que aguardavam atendimento e perguntava se elas tinham entre 16 e 24 anos e explicava o motivo (que se tratava de uma pesquisa), escutei narrativas como: “Ah, você quer só as novinhas? Num pode ser eu não?”; “Pô, num sou mais novinha não [risos], tenho 29 anos” ou até mesmo “vem às *-feiras que você encontra um monte de novinha grávida aí sentada no corredor” [ela se referia ao dia de atendimento para o pré-natal]. Geralmente, as mulheres que não faziam parte do público-alvo desta pesquisa, sempre se referiam às meninas-alvo desta pesquisa como “novinhas”¹. Em alguns momentos a referência às “novinhas”, soava um tanto hostil: “Oh, novinha, tem que passar pela recepção”, “essas novinha aí, dá não”.

A partir da categoria usada de maneira corriqueira para se referir às jovens, empreendo uma breve discussão sobre a expressão “novinhas” para apresentar o “lugar social” (GONZALEZ, 2020) das jovens entrevistadas. Reparo que a categoria é difundida em diversos momentos distintos com propósitos diferentes: ora para aconselhar as mais novas com afeição; ora para impor um certo grau de sabedoria das mais velhas em relação às mais novas, como uma maneira, muitas vezes inconsciente, de imposição de poder social geracional. Em alguns momentos,

¹ Expressão utilizada pelas mulheres atendidas pelo serviço que o campo de pesquisa foi realizado, jovens ou não, para se referirem às meninas mais jovens também atendidas pelo serviço. Para uma discussão mais ampliada sobre a categoria “novinhas”, ver também Fernandes (2017).

observei que havia disputas claramente delineadas, perceptíveis nos comentários que estimulavam a rivalidade ou desdenhavam, sobretudo das grávidas.

Camila Fernandes (2017) empreendeu uma vasta discussão da categoria. De acordo com a autora, esta análise, embora pareça, não é nova. Discorrendo sobre a discussão de Fernandes (2017), que se baseou nas ideias Durhan (2009) e Nogueira (2012), seriam, então, as “novinhas” a versão atual das “ninfetas” e “lolitas”? “Ninfeta”, uma forma pejorativa e com conotação sexual, que significa menina ou adolescente voltada para o sexo ou que desperta desejo sexual, advém das figuras das ninfas que, na mitologia grega, ao contrário dos deuses, não são criaturas imortais, mas podiam viver milênios mantendo sempre o aspecto jovial e belo. Nos escritos dos gregos, as ninfas eram descritas sempre como mulheres jovens e atraentes. Já o termo “lolita” advém de um livro escrito por Vladimir Nabokov, que conta a história de um professor universitário que se apaixona e se envolve sexualmente com uma garota de 12 anos.

De acordo com a descrição do livro, Lolita é uma ninfeta. Ambos os termos, ninfetas e lolitas, podem, e muitas vezes são usados para romantizar os abusos sexuais contra jovens, assim como “novinhas”. Importante destacar que as expressões “ninfetas” e “lolitas” foram ganhando contornos míticos no imaginário social um pouco diferentes do livro e do mito original: jovens/adolescentes de sexualidade afluída com rosto de garota e corpo de mulher, em que há uma maleabilidade de sentidos dependendo do contexto. Assim como as “novinhas” que “apesar da pouca idade”, são descritas como “experientes na prática da sexualidade” e “nos comentários gerais, são consideradas ‘atrevidas’ e despossuídas de medo” (FERNANDES, 2017, p. 96). No entanto, cabe destacar que ninfetas e lolitas são termos elaborados por autores (SAHLINS, 2008; DURHAN, 2009; NOGUEIRA, 2012), para discutir sobre mulheres jovens em alguma associação sexual, geralmente com homens. Nesta pesquisa, “novinhas” é um termoêmico, elaborado e utilizado entre as jovens entrevistadas e outras mulheres também atendidas pelo serviço de saúde que foi campo desta pesquisa.

Ainda de acordo com Fernandes (2017 p. 94), “novinha” é uma categoria popular, batizada no senso comum, celebrada em fórmulas midiáticas e na cultura pop em suas várias vertentes e “uma transformação estrutural da Lolita mítica”.

...de maneira similar à Lolita mítica, há um processo sutil e variável de classificação das “inclassificáveis”. Este processo confuso de inteligibilidade indica uma elasticidade da categoria “novinha”, bem como marca o lugar do

equivoco e da dúvida presentes nestas apreciações. Decerto podemos afirmar que a “novinha”, enquanto categoria nativa, borra e “afronta” os construtos etários oficiais do Estado, tais como as definições arbitrárias do que é “criança” e “adolescente (FERNANDES, 2017, p. 98).

Silva et al. (2017) evidenciaram que a categoria advém de uma linguagem popularmente utilizada pelas classes populares, sobretudo em favelas, que vem sendo disseminada de maneira mais ampla pelas músicas, principalmente pelo funk, inclusive em outras classes sociais. É possível concluir que a expressão pode ser interpretada, também, como ‘garotas precoces’ na percepção social ou como Fernandes (2017, p.113) identificou:

...em diversos pontos da favela, comecei a notar a presença de meninas agrupadas, conversando reunidas, mexendo em seus aparelhos celulares. Elas se movem em bonde, com seus shorts curtos, blusas mínimas e barrigas de fora. Alguns corpos são mais torneados, outros, mais franzinos. A pouca roupa, o short curto, a alcinha do sutiã à mostra são alguns dos atributos lidos como “exibição” no espaço público. Outro comentário comum é que à corporalidade ostentatória que as “novinhas” encenam soma-se a atitude de “afronta” e destemor (FERNANDES, 2017, p. 96).

Entretanto, para as “novinhas” circulantes do serviço de saúde estudado, no cenário do hospital, o “bonde” era trocado por sua própria companhia ou da mãe e, em alguns casos – ainda que de forma menos expressiva –, do parceiro.

Nas letras de músicas, principalmente do estilo musical funk, o termo “novinha” é acionado para desvelar, de alguma maneira, o motivo de desejo de pessoas mais velhas, sobretudo homens (SILVA et al., 2017). Como exemplo, cito o trecho do funk “Ô, novinha” de Mc Don Juan: “Oh novinha eu quero te ver contente. Não abandona o peru da gente. Que no Helipa confesso tu tem moral. Venha aqui na favela. Pra senta, pra senta no pau”.

O funk mostrou ser algo muito presente na vida da maioria das jovens entrevistadas, inclusive, muitas contaram frequentar bailes, principalmente antes da gravidez, como Luísa (“vou pro baile”), Marta (“Eu curtia baile funk, pagode... Agora, parei de sair.”) e Ivone (“Porque quando eu não tinha meus filhos, eu ia muito pra baile funk. Depois dela, nunca mais eu fui”), as três de 22 anos. Fernandes (2017) descata que o status de mãe pode tirar as jovens do lugar social de “novinhas”. De acordo com a autora, uma jovem pode deixar de ser “novinha” quando se torna mãe, mas não necessariamente esse é um determinante.

Para além do baile funk, o estilo musical também está presente em outras formas de diversão, como o “fazer um social”, como descreveu Cecília de 18 anos:

Cecília: Ah, gosto de fazer um social com os amigos.

Pesquisadora: O que é fazer um social?

Cecília: Ah... [pausa] a gente compra uns drinks, coloca uns funk e fica conversando e bebendo lá na rua [do bairro que mora].

Olhando para as letras de música das/sobre as favelas enquanto objeto de cultura, percebe-se que elas não só, mas também e principalmente, podem reforçar práticas sociais hegemônicas, inclusive de abuso. Uma nova expressão que continua incitando e naturalizando a prática sexual, sobretudo violenta, de mulheres jovens e a objetificação de seus corpos, estimulando não só os abusos, mas também o machismo² e a violência sexual. Seria, então, um corpo fácil de satisfazer as vontades sexuais de pessoas adultas e que encontra sentido servindo às masculinidades (SILVA et al., 2017), transitando em noções que ora significam subversão e promiscuidade, ora como corpos dóceis, passíveis de controle. Contudo, ambos os aspectos de fácil satisfação para os desejos sexuais da masculinidade (SILVA et al., 2017).

Por fim, ainda seguindo a discussão de Fernandes (2017), é importante destacar, a meu ver a questão mais importante da discussão, que a expressão “novinha” é, sobretudo, uma apreensão racializada. Baseando-se nas ideias de Gonzalez (2020) sobre “lugares sociais” das mulheres negras, Fernandes (2017) discorreu que a imagem da novinha também é construída sobre a intersecção de raça, gênero e classe.

De acordo com Nascimento (1978), “as mulheres negras brasileiras receberam uma herança cruel: ser objeto de prazer dos colonizadores” (ibid., p. 61). Como resultado, foi construído um imaginário social de mulher permissiva, que realiza os desejos sexuais dos homens (NASCIMENTO, 1978; GONZALEZ, 2020). Além disso, como bem destacou Fernandes (2017), trata-se também de um marcador territorial, isto é, jovens mulheres que moram em favelas. É por meio destas apreensões que a tese caminha.

² O conceito de machismo utilizado nesta tese segue a base conceitual do feminismo proposto por Judith Butler (2003).

Minha estratégia com esta breve análise introdutória foi expor como as “novinhas” habitam o imaginário social. Em síntese, são elas as garotas e/ou jovens mulheres de “sexualidade errante” e “maternidade transgressora” (FERNANDES, 2017). Parece, a meu ver, um bom ponto de partida para compreender como a cultura em que estão inseridas influencia suas percepções e significados sobre a reprodução.

Apoiada nesse ponto de vista apresentado até aqui, o título deste trabalho faz, de forma figurada, uma alusão ao Mito da Criação, conto bíblico em que Adão e Eva foram expulsos do paraíso por culpa de Eva. Trata-se de uma maneira simbólica de dizer que, assim como Eva, as jovens entrevistadas para esta tese também foram “Expulsas do Paraíso” por carregarem “culpas” morais por “más condutas” sociais, como, por exemplo, sexualidades periféricas e reprodução “precoce”. Além do mais, a escolha se dá porque o Cristianismo é discutido nesta tese como regulador das condutas morais das pessoas que estão inseridas na cultura brasileira. Essa questão é aprofundada no Capítulo V.

Antes de seguir para o próximo item, vale destacar que em muitos contextos, a categoria “novinha” pode ser acionada sob uma conotação positiva. Explicando melhor, ser identificada como “novinha” também denota um poder simbólico (BOURDIEU, 1983) de sensualidade a partir da jovialidade conferida às mulheres jovens. Em muitos momentos, as jovens entrevistadas valorizavam o adjetivo direcionado a elas, evidenciando que, embora o termo possa ser acionado de maneira pejorativa ou hierárquica pelas mulheres mais velhas, a agência por parte das “novinhas” pode deslocar o termo êmico para um lugar de reconhecimento social e notoriedade (BERLANT, 2007). Por fim, é importante pontuar que a apropriação do termo pelas classes sociais dominantes pode borrar ainda mais o seu significado, já que os marcadores sociais são totalmente distintos.

Organização da tese

Dividi a tese em cinco capítulos que, por sua vez, se subdividem em outros tópicos de discussão, além da introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo “Caracterizando o percurso: método, contornos do campo, trajetórias e desigualdade” é composto pela descrição do método e conta com duas subdivisões, com o intuito de oferecer ao leitor esclarecimentos sobre a entrada em campo, o

serviço de saúde da pesquisa e as jovens entrevistadas. Neste capítulo, ainda trago uma breve apresentação das entrevistadas, suas potências e adversidades confiadas a mim, contudo, ainda mais desenvolvidas nos capítulos de discussão dos resultados.

O segundo capítulo “A experiência do adoecimento e as fraturas das violências estruturais” explora a experiência do adoecimento significado a partir da cultura e as violências estruturais que afetam a vida das jovens, e é composto por três subdivisões: “‘Eu tenho isso’: estigma e HIV”; “Desconstruindo a retórica da doença administrável” e “Culpa e HIV”.

O terceiro capítulo “A Sexualidade ainda é um ‘Pecado’”, com duas subdivisões “‘Quando me perdi’: apontamentos sobre a sexualidade juvenil feminina” e “Prevenção”. Aqui é trazida a contextualização histórica, política e social da sexualidade na sociedade ocidental, bem como a discussão sobre os dados sobre a sexualidade das jovens entrevistadas.

No quarto capítulo, “Relacionamentos Juvenis”, discuto os relacionamentos afetivo-sexuais das jovens entrevistadas. Ele é composto por duas divisões: “Lélia: violência simbólica” e “‘Ele era da vida errada’: relacionamentos com rapazes do tráfico de drogas”.

No quinto e último capítulo, “Sentidos, signos, significados e práticas da reprodução juvenil feminina HIV+”, com duas subdivisões centrais – “Expulsas do Paraíso” e “HIV e nuances da reprodução juvenil” – e subdivisões menores, analiso também, a partir das narrativas das jovens, os significados que elas dão à reprodução, bem como de que forma as intersecções das desigualdades interferem na maneira como elas vivem e significam a reprodução.

3. CAPÍTULO I - CARACTERIZANDO O PERCURSO: MÉTODO, CONTORNOS DO CAMPO, TRAJETÓRIAS E DESIGUALDADES

A proposta desta seção é discorrer sobre o percurso teórico-metodológico da tese. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que foi construída a partir da área de conhecimento das Ciências Sociais e Humanas. Tais campos de conhecimento têm papel fundamental para o desenvolvimento da área da saúde, tanto em nível metodológico, por meio de técnicas qualitativas, quanto em sua dimensão conceitual, que ajudam a compreender e acessar interpretações socioculturais ligadas à saúde e ao adoecimento (LUZ, 2011; COHN, 2013).

A Sociologia e Antropologia Social, que são bases para este trabalho, trazem contribuições científicas importantes e mais e mais têm contribuído para a melhoria de políticas públicas (COHN, 2013), serviços de atenção à saúde e práxis das profissões do campo da saúde (LUZ, 2011). Quando fundamentam pesquisas de HIV/Aids, essas disciplinas ajudam a compreender normas sociais, desigualdades estruturais, significados culturais e sociais relacionados à epidemia. Pensando o campo da Saúde Coletiva como terreno fértil para discussões multidisciplinares e melhoria de políticas públicas, Cohn (2013) destaca que estudar a saúde traz o desafio de não se limitar ao conhecimento empírico, sendo assim, as discussões críticas das ciências sociais auxiliam a percorrer um caminho reflexivo com maior autonomia. É o que este trabalho almeja.

Voltando brevemente à construção do projeto de pesquisa antes da qualificação, tal percurso de pesquisa, seria, a princípio, uma etnografia, mas, após o acesso à literatura sobre a temática, migrei para o estudo de trajetórias, tendo, também, o método etnográfico como inspiração para a observação participante das jovens no serviço de saúde. Os estudos socioantropológicos de histórias de vida permitem que o meio social em que as jovens estão inseridas também seja analisado por meio das suas narrativas e a inspiração etnográfica permitiu uma observação participante mais imersiva.

Dessa forma, a pesquisa teve como intuito compreender a trajetória social das jovens por meio de seus relatos de vida e realizar observação participante durante suas consultas e vida no serviço de saúde. Além disso, tentei analisar o conteúdo das entrevistas sob uma perspectiva etnossociológica, proposta por Bertaux (2010), que

utiliza o método biográfico como matriz de reflexão sociológica para desvendar os grupos sociais e sua história estrutural e sociológica (BERTAUX, 2010).

Os estudos etnossociológicos combinam estudos etnográficos (observação participante) com o estudo de caso dos estudos sociológicos. O intuito dessa perspectiva é compreender as relações e as pessoas por meio dos processos sociais (ELIAS, 1995; VELHO, 2006, BERTAUX, 2010). Os processos sociológicos são influenciados por diversos fatores, como tempo, cultura, subjetividade dos indivíduos e interação social entre eles. Por isso, é dado o foco na descrição de cada jovem, suas percepções simbólicas e representações socialmente construídas, ou seja, para que fosse possível compreender as especificidades culturais que influenciaram suas trajetórias de vida até o momento da pesquisa (VELHO, 2006; BERTAUX, 2010).

Nessa perspectiva, o pesquisador é convidado a refletir sobre a visão do outro, a olhar além do senso comum e adentrar na realidade do outro (DA MATTA, 1978; VICTORA, 2011). O grupo social e a cultura influenciam a identidade social (BOURDIEU, 1983) das jovens como mulheres que vivem com HIV e atuam nas escolhas reprodutivas das mesmas. Dessa premissa advém a escolha de autores que compreendem que as trajetórias sociais são resultado das reelaborações do meio social em que as pessoas estão inseridas, como Pierre Bourdieu, Norbert Elias, Daniel Bertaux, Gilberto Velho, entre outros.

A primeira etapa empreendida nesta pesquisa consistiu no levantamento das produções acadêmicas sobre jovens mulheres que vivem com HIV/Aids e reprodução. A revisão bibliográfica não sistemática foi importante para delimitar o problema da pesquisa. A partir dos problemas, formulei questões norteadoras e identifiquei lacunas sobre a questão central do projeto de pesquisa inicial. Os resultados dessa revisão sugerem que a maioria dos trabalhos disponíveis sobre reprodução e HIV/AIDS encontrados contemplou mulheres de várias gerações. Os autores dialogavam sobre questões de gênero e reprodução, o que indica a importância de aprofundamento nas questões geracionais sobre HIV e reprodução.

Além disso, a literatura sobre juventude e HIV, para além do debate reprodutivo, revela que a relação entre HIV e população jovem é geralmente abordada sob o prisma da educação sexual ou da prevenção às IST. Quando jovens que vivem com HIV são priorizados no debate, a sexualidade ganha relevo na discussão, de forma que a reprodução aparece como dado secundário e geralmente como elemento para

compreender se as jovens pretendiam constituir família no futuro. Diante da revisão, identifiquei que esta pesquisa – sobre reprodução feminina juvenil HIV+ – pode contribuir com os estudos de juventude e HIV. Destaco que os dados obtidos neste levantamento foram discutidos ao longo desta tese.

No que diz respeito à submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a pesquisa foi submetida em dois Comitês: (1) CEP do IFF/Fiocruz e (2) CEP da instituição coparticipante. Esta pesquisa foi a primeira pesquisa socioantropológica realizada no hospital que serviu de campo para esta tese.

Portanto, existiram alguns dilemas relacionados a ela, como por exemplo, o questionamento do CEP sobre um termo muito utilizado em pesquisas antropológicas: “informante-chave”. Embora tenha tentado explicar diversas vezes o significado, os membros do CEP determinaram que fosse utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico que deveria ser aplicado aos informantes-chave, pois a comissão do CEP entendia que se uma jovem fosse “informante-chave”, ela teria informações privilegiadas. Além de não ser o caso, informantes-chave acabaram sendo os profissionais de saúde, entretanto, cabe o destaque de que não os entrevistei formalmente e não utilizei dados de observação participante que pudesse desrespeitar o acordo com o CEP e instituição. Isto é, mantive a análise apenas sobre as narrativas das jovens entrevistadas. Dessa forma, não apliquei nenhum TCLE para informante-chave às jovens.

As técnicas utilizadas para a pesquisa foram: observação participante e entrevista baseada em roteiro semiestruturado. A observação participante permitiu manter algum nível de aproximação com as jovens e observar suas rotinas dentro do serviço de saúde. A partir do contato com as jovens, foi possível compreender de forma mais profunda os anseios, percepções e dificuldades vivenciadas. A observação participante foi, sem dúvidas, ao mesmo tempo, um preparo que antecedeu as entrevistas e um complemento para enriquecê-las. O principal intuito da observação participante foi compreender os fenômenos culturais e características sociais que se explicitaram também no dia-a-dia das jovens (FOOTE-WHYTE, 1990). Os detalhes observados foram anotados no diário de campo e esses dados essenciais também foram analisados nesta tese.

Desde a construção do projeto de pesquisa e ainda durante o andamento da disciplina “Pesquisa Qualitativa em Saúde” ministrada pela orientadora desta tese, fui

apresentada a autores antropólogos que narravam suas pesquisas, geralmente na primeira pessoa do singular, com a maior riqueza de detalhes. Logo, com o incentivo da Profa. Ivia, tomei como inspiração a escrita antropológica que valoriza em seus textos as características do ambiente, cheiros, cores etc. Textos que fazem o leitor se remeter à literatura que faz uso de recursos descritivos e inspira as pessoas a imaginarem as cenas em suas mentes. A partir do diário de campo, pude me atentar aos detalhes e anotar cuidadosamente as cenas vividas em campo para que, somadas à transcrição das entrevistas, possibilite ao leitor o acesso a uma maior riqueza de detalhes.

No que se refere às entrevistas, usei um roteiro com perguntas abertas (Anexo I) que as guiou e ajudou a construir o perfil sociodemográfico das jovens. As entrevistas visaram a adentrar o universo das entrevistadas, tentando aprofundar questões que possibilitassem compreender melhor suas crenças, valores, modos de vida e relações que foram adaptados pós-diagnóstico, assim como as motivações para comportamentos e de que forma as desigualdades estruturais moldam a reprodução das jovens (GASKEL, 2002; KAUFMANN, 2015).

Para a seleção das jovens entrevistadas, contei com a indicação dos profissionais de saúde. Após as jovens passarem pela consulta com os profissionais de saúde (geralmente enfermeiras ou médicas), as profissionais me chamavam no corredor e me apresentavam as jovens. Além disso, durante a observação participante, também tive autonomia para convidar as jovens para entrevista, geralmente enquanto elas aguardavam na sala de espera ou corredor. Como forma de escolher o número de participantes da pesquisa, usei a estratégia denominada “amostragem por saturação”, o que significou que quando os dados da pesquisa começaram a se repetir nas entrevistas das jovens, as encerrei (FONTANELLA et al., 2008). Finalizei o campo com 27 entrevistas.

Antes de seguir para próxima seção, sinalizo que, embora as jovens tenham usado as expressões “favela” e “comunidade” para se referirem aos locais de moradia, por conta de uma discussão sócio-histórica que ressalta a “criação” das favelas como uma forma de resistência (discuti esse tópico brevemente no Capítulo II, seção “Desconstruindo a retórica da doença administrável”), optei pela expressão “favela”. Explicando melhor, embora as favelas sejam resultado de diversas violações de direitos, foi (e ainda é) uma das principais formas das pessoas pobres resistirem às

investidas perversas do Estado violador. Ademais, a depreciação da expressão ‘favela’, é a consequência dos diversos mecanismos repressivos³ utilizados pelas elites para marginalizar as favelas e seus moradores. Por isso, entendo o termo ‘favela’ como potente e como uma maneira de salientar resistências e denunciar opressões (OLIVEIRA & MARCIER, 1998; CABRAL, 1996; ZALUAR, 2015; VARGAS, 2006; ALVES, 2018). Outra questão importante de mencionar é que algumas mulheres se autodeclararam pardas e outras negras, e sigo a abordagem de somar negros e pardos para discutir os dados, pois analisá-las separadamente pode minimizar as experiências compartilhadas de opressão (LOVEMAN; MUNIZ; BAILEY, 2012). Entretanto, na descrição das jovens (seção: “Apresentando as jovens”, no Capítulo I), deixo registrada a maneira que cada jovem se autodeclarou.

3.1. ENCONTROS COM O CAMPO: SENTIDOS E DESCRIÇÃO SOCIOESPACIAL

O campo de pesquisa foi realizado em um Departamento de Doenças Infetoparasitárias de um hospital, localizado na cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada por seis meses, entre maio e outubro de 2019. Dentre as funções do setor do hospital, a principal delas é o atendimento a pessoas vivendo com HIV.

Trata-se de um departamento de referência no atendimento de crianças, adolescentes, gestantes e puérperas infectados pelo HIV. O departamento faz atendimentos de coinfeção HIV-hepatites virais e IST, atendimentos encaminhados de outras unidades ou por demanda espontânea e dispõe de uma unidade de pacientes internados. A unidade de atendimento ambulatorial funciona nos turnos da manhã e tarde, todos os dias da semana, com consultas médicas, de enfermagem, psicologia e assistência social. Apesar de atender mulheres de todas as idades, o ambulatório especializado é caracterizado por atender expressivamente mulheres com o mesmo perfil sociodemográfico do público-alvo desta pesquisa e dos Boletins Epidemiológicos Nacionais: mulheres jovens que vivem com HIV, em sua maioria negras, com precária inserção no mercado de trabalho e baixa escolaridade (BRASIL, 2018).

³ Ver também: ZALUAR, Alba; ALVITO, Marcos (Orgs.). **Um século de favela**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

O que foi possível observar no serviço é que se trata de um setor onde acontecem muitas pesquisas científicas, então, os profissionais demonstram compreender e ajudar os pesquisadores que estão na unidade. No primeiro dia de campo, a interlocutora principal, uma das médicas do serviço, me apresentou para todos os profissionais e contou sobre a pesquisa que estava realizando dentro da unidade. Desde então, todos os profissionais sempre tentavam indicar jovens ou perguntavam como estava o andamento da pesquisa. Ainda que as pesquisas realizadas no espaço não tenham cunho socioantropológico, os profissionais do setor, de modo geral, apresentaram muito interesse pela pesquisa. Tal compreensão, de fato, facilitou tanto a entrada em campo, quanto o desenrolar de toda a pesquisa. Além disso, também proporcionou maior liberdade para abordar as jovens por conta própria, como a oportunidade de acompanhar algumas consultas ou atendimentos.

Entretanto, como muitas vezes era referendada pelos profissionais de saúde que as atendiam, me questionava se as jovens aceitavam participar porque realmente estavam dispostas a dar entrevista ou se elas se sentiam na obrigação de conceder a entrevista pelo vínculo de poder que existe nas relações entre pacientes e profissionais de saúde. Para tentar amenizar um pouco, tentei promover um pouco mais de liberdade às jovens. Isto é, quando ficava sozinha com elas na sala de entrevista, além de ler o TCLE, também reforçava que elas poderiam desistir a qualquer momento. Com essa postura adotada, duas jovens desistiram quando dei esta opção a elas. Além disso, não consegui fazer uma entrevista com uma jovem de 17 anos por não ter uma pessoa responsável para assinar o TCLE. Ela estava acompanhada do parceiro. Mas tanto eu, quanto a profissional de saúde que estava comigo no dia da entrevista, achamos que não seria uma boa alternativa o parceiro assinar a autorização. Ainda que ele fosse maior de 18 anos, concordamos que ele não era o responsável legal por ela.

O primeiro contato com o campo ocorreu em maio de 2019. Observei e entrevistei as jovens que eram acompanhadas pelo Programa de Prevenção de Transmissão Vertical do HIV (pré-natal ou puérperas) e algumas jovens acompanhadas pela pediatria ou que levavam seus filhos ao serviço de pediatria. O ambulatório de pediatria promove acompanhamento com pediatra e infectologista e o atendimento adulto, com ginecologista e infectologista. Ambos também contam com serviço de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e coleta de sangue.

No que se refere às características das dinâmicas de atendimento do serviço de saúde, foi possível observar o destaque conferido à saúde do bebê, corroborando com os achados de Fraga (2019). De acordo com a autora, a dinâmica do serviço girava em torno do “convencimento e sensibilização das mulheres sobre a necessidade do uso dos medicamentos” (FRAGA, 2019, p. 23). Além disso, também pude observar uma certa distinção no acompanhamento psicossocial entre as jovens de Transmissão Vertical (TV) e Transmissão Sexual (TS). Isto é, as jovens de TS recebiam atendimentos psicossociais mais pontuais se comparadas com as jovens de TV. De certo modo, o vínculo com as jovens de TV parecia mais estabelecido porque muitas das jovens eram atendidas pelos profissionais do serviço desde criança (FRAGA, 2019).

Cabe notoriedade de que as consultas ambulatoriais ganham destaque em dias específicos da semana que foram ocultados para não identificação do campo: duas vezes por semana são agendadas as consultas pediátricas, uma vez por semana são agendadas as consultas para o pré-natal e no outro dia da semana agendam-se as consultas para as puérperas. Os demais dias da semana costumam ser reservados para retorno e/ou atendimentos pontuais, geralmente atendimentos que necessitam de mais urgência.

Fiquei sentada diversas vezes nas salas de espera de atendimento e corredor, o que possibilitou conversas informais com as jovens e, muitas vezes, até com mulheres que não eram da faixa etária das pesquisadas, mas que também foram muito importantes para o desenvolvimento desta pesquisa. A aproximação com as jovens não foi uma tarefa árdua. Longe disso, eu parecia materializar alguém que elas já estavam acostumadas a conversar: a pesquisadora ou a profissional de saúde. Melhor dizendo, como eu era indicada ou me aproximava dentro do serviço de saúde, elas pareciam me associar aos profissionais de saúde, principalmente porque o hospital realiza muitas pesquisas, quase sempre empreendidas pelos profissionais de saúde. Então, de certa forma, pude criar elos e relações de confiança que me permitiram, inclusive, tocar em assuntos delicados e muito pessoais. Os locais em que geralmente aconteceram as entrevistas eram alguma sala de atendimento pediátrico que estivesse desocupada ou uma salinha de atendimento do Serviço Social.

3.2. APRESENTANDO AS JOVENS

27 jovens mulheres de 16 a 24 anos que vivem com HIV foram entrevistadas. Dentre as jovens, três se autodeclararam brancas, 12 negras e 12 pardas. Das 27 entrevistadas, 13 contraíram HIV por transmissão sexual, 13 de transmissão vertical e 01 (uma) de transmissão não identificada. Seis jovens de TV não tinham filhos, sendo que uma que não havia iniciado a vida sexual. A maioria tem baixa escolaridade, baixa renda e precária ou (de maneira mais expressiva) nenhuma inserção no mercado de trabalho. As que trabalham têm pouca renda e trouxeram relatos de violação trabalhista. Todas interromperam os estudos por um período porque engravidaram ou tiveram problemas sociais, isso incluía ficar doente devido à doença oportunista por conta da Aids, sair de casa por rompimentos familiares ou até abuso sexual. Vale destacar que nenhuma das jovens estava – nem nunca esteve – envolvidas em movimentos sociais.

A partir da breve apresentação das jovens, antes mesmo de aprofundar na análise, já é possível perceber os atravessamentos das desigualdades. Para apresentar as jovens que dividiram uma parte de suas vidas para contribuir com esta pesquisa, descrevo, ainda que brevemente, como se constituíram suas trajetórias. Para resguardar as jovens, por uma questão ética, elas são apresentadas com nomes fictícios homenageando mulheres que fizeram história no Brasil, tal como Fernandes (2020)⁴, pois, assim como essas mulheres, apesar de todos os atravessamentos das violências estruturais que fabricam forças para tentar apagar o poder feminino, também avistei, em todas as jovens, potências que resistem a esses acometimentos.

Quadro 1 - Quadro sinóptico das jovens entrevistadas

Nome	HIV	Idade	Cor/Raça	Estado civil	Escolaridade	Ocupação
Clementina	TS	20	parda	Solteira	E. Médio Completo	Trabalho Informal
Maria	TV	24	parda	mora junto com parceiro	E. Médio Completo	Não trabalha
Bertha	TS	24	parda	mora junto com parceiro	E. Médio Incompleto	Trabalho Formal
Ruth	TS	21	parda	união estável	E. Fund. Incompleto	Não trabalha
Teresa	TV	16	negra	solteira	E. Fund. Incompleto	Trabalho Formal

⁴ Tomo como inspiração o trabalho de Fernandes (2020), no qual a autora renomeou suas entrevistadas com nomes de mulheres importantes para história do Brasil.

Raimunda	TV	22	parda	Solteira	E. Fund. Incompleto	Não trabalha
Sueli	TV	18	negra	solteira	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Enedina	TV	21	negra	solteira	E. Médio Completo	Não trabalha
Lélia	TS	21	parda	mora junto com parceiro	E. Fund. Incompleto	Não trabalha
Dandara	TV	18	parda	Solteira	E. Médio Completo	Não trabalha
Anita	TS	24	branca	Solteira	E. Médio Incompleto	Trabalho Informal
Conceição	TS	20	negra	Casada	E. Médio Completo	Trabalho Informal
Carolina	TS	20	negra	Solteira	E. Médio Completo	Trabalho Formal
Esperança	TS	23	branca	mora junto com parceiro	E. Médio Completo	Trabalho Formal
Adelina	TS	19	preta	Solteira	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Marta	TV	22	parda	mora junto com parceiro	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Ivone	TS	22	parda	Casada	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Marielle	TV	17	negra	Solteira	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Cecília	TV	18	negra	Solteira	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Luísa	TS	22	parda	Solteira	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Hilária	TV	20	negra	Solteira	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Hypatia	TV	18	parda	Solteira	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Patricia	TV	19	preta	Solteira	E. Médio Incompleto	Não trabalha
Antonieta	TS	20	negra	Solteira	E. Médio Completo	Trabalho Informal
Tarsila	TV	19	branca	Solteira	E. Médio Incompleto	Trabalho Informal
Benedita	TS	24	parda	mora junto com parceiro	E. Médio Incompleto	Trabalho Formal
Nise	TS	23	negra	Solteira	E. Fund. Incompleto	Não trabalha

Adelina⁵ – 19 anos

⁵ A jovem recebeu o nome em homenagem à Adelina (Charuteira), mulher negra escravizada que desempenhou importante papel na luta abolicionista no século XIX no Maranhão.

Adelina é acompanhada pelos profissionais do serviço desde a infância. Contou que não costuma frequentar outro serviço de saúde que não seja o hospital da pesquisa. Adelina teve dificuldade de conversar sobre seus relacionamentos e sexualidade, e apenas quando eu reforcei que a entrevista não seria compartilhada com ninguém com seu nome real, ela começou a falar sobre esses assuntos. A jovem parecia ter criado vínculo com os profissionais da pediatria do serviço, inclusive, porque, mesmo aos 19 anos, continuava sendo acompanhada pelos pediatras. Durante a entrevista, a jovem me contou que ficaria internada, pois foi diagnosticada com “tuberculose ganglionar”.

Adelina se autodeclarou preta, solteira, estava se relacionando com um rapaz, mas a jovem não dava o status de namoro. A jovem tem o ensino médio incompleto, estava dando andamento aos estudos na Educação para Jovens Adultos (EJA). Não estava trabalhando. Sua renda vem da aposentadoria da avó materna (que cria Adelina desde o falecimento da mãe em decorrência da Aids), um salário-mínimo. Ela mora na Zona Central do Rio de Janeiro. Não tem religião e não tem filhos. A forma de transmissão ao HIV não foi identificada. Adelina diz não saber como foi infectada, apenas disse “*não sei, tenho isso desde criança*”. Quando perguntei aos profissionais de saúde, uma médica me disse que a avó e os profissionais de saúde que a acompanham desde criança desconfiam que o padrasto a abusou sexualmente, pois a jovem testou negativo até os três anos, e aos quatro passou a testar positivo. Entretanto, também há a possibilidade de soroconversão, já que a mãe também era HIV+ e era acompanhada pelo serviço.

Conceição⁶ – 20 anos

Conceição contraiu o HIV sexualmente. Descobriu que estava grávida e foi fazer o pré-natal na Unidade de Atenção Básica (UAB) próxima de sua casa; descobriu que vivia com HIV na gestação e foi encaminhada para o serviço. Ela está grávida do primeiro filho e se casou assim que descobriu a gravidez: “A gente já ia casar mesmo, aí veio o neném, aí casamos antes”. O casal tem um ano de relacionamento como “namorados” e “menos de um mês casados”. Ela mora em um bairro da Baixada

⁶ A jovem recebeu o nome em homenagem à Conceição Evaristo, escritora mineira consagrada por suas obras textuais ficcionais e poéticas.

Fluminense e trabalha como “cabelereira na minha casa”, disse que recebe aproximadamente 600 reais por mês, mas não tem renda fixa. O marido recebe um salário-mínimo por mês.

Conceição se autodeclarou negra e concluiu o Ensino Médio. Não tem religião. Estava grávida do primeiro filho. Convidei Conceição para ser entrevistada quando ela estava sentada no corredor aguardando atendimento do pré-natal.

Carolina⁷ – 20 anos

Abordei Carolina enquanto estava saindo da sala do Serviço Social. A jovem estava tirando dúvidas com a assistente social porque estava sofrendo violações de direitos trabalhistas. A jovem veio encaminhada da UAB próxima de sua casa, onde descobriu o HIV, e contou que foi discriminada pela enfermeira que lhe deu o diagnóstico.

Carolina se declarou negra e solteira (mantém um relacionamento com um rapaz, mas que a jovem não atribui status de namoro e diz “não quero morar junto nunca mais”), a jovem também contou sobre o relacionamento abusivo com o pai da sua primeira filha que, segundo ela, é “da vida errada” e tem “envolvimento com a milícia”. Ela acredita ter contraído o HIV (transmissão sexual) do parceiro. Ela concluiu o Ensino Médio e trabalha como garçoneiro, recebendo um salário-mínimo mensal. Ela contou que tinha uma filha e estava grávida de sete meses do segundo filho. Contou que não segue nenhuma religião. Carolina mora com a mãe, o padrasto e a filha de dois anos em uma na Zona Norte do Rio de Janeiro. Ela é a única pessoa que trabalha em sua casa.

Benedita⁸ – 20 anos

Benedita se autodeclarou negra. Ela não concluiu o Ensino Médio e disse que interrompeu os estudos “porque trabalhava”. Ela trabalha como auxiliar de escritório e recebe um salário-mínimo. Ela tem dois filhos e está grávida do terceiro. Teve o primeiro filho aos 16 anos e descobriu o HIV na segunda gestação, aos 17 anos,

⁷ Nome em homenagem à Carolina de Jesus escritora, compositora e poetisa brasileira. Conhecida por seu livro “Quarto do Despejo: Diário de uma favelada”.

⁸ Benedita da Silva, professora, assistente social e política brasileira. Ativista política do Movimento Negro e feminista.

durante o pré-natal na Atenção Básica. Contou que se sentiu discriminada pela enfermeira da Clínica da Família: “Eu nem vou mais lá nesse lugar, nesse posto”.

Ainda durante a segunda gravidez, foi encaminhada para o serviço a pesquisa. Agora com a terceira gestação, foi sozinha (sem ser encaminhada), porque disse que “já tinha cadastro”. Ela é solteira e mora junto com o “marido” há dois meses na Baixada Fluminense. Os dois primeiros filhos são de outro relacionamento. Segundo Benedita, contraiu o HIV do ex-parceiro com quem manteve relacionamento por muitos anos, até que decidiu terminar porque “ele saía com um monte de mulher de favela”.

Clementina⁹ – 20 anos

Clementina se autodeclarou parda, tem o Ensino Médio completo e sobrevive com uma renda de aproximadamente 200 reais por mês quando realiza serviços aleatórios de faxina em apartamentos. Ela mora com a mãe que também “faz faxina” e recebe aproximadamente o mesmo valor. Ambas não têm renda fixa. Clementina não segue nenhuma religião, é solteira, está grávida do primeiro filho, disse que o parceiro “não é namorado”, porém, disse que só se relaciona com ele. Ela contraiu o HIV sexualmente aos 16 anos de idade, do “ex-namorado”. Clementina mora na Zona Central da cidade do Rio de Janeiro.

Ela contou que foi à UAB que fica perto da sua casa e fez um teste de gravidez. Lá, os profissionais de saúde, junto com sua mãe, convenceram-na de iniciar a TARV para não transmitir o vírus para o bebê e encaminharam-na para o serviço de saúde. A enfermeira me apresentou Clementina após atendê-la.

Lélia¹⁰ – 21 anos

Uma médica do serviço me apresentou Lélia no dia que ela estava levando seu bebê ao pediatra. Lélia, com sua fala acelerada e gesticulando bastante com as mãos, me contou que parou os estudos na 8ª série do Ensino Fundamental. Ela se autodeclarou parda, mora em uma favela da zona oeste do Rio de Janeiro, não trabalha e conta com a renda do parceiro, um salário-mínimo. Ela disse que contraiu o HIV por via sexual do parceiro. Ela disse que apesar de chamá-lo de “marido”, “não

⁹ Clementina de Jesus em homenagem à cantora brasileira de samba.

¹⁰ Em homenagem à Lélia Gonzalez, intelectual (antropóloga e socióloga) e política brasileira.

somos casados no papel, só moramos juntos”. Eles têm um filho de meses, único filho dela.

Lélia descobriu o HIV aos 15 anos, durante uma testagem rápida realizada na Atenção Básica perto de sua casa. O parceiro (apenas namorado na época) também testou positivo. Na época, Lélia resolveu continuar o relacionamento, mesmo com a desconfiança de “traição”.

Encontrei com Lélia em dois momentos distintos. A primeira vez foi uma conversa informal, mas gerou diversos dados importantes para a pesquisa. Após dois meses, ela retornou ao serviço e a encontrei novamente. Nesse dia, a entrevistei. Ela estava acompanhada do bebê e parceiro. Após 15 minutos de entrevista, o companheiro de Lélia entrou na sala de entrevista e se recusou a sair. Discorro sobre o episódio no Capítulo IV.

Ruth¹¹ – 21 anos

Ruth declarou-se parda e vive em “união estável” com o parceiro, porém, no momento da entrevista disse que estavam “separados” há dois meses. Ela tem o Ensino Fundamental incompleto. Não trabalha e não tem renda. Ela conta com ajudas esporádicas do ex-parceiro. Ela mora na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Não tem religião, tem um filho e está grávida do segundo.

No dia em que a conheci, por intermédio da enfermeira que faz triagem para o pré-natal, ela estava acompanhada da prima que disse que Ruth “era doida” por estar grávida novamente. Ruth descobriu o HIV aos 18 anos: “fui na clínica da família fazer um teste e deu positivo”. Ela acha que contraiu do parceiro. Contou que o parceiro era da “vida errada”. Disse que teve depressão quando descobriu o HIV. Sua mãe morreu de Aids e ela disse que sofre preconceito da família por conta do HIV. Por conta do diagnóstico, o pai parou de falar com ela.

Nise¹² – 23 anos

Convidei Nise para a entrevista enquanto a jovem estava aguardando atendimento para o pré-natal. Nise se autodeclarou negra, solteira, refere possuir

¹¹ Homenagem à Ruth de Souza, atriz brasileira.

¹² Homenagem à Nise da Silveira, médica psiquiatra brasileira. Responsável pela reforma psiquiatra brasileira.

Ensino Médio incompleto e contou que parou os estudos “porque trabalhava, preferi trabalhar”. Interrompeu os estudos antes de ficar grávida. Durante a entrevista, disse que não estava trabalhando; havia sido demitida recentemente. Disse que foi “mandada embora de barriga” porque trabalhava sem registro em carteira de trabalho em um shopping na Zona Sul. Disse que era balconista de uma loja de comida e recebia 900 reais. Contou que entregou a carteira de trabalho “há mais de meses” e “nunca assinaram”, até que sete meses após estar trabalhando, ficou grávida e a demitiram com a carteira de trabalho em branco.

A renda da jovem é o Bolsa Família que sua mãe recebe. Ela mora na zona central do Rio de Janeiro com a mãe e dois irmãos mais novos. Está grávida de sete meses e já sofreu “um aborto espontâneo” há dois anos. Ela não tem religião e disse que descobriu o HIV na gravidez que sofreu um aborto. As gravidezes são de parceiros diferentes. Disse que se relaciona apenas com o parceiro atual, se dão bem, mas não namoram.

Esperança¹³ – 23 anos

Conheci Esperança na pediatria. Ela estava levando seu bebê e único filho para consulta de rotina. Ela se autodeclarou branca, solteira e mora junto com o parceiro, mas não o denomina como marido e sim “parceiro”. O parceiro estava desempregado. Ela contou que tem o Ensino Médio completo. Trabalhava como auxiliar de loja, recebendo um salário-mínimo, entretanto, contou que o salário estava atrasado há 5 meses. Além disso, ela discorreu que não conseguiu tirar licença-maternidade durante a gravidez porque não pagavam a sua contribuição ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Contou que sua mãe a ajuda financeiramente. Ela disse que não tem religião e tem um filho de 4 meses. Esperança também contou que teve três gravidezes e dois abortos, um provocado e um espontâneo, e teve o bebê da terceira gravidez (única desejada). Esperança descobriu o HIV durante o pré-natal na Atenção Básica e foi encaminhada para o serviço de saúde onde realizei a pesquisa.

Antonieta¹⁴ – 20 anos

¹³ Esperança Garcia, mulher, negra, escravizada, se tornou a primeira mulher advogada do Piauí.

¹⁴ Antonieta de Barros foi uma jornalista, professora e política brasileira. Foi a primeira negra brasileira a assumir um mandato popular, tendo sido pioneira e inspiração para o movimento negro.

Antonieta declarou-se parda, solteira, mora junto com parceiro e disse que é católica. Ela tem o Ensino Médio incompleto. Contou que parou de estudar porque trabalhava. Durante a entrevista, estava trabalhando como manicure de uma loja no shopping e recebe um salário-mínimo. Não tem registro em Carteira de Trabalho. Mora na Zona Central do município do Rio de Janeiro.

A jovem mora com a avó. É a segunda gravidez. Contou que a avó “queria” que ela “tirasse” [interrompesse a gravidez] e o pai reagiu muito mal (“me disse coisas horríveis”). Não sabe como contraiu o HIV, mas imagina que possa ter sido de um relacionamento com um rapaz da “vida errada”. O pai do filho que está esperando “é casado”. Ela disse que só se relacionava com ele. Após a notícia de gravidez, o rapaz a abandonou. Ela o avisou sobre o HIV, mas “ele disse que fez o teste e não deu nada, não sei se dá para acreditar”.

Bertha¹⁵ – 24 anos

Uma médica do hospital intermediou a entrevista com Bertha. Ela estava sentada no corredor com seu bebê no colo. Aguardava atendimento na pediatria. Bertha, com sorriso sem jeito, parecia ser tímida. Acho que o gravador a inibiu mais ainda. Mas aos poucos, foi se soltando durante a entrevista. O bebê começou a chorar, então, eu o segurei no colo enquanto durava a entrevista para que ela pudesse falar.

Bertha se autodeclarou parda, solteira, porém, mora junto com o parceiro que chama de “marido”. Ela não concluiu o Ensino Médio. Trabalha como caixa de um restaurante e a soma de sua renda e do parceiro resulta em aproximadamente 1300 reais por mês. Ela é “evangélica afastada” e mora na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Bertha tem três filhos, duas meninas e um menino de meses. Teve a primeira filha com 18 anos. Apenas o bebê é do parceiro atual. Descobriu o HIV no pré-natal na Clínica da Família¹⁶ (ano anterior da entrevista), na última e terceira gestação. Ela e o parceiro descobriram juntos. Como o parceiro estava muito magro e abaixo do peso, ela acha que contraiu dele.

¹⁵ Bertha Lutz, bióloga, ativista feminista e política brasileira.

¹⁶ Atenção Básica de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Luísa¹⁷ – 23 anos

Luísa se autodeclarou parda, solteira e estudou até o 1º ano do Ensino Médio. Não trabalha. Não tem religião. Sua renda vem da pensão de morte do pai, um salário-mínimo por mês, e ela divide o dinheiro com a mãe e a irmã mais velha. Ela veio encaminhada de um hospital da Zona Norte do Rio de Janeiro, seu parceiro adoeceu e o transferiram para o serviço em que realizei a pesquisa. Ela mora na Baixada Fluminense e tem três filhas, de relacionamentos diferentes. De acordo com Luísa, o segundo relacionamento e o último eram rapazes da “vida errada”. Teve a primeira filha aos 15 anos.

A primeira vez que vi Luísa, ela havia acabado de receber a notícia de que havia contraído HIV, de seu parceiro, que ocultou dela ter nascido com o vírus. Conto detalhadamente a maneira como vi Luísa pela primeira vez na Parte III desta tese.

Anita¹⁸ – 24 anos

Anita foi morar com o parceiro ainda muito jovem, aos 14 anos. Anita é uma das poucas jovens entrevistadas que não se considera uma jovem, segundo ela “não tenho uma vida igual à de uma jovem” porque é mãe. Ela afirma que gosta de falar, e, de fato, é bem comunicativa. No final da entrevista, disse que foi muito bom falar: “foi como uma terapia, gostei”.

Anita é branca, loira e de olhos verdes, trabalha como cuidadora de um idoso e é a entrevistada com a maior renda mensal, embora não seja registrada em carteira de trabalho. Ganha dois mil reais por mês. Ela tem 4 (quatro) filhos meninos e está grávida do quinto, mas desta vez, torce para que seja uma menina. Anita não terminou o Ensino Médio, parou no 1º ano do colegial. Disse que as gravidezes contribuíram para a interrupção dos estudos.

Anita descobriu a sorologia em sua quarta gravidez, aos 23 anos, no pré-natal da Atenção Básica. Nasceu e passou sua infância e boa parte da adolescência no Rio Grande do Norte, migrou para São Paulo com o pai dos três primeiros filhos, se

¹⁷ Mulher negra africana trazida ao Brasil escravizada. Teve papel importante na articulação das revoltas de pessoas negras escravizadas na Província da Bahia (século XIX), desse modo, esteve envolvida na Revolta dos Malês (1835) e na Sabinada (1837-1838) na Bahia. Luísa também é mãe do abolicionista Luiz Gama.

¹⁸ Anita Garibaldi, cujo nome verdadeiro era Ana Maria de Jesus Ribeiro, foi uma revolucionária conhecida por seu envolvimento importante na Revolução Farroupilha no Rio Grande do Sul.

separou e se mudou sozinha para o Rio de Janeiro, onde conheceu o pai do seu quarto filho e foi morar com ele, a quem atribui a transmissão sexual do HIV. Atualmente está grávida do quinto filho em um novo relacionamento. Ela e o “namorado” moram em casas separadas, mas segundo a jovem, pretendem morar juntos.

Teresa¹⁹ – 16 anos

Com sua voz baixa, de menina, e com seu olhar perdido e triste, Teresa me contou sobre sua vida atravessada de rompimentos e perdas. Ela se autodeclarou parda, e atualmente cursa o 9º ano do Ensino Fundamental e mora em uma Casa de Acolhimento localizada na Zona Sul do Rio de Janeiro. Trabalha em uma loja de departamento e ganha 582 reais por mês. Teresa é solteira, tem um filho e teve 4 gravidezes, dentre elas, 3 abortos. Segundo ela, foram provocados. Disse que decidiu ter o último filho porque recebeu a notícia da morte de um irmão de sangue. Teresa também contou que sofre preconceito de uma menina que mora com ela na Casa de Acolhimento: chama-a de doente e espalha para todo mundo que ela tem HIV. A mãe de Teresa, que também era atendida no serviço de saúde da pesquisa, também tinha HIV e morreu quando ela tinha quatro anos. Teresa contraiu o HIV por transmissão vertical. Teresa foi morar com o padrasto e contou que foi abusada sexualmente dos quatro aos doze anos por ele. Ela também viveu nas ruas do Rio de Janeiro e usava drogas. Também contou que ficava nervosa e se cortava.

Marielle²⁰ – 17 anos

Marielle se autodeclarou negra, solteira e durante a entrevista estava cursando o Ensino Médio. Não trabalha. Ela perdeu a mãe meses antes de me conceder a entrevista e ainda estava tentando lidar com a perda. A mãe de Marielle vivia com HIV e era atendida no serviço. A jovem é acompanhada desde que nasceu.

Ela morava em uma casa na Zona Norte do Rio de Janeiro com a mãe e duas irmãs, mas quando sua mãe faleceu, Marielle teve que se mudar para Minas Gerais

¹⁹ Teresa Banguela viveu no século XVIII e foi uma mulher negra e líder quilombola da atual cidade de Cuiabá no Estado do Mato Grosso. O quilombo chefiado por Teresa de 1750 a 1770 foi o maior do Estado, abrigando mais de 100 pessoas negras e indígenas.

²⁰ Marielle Franco, socióloga e política brasileira. Vereadora do Rio de Janeiro e defensora dos direitos humanos, foi assassinada brutalmente. Até a escrita desta tese o assassinato de Marielle estava há mais de mil dias sem respostas.

(dois meses antes da entrevista). Foi morar com a tia materna. Entretanto, continuou sendo atendida no serviço do hospital do Rio de Janeiro. Ela contou que tanto ela quanto a tia preferem assim, pois na cidade em que estão morando, em Minas Gerais, “as pessoas são muito fofoqueiras” e elas não querem que ninguém saiba que ela tem HIV.

Além disso, também contou que tem um bom relacionamento com os profissionais de saúde e isso era um motivo a mais para continuar sendo atendida por lá. A renda mensal de Marielle era de um salário-mínimo, pensão da mãe. Ela não tem filhos e é católica. Marielle foi a única jovem que disse que ainda não teve sua primeira relação sexual.

Sueli²¹– 18 anos

Sueli se autodeclarou negra, solteira e estava cursando o Ensino Médio. Não trabalha. Ela mora com o pai e a madrasta. Depende financeiramente do pai, que recebe um salário-mínimo por mês. Mora na Zona Norte do Rio de Janeiro. Não tem religião e tem uma filha de 10 meses.

Abordei Sueli na pediatria. Ela estava levando a filha para consulta e contou que tinha um relacionamento com o pai do bebê, mas “não era namoro”. Ela contraiu o HIV por transmissão vertical. Sua mãe faleceu de Aids. Ela disse que se sente muito enjoada ao tomar os antirretrovirais (ARV). O pai e a madrasta também vivem com HIV. Desde que nasceu, era atendida em um serviço de doenças infecciosas na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Quando engravidou, foi encaminhada para o serviço desta pesquisa. Ela e os pais retiram os ARV no Instituto Nacional de Infectologia na Fiocruz.

Sueli também compartilhou que o pai da filha não a ajuda com os cuidados da criança ou financeiramente, “quem ajuda às vezes é a mãe dele” [avó da filha e mãe do rapaz] e não se relaciona mais com ele. Também contou que pediu para o ex-parceiro fazer o teste de HIV, mas sem contar sobre seu diagnóstico, disse que o teste do ex-parceiro deu negativo.

Cecília²²– 18 anos

²¹ Sueli Carneiro, intelectual brasileira, filósofa, escritora e ativista antirracismo.

²² Cecília Meirelles foi uma jornalista, pintora, poeta, escritora e professora brasileira.

A psicóloga me apresentou Cecilia, que tinha acabado de sair de um atendimento com ela. Cecilia é uma jovem que contraiu o vírus por TV e é atendida pelo serviço desde criança. Perdeu os pais em decorrência da Aids e seus irmãos cuidam dela desde então. Ela mora com o irmão mais velho, que há alguns anos teve envolvimento com o tráfico de drogas.

Cecilia presenciou a morte de sua irmã mais velha, vítima da violência armada das favelas cariocas, alvejada com um tiro. Não consegui fazer todas as perguntas do roteiro de entrevista, porque ela se abalou emocionalmente ao contar as histórias de sua vida. Depois disse que não queria mais falar, e respeitei. Só temos 15 minutos de áudio de entrevista e anotações de algumas conversas com gravador desligado.

Cecilia é negra, solteira e estava cursando o Ensino Médio. Não trabalha, recebe uma pensão de morte do pai, no valor de um salário-mínimo. Ela disse que se sente sozinha. Não tem religião e não tem filhos. Mora na Zona Norte do Rio de Janeiro.

***Clarice*²³ – 18 anos**

Clarice disse que é parda, solteira, estava cursando o Ensino Médio. Ela não trabalha, mas mora junto com o parceiro. Ele trabalha e ela depende financeiramente dele, que recebe um pouco menos de dois salários-mínimos. Durante a entrevista, disse que procurou o serviço porque suspeitava de uma gravidez.

Ela nasceu com HIV e havia interrompido a TARV há cinco meses. Ela se declarou evangélica. Clarice perdeu os pais em decorrência do Aids. Morava com a avó materna, mas contou que deixou a casa da avó e foi morar com o parceiro há dois anos, pois brigou com a avó, verbal e fisicamente, porque ela “deu em cima do meu namorado”. A jovem chorou diversas vezes durante a entrevista contando sobre sua trajetória de perdas familiares. A mãe de Clarice faleceu em decorrência da Aids e o pai sempre usou o diagnóstico de HIV para ofendê-la (“você é aidética”).

***Dandara*²⁴ – 18 anos**

²³ Clarice Lispector foi uma escritora e jornalista brasileira nascida na Ucrânia. Autora de romances, contos e ensaios, é considerada uma das escritoras brasileiras mais importantes do século XX.

²⁴ Dandara liderava o quilombo dos Palmares com Zumbi, seu marido. Heroína revolucionária, lutou ao lado de homens e mulheres para defender o quilombo dos Palmares no século XVII, Pernambuco, Alagoas.

Dandara é parda, solteira, tem o Ensino Médio completo. Não trabalha, mora com a irmã mais nova e com os pais e depende financeiramente do pai, que recebe um salário-mínimo por mês. Mora na Zona Central do Rio de Janeiro, é católica e estava grávida durante a entrevista. Ela contraiu o HIV via TV. Disse que quando era criança, sua mãe dizia que ela tinha “uma doença no sangue”, mas não dizia que era HIV.

Ela retira os ARV na farmácia do serviço de saúde onde fiz a pesquisa. Ela já teve pneumonia e meningite bacteriana em decorrência da Aids quando era criança. Disse que “sempre tomou” os ARV “sem problemas”. No momento da entrevista, não estava se relacionando com ninguém. Ela tem um filho e não está com o pai do bebê. Também disse que foi complicado contar para o ex-parceiro sobre o HIV. Ele fez o exame e deu negativo. Ela é acompanhada pelo mesmo serviço de saúde desde criança e uma das pediatras me apresentou Dandara durante a consulta do seu bebê.

Patrícia²⁵ – 19 anos

Convidei Patrícia para entrevista enquanto ela estava aguardando atendimento da ginecologia. A jovem me contou que era um atendimento de rotina. Patrícia se autodeclarou preta, solteira e estava cursando o Ensino Médio via EJA. Ela não trabalha, é evangélica e mora na Baixada Fluminense.

Ela mora com o parceiro há três meses, embora não tenham casado legalmente, o considera seu “marido”. De acordo com Patrícia, o companheiro trabalha “na obra” e recebe 200 reais por mês. Ela tem um filho de quatro anos de outro relacionamento e está grávida do parceiro atual. Ela frequenta o mesmo serviço de saúde desde criança.

Tarsila²⁶ – 19 anos

Tarsila se declarou branca e solteira. Ela não concluiu o Ensino Médio. Trabalha de forma autônoma como “designer de sobancelha”. Disse que sua renda não é fixa, mas que geralmente consegue receber um salário-mínimo por mês, às

²⁵ Patrícia Galvão, mais conhecida como Pagu, foi uma escritora, poetisa, diretora, tradutora, desenhista, cartunista, jornalista e militante comunista brasileira, foi presa por motivações políticas.

²⁶ Tarsila do Amaral é uma pintora brasileira, conhecida internacionalmente, é considerada uma das principais artistas modernistas da América Latina.

vezes um pouco mais, às vezes um pouco menos, depende de quantas pessoas ela consegue atender em um mês. Ela é espírita. Tem um filho e não tem relacionamento com o pai do seu filho.

Contraiu o HIV via TV. Contou que sua mãe descobriu o HIV porque ela adoeceu quando era criança: “muito doente, doente, o médico sugeriu fazer o exame de HIV e deu positivo” [positivo para Tarsila e sua mãe]. De acordo com a jovem, sua mãe sempre falou abertamente sobre o HIV para Tarsila, então, ela sempre soube que vivia com HIV, desde criança. Apesar disso, só ela e a mãe sabem do diagnóstico. Compartilhou que interrompeu a TARV em alguns momentos da vida, e quando perguntei o motivo ela disse “falta de responsabilidade”.

Desde criança era acompanhada em um hospital da Atenção Especializada no bairro da Tijuca, mas quando ficou grávida foi encaminhada para o atual serviço de saúde. Ela estava na pediatria levando seu filho para uma consulta de acompanhamento, e a convidei para uma entrevista enquanto ela estava no corredor esperando a consulta. Ela mora com o filho de meses na Zona Oeste do Rio de Janeiro.

***Hilária*²⁷ – 20 anos**

Hilária é negra, solteira e estava cursando o Ensino Médio. Não trabalha. É umbandista. Mora com a avó e o irmão mais novo na Zona Norte do Rio de Janeiro. Ela não trabalha e depende da aposentadoria da avó, no valor de um salário-mínimo por mês.

A jovem também é acompanhada pelo serviço da pesquisa desde criança, quando descobriu o HIV, contraído por TV. A avó é sua cuidadora, e segundo Hilária, sua mãe os “abandonou” quando ela era criança. No momento da entrevista disse que está “namorando” e que a avó não estava aceitando o início de sua vida sexual. A jovem também compartilhou que ainda não pretende contar para o namorado que vive com HIV, pois pretende esperar mais um pouco até confiar nele.

Uma pediatra, que conhece a jovem desde criança, me apresentou a ela, e foi assim que a convidei para entrevista.

²⁷ Hilária Batista de Almeida, conhecida como Tia Ciata, foi uma cozinheira e mãe de santo brasileira, considerada por muitos como uma das figuras mais influentes para o surgimento do samba carioca.

***Enedina*²⁸ – 21 anos**

Enedina é uma jovem negra, solteira e não estava se relacionando com ninguém. Ela concluiu o Ensino Médio e não trabalha. Mora com a mãe e a irmã mais velha. Ela e a irmã dependem financeiramente da mãe que recebe um pouco menos do que dois salários-mínimos por mês. Mora na Zona Norte do Rio de Janeiro e é candomblecista. Ela não tem filhos.

A jovem contraiu o HIV via TV. Seu pai faleceu em decorrência da Aids e sua mãe vive com HIV. A mãe também é atendida no serviço e Enedina o frequenta desde criança. Ela descobriu o diagnóstico aos 12 anos. Antes ela sabia que tinha alguma doença, mas não sabia qual era. Disse que foi um choque quando descobriu, mas acredita que tem responsabilidade suficiente para lidar com o diagnóstico, dados que se alinham com os achados de Baptista (2020).

Enedina contou que tem um certo “receio” de se relacionar, disse que não consegue se envolver “mais sério” com ninguém, mesmo que goste do rapaz. Contou que tem medo de precisar contar sobre o HIV caso insistam em não usar o preservativo. Conheci Enedina por intermédio de uma enfermeira.

***Marta*²⁹ – 22 anos**

Marta é parda, solteira, mas mora junto com o companheiro, a sogra e a cunhada em um bairro da Zona Norte do Rio de Janeiro, desde os 16 anos. Disse que a sogra praticamente a “adotou”. O parceiro é o único que trabalha, ele “vende mate nas praias” do Rio de Janeiro e recebe um salário-mínimo por mês. A jovem também contou que os três sabem de seu diagnóstico. O parceiro não gosta e não usa preservativo, mesmo sabendo do diagnóstico de HIV.

Marta tem o Ensino Médio Incompleto, disse que parou de estudar porque a mãe tinha falecido em decorrência da Aids. Só voltou para escola aos 18 anos, mas desistiu novamente.

²⁸ Enedina Alves Marques foi a primeira mulher negra a se formar engenheira no Brasil e a primeira mulher a se formar em engenharia no Estado do Paraná.

²⁹ Marta Vieira da Silva, jogadora de futebol brasileira, atua como atacante e meio-atacante, e foi eleita a melhor jogadora de futebol do mundo seis vezes.

Convidei a jovem para a entrevista enquanto ela estava sentada nas cadeiras do corredor aguardando para fazer o pré-natal, grávida do seu primeiro filho. Marta também contou que é acompanhada desde criança pelo serviço, pois nasceu com HIV (transmissão vertical).

Ivone³⁰ – 22 anos

Ivone se declarou parda e tem o Ensino Médio Incompleto. Não trabalha. Ela acha que contraiu o HIV do ex-parceiro que era da “vida errada”. Agora ela é casada em cartório com outro rapaz. Ivone depende financeiramente do marido, que é barbeiro no bairro em que moram na Zona Norte do Rio de Janeiro. Ela contou que ele consegue “tirar um pouco mais de um salário por mês”.

Ivone contou que descobriu o HIV no pré-natal, aos 19 anos, e foi vítima de racismo obstétrico. Os fatos, diagnóstico e violência aconteceram em um hospital da Zona Norte do Rio de Janeiro. No puerpério, ela foi encaminhada para o serviço onde a entrevistei. Convidei Ivone para a entrevista no momento que ela estava saindo da consulta com a infectologista. Nesse dia ela pediu para trocar os ARV (“não tô me sentindo bem”). Ela tem dois filhos.

Maria³¹ – 24 anos

Maria se declarou parda, solteira, mas mora com o parceiro e concluiu o Ensino Médio. Não trabalha, mas tem uma renda mensal de aproximadamente 350 reais de uma casa que aluga. O parceiro não trabalha. Mora na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. Não tem religião e tem um filho. A jovem contou que só se tornou mãe porque o marido insistiu muito. Durante a entrevista, ela repetiu inúmeras vezes, rindo, que tinha vontade de “socar o bebê” de “tão chato” que é.

Seus pais faleceram quando ela ainda era criança. Primeiro a mãe e um tempo depois o pai (ela teve mais contato com o pai). Além da morte dos pais, ela teve rupturas familiares com tios. De acordo com Maria, a tia, que ficou com ela e com o irmão quando os pais faleceram, só queria o dinheiro deles, pois o pai deixou uma

³⁰ Ivone Lara, cantora e compositora brasileira, foi a primeira mulher a assinar um samba-enredo e a fazer parte da ala de compositores de uma escola, a Império Serrano.

³¹ Maria da Penha é uma farmacêutica brasileira e líder dos movimentos de defesa dos direitos das mulheres e a importante lei que combate a violência doméstica e familiar contra as mulheres no Brasil leva seu nome: a Lei Maria da Penha. Ela foi vítima de violência doméstica e devido às agressões sofridas perpetradas pelo marido ficou paraplégica.

casa para ela e outra para o irmão. Disse que não confia em sua família extensa e que “quer distância” de todos eles. Maria é atendida pelo serviço desde criança e a maioria dos profissionais a conhece. Seus pais também eram atendidos lá.

Raimunda³² – 22 anos

Raimunda se autodeclarou parda e solteira. Ela tem o Ensino Fundamental Incompleto. Tem um filho. Ela não trabalha e não tem renda, mora com a mãe, duas irmãs, duas sobrinhas e o filho. Raimunda disse que a mãe, a única que tem renda, não tem uma renda fixa. Raimunda vive na Zona Norte do município do Rio de Janeiro.

Contraíu o HIV por meio de TV. Ela, sua mãe e irmã mais velha vivem com HIV, já a irmã mais nova, não. No dia que entrevistei Raimunda, sua irmã mais velha precisou ficar internada, pois foi diagnosticada com tuberculose. A psicóloga me apresentou Raimunda e sua irmã, entretanto, não entrevistei a irmã porque ela ficou internada. As duas jovens e a mãe são atendidas no serviço de saúde desde que nasceram.

³² Raimunda Putani Yawnawá - ela e sua irmã mais nova, Kátia Hushahu, filhas do líder indígena Raimundo Luís, da tribo Yawanawá, foram as primeiras mulheres a serem aceitas como pajés, no ano de 2005. Raimunda tinha então 27 anos, e teve que enfrentar a resistência de muitos membros de sua aldeia, inclusive do seu próprio marido, o pajé Bira.

4. CAPÍTULO II - A EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO E AS FRATURAS DAS VIOLÊNCIAS ESTRUTURAIS

Esta parte da tese discute a experiência da doença tomando como norte a perspectiva proposta por Paulo César Alves (1993). O autor considera que tanto a perspectiva individual quanto a coletiva interferem na maneira como as pessoas significam e vivem as doenças. Entretanto, o destaque da discussão de Alves (1993) que guia este capítulo é considerar que a cultura influencia fortemente nas escolhas individuais. Logo, ter isso como ponto de partida permite aprofundar como as experiências individuais são influenciadas por questões de raça, geração, classe e gênero.

Em outras palavras, tomo como direção que as percepções de cada pessoa são influenciadas a partir das normas sociais que as cercam e das experiências que vivem por compartilharem de opressões e problemas em comum. Pensando nisso, ao revisitar a história da Aids e como ela chegou ao Brasil, é possível entender por que a doença ainda é vista de maneira estigmatizada. Diante disso, a experiência individual das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) é significada a partir das percepções coletivas da doença e seus grupos se pautam na maneira como a história da epidemia se desenhou no país.

4.1. “EU TENHO ISSO”: ESTIGMA E HIV

A Aids chegou ao Brasil vinculada a grupos marginalizados, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis, prostitutas, travestis e haitianos. A doença foi associada à moralidade e as pessoas mais expostas a contrair o HIV foram denominados como “grupos de risco”, ou seja, pessoas que tinham propensão a contrair o vírus devido aos seus hábitos, em especial, às práticas sexuais (CARRARA & MORAES, 1985).

As posturas de enfrentamento e politização por meio do ativismo proporcionaram a rearticulação de identidades, como Pelúcio (2007) evidencia:

Os ativistas tornaram-se, assim, produtores de saberes sobre a AIDS e sobre o viver com AIDS: propondo práticas sexuais "seguras", discutindo questões relativas à adesão aos medicamentos, interferindo na formulação das políticas públicas como grupos de pressão (PELÚCIO, 2007, p. 125).

O processo descrito pela autora também ajudou a instituir uma série de práticas reguladoras das condutas, sobretudo, das sexualidades. Essas formas de controle também favoreceram, em certa medida, que determinadas práticas sexuais continuassem a ser censuradas e associadas à doença (PELÚCIO, 2007), o que contribuiu para a reprodução do estigma do HIV/Aids.

Aprofundando mais, embora muitos avanços tenham ocorrido, sobretudo biomédicos, o estigma e preconceito ainda são problemas relacionados à epidemia enfrentados atualmente (PARKER & AGGLETON, 2003; MONTEIRO & VILLELA, 2013). O conceito de estigma foi introduzido por Goffman (1982). O autor esclarece que o indivíduo estigmatizado é todo aquele que assume características distintas daqueles que a sociedade avalia como atributos positivos. Explicando melhor, o estigma se refere a um atributo depreciativo, não apenas como uma qualidade pessoal, mas uma marca que inferioriza a pessoa diante do grupo a que pertence.

Ainda de acordo com Goffman (1982), o estigma é uma construção social, por isso, uma característica normal em uma sociedade pode ser vista como estigmatizante em outra. No entanto, para compreender o estigma no contexto da Aids é importante observar os processos estruturais que afetam as PVHA. Parker (2013) aprofundou essa discussão interligando o conceito de estigma com as violências estruturais. A potente discussão impulsiona o debate para entender como os problemas estruturais refletem na perpetuação do estigma na vida das PVHA.

Monteiro et. al. (2013, p. 73) sinalizaram que “a assunção de que o estigma gera preconceito e este gera discriminação supõe a origem dos processos de discriminação no estigma, sem considerar que a produção do estigma pode ser consequência de processos sociais”. Com isso, as autoras evidenciaram limites dos estudos sobre estigma no Brasil. Em consonância com a produção acadêmica dos autores (PARKER & AGGLETON, 2003; PARKER, 2013; MONTEIRO & VILELLA, 2013), procuro lançar o olhar sobre os processos culturais e estruturas de poder para discorrer sobre o estigma no decorrer desta seção.

A discriminação de PVHA está relacionada ao processo social de relações de poder e dominação, como Farmer (2005) elucidou sobre a distribuição desigual de poder social que impede pessoas de fazer escolhas. Em outras palavras, são as desigualdades estruturais que reforçam os contextos de exclusão e preconceito de pessoas que vivem com HIV. Sendo assim, o machismo, o racismo e a homofobia são

pautados em normas sociais hegemônicas de poder que contribuem para a manutenção do estigma e exclusão das pessoas (MONTEIRO et al., 2013; PARKER, 2013).

Explicando melhor essa discussão, no caso das mulheres jovens desta pesquisa, é importante lembrar que a mulher jovem é, antes de qualquer aspecto geracional, um “corpo feminino” (RODHEN, 2009). Um corpo marcado por signos biológicos que os homens da medicina e da ciência catalogaram e instituíram inúmeras prescrições ao longo dos séculos. Com essas regras, criou-se o discurso baseado em uma ideia de “natureza” feminina que partiu do aspecto biológico (órgão sexual feminino) para justificar e impor normas que colocam as mulheres em posições sociais menos privilegiadas que os homens (MARTIN, 2006; BOURDIEU, 2002).

As pesquisas com enfoque feminista vêm mostrando que os aspectos sociais e culturais modificam a forma como esse corpo se expressa e é percebido no mundo. São vários os fatores que ditam como esse corpo social será regulado e explorado. A lógica estrutural desigual e sexista molda os conceitos morais, sociais e até mesmo os biomédicos. Tais preceitos, crenças e paradigmas afetam a trajetória individual das mulheres, ao subsidiarem a atribuição de certos significados em detrimento de outros à experiência e sustentarem ideologicamente as desigualdades que são aí engendradas (MARTIN, 2006; ROHDEN, 2001).

A discussão dos autores que problematizam as violências estruturais e estigma me ajuda a entender que as questões de gênero, raça e classe enfrentadas diante do HIV pelas jovens entrevistadas trazem implicações sociais para suas vidas e elas, conseqüentemente, repercutem em seus relacionamentos sociais ou afetivo-sexuais, poder de escolha, oportunidades etc. Segundo Leonara Silva (2017), em sua dissertação intitulada “O HIV às vezes me assombra: Narrativas online de mulheres jovens vivendo com HIV/aids acerca das suas relações afetivo-sexuais”, muitas vezes, as estigmatizadas tentam evitar o preconceito que a doença acarreta por meio do sigilo de sua condição de viver com HIV ou até mesmo pela preferência de um parceiro que também viva com HIV.

Ainda de acordo com a autora, suas relações são marcadas por medo, pois passam a viver com grande responsabilidade de cuidar de si e de não transmitir o vírus, além de lidar com rejeições carregadas de preconceito e estigma (SANTOS et. al., 2002; SILVA, 2017). Silva (2017) e Anjos (2012), em suas pesquisas,

apresentaram que jovens mulheres negras e pobres que vivem com HIV são atravessadas por violências estruturais de forma mais intensificadas do que outras mulheres. A raça se articula ao gênero, engendrando também os marcadores territoriais remetidos às mulheres moradoras da favela.

Assim como Parker (2013) sugere, é importante entender a história da epidemia e os problemas sociais para entender como as violências estruturais ‘agem’ na vida das pessoas afetadas. As violências estruturais evidenciam essa desumanização na vida das jovens entrevistadas de diversas maneiras como apresento mais adiante na discussão dos dados. A literatura de gênero e HIV mostra que a maioria das jovens que vivem com HIV/Aids são pobres, negras e apresentam exposição às situações de abuso, violência ou perdas traumáticas ao longo da vida (SILVA, 2017; SANTOS et al., 2002; VILLELA & BARBOSA, 2017)

A Aids ainda é socialmente tratada como um grande tabu³³. Partindo da lógica que Lévi-Strauss (1986) usou para compreender o tabu do incesto ao estudar relações de parentesco, também tento indicar e considerar a estrutura social inconsciente que está por trás do tabu da Aids. Pensando nisso, partindo da história da epidemia, HIV/Aids são conectados ao tabu sexual sob a ótica de uma sociedade majoritariamente cristã que tem como “princípios” a sexualidade matrimonial que exclui e recrimina práticas sexuais que não seguem esses padrões (FOUCAULT, 2017). Dito de outro modo, HIV/Aids são associados a comportamentos ainda tidos socialmente como ‘promíscuos’:

Diante de tais observações, em alguma medida, quando uma PVHA não fala ou evita falar o nome do vírus ou doença – como foi o caso das entrevistadas desta pesquisa, que diziam "eu tenho isso", “esse meu problema”, "quando eu descobri isso", “não queria saber disso, dessa coisa” –, tal fato chama atenção para a noção de tabu que ainda circunda a epidemia. Quando as jovens usaram “isso” para contar sobre o HIV, nota-se, pois, que o movimento de ocultar o nome do vírus/doença conota noções morais de uma palavra que não pode ser dita porque é, ainda, relacionada a

³³ De acordo com Lévi-Strauss (1988), o tabu se refere a algo proibido por uma questão cultural de um povo, ato que pode resultar em maldição, porque a proibição moral tem, sobretudo, cunho religioso, ocasionando assim, punição divina.

um tabu sexual e a condutas 'desviantes' que podem suscitar uma série de discriminações sociais.

A partir das reflexões de Foucault (2017), cabe mencionar que a sexualidade juvenil foi, por séculos, vista como loucura moral. A conotação de sexualidade precoce ainda persiste, portanto, carrega o sentido simbólico de não permitido (HEILBORN, 2006; BRANDÃO, 2006). Enedina compartilhou que não consegue manter relacionamentos sérios porque se acha incapaz de se eximir do julgamento moral da doença: "É um medo mesmo".

Assim como Enedina, as demais jovens conhecem bem as sequelas do preconceito moral que ainda está atrelado ao HIV. Quando a temática da experiência da doença foi explorada nas entrevistas, o resultado mais expressivo na narrativa das jovens foi o preconceito e a discriminação, implicando quase sempre o segredo do diagnóstico.

Dentre as jovens que contaram que nunca sofreram discriminação, todas compartilharam que não sofriam preconceito porque ninguém sabia do diagnóstico e temiam que alguém do seu convívio social descobrisse. Anita, única dentre as 27 jovens que falava abertamente sobre seu diagnóstico de HIV, disse que sofre preconceito constantemente: "Quando eu falo, que eu tenho HIV: 'ué, mas você não é magra!'".

As descobertas indicam que a revelação do HIV é um processo social no qual se revela cuidadosamente sua condição para algumas pessoas e não para outras devido ao medo do preconceito (MONTEIRO et al., 2013; PARKER, 2013). As jovens que entrevistei foram muito seletivas sobre quem escolheram contar o diagnóstico. Na maioria das vezes eram pessoas bem próximas, como a mãe, avó ou parceiro:

"Só minha mãe" (Clementina, 20 anos).

"Às vezes é muita discriminação, né, que nem todo mundo... Nem todo mundo sabe. Só algumas pessoas assim da minha família e meu companheiro, agora, o resto, eu não conto". (Benedita, 20 anos).

"Só minha família sabe" (Tarsila, 19 anos).

"Só minha avó e uma tia minha" (Adelina, 19 anos)

“Ninguém sabe, só os meus pais e o pessoal daqui no hospital, os médicos” (Dandara, 18 anos).

Predominantemente, os amigos ou qualquer outra pessoa do convívio social não sabiam do diagnóstico das jovens, apenas pessoas às quais elas denominavam como muito íntimas. E quanto às jovens que tiveram seus diagnósticos tornados públicos em algum momento de suas vidas, os relatos foram sobre suportar discriminação pela ausência de conhecimento sobre a doença, como Lélia, de 21 anos, descreveu: “Preconceito... É... As pessoas criticavam muito. Achava que se encostasse em mim ia pegar. Se bebesse no mesmo copo que eu, ia pegar. E as coisa não é assim”. Além do relato de Lélia, é possível apreender a discriminação sofrida por Teresa:

Tipo, lá onde eu fico nesse abrigo, tem uma menina que é muito preconceituosa. Quando ela tá estressada ou alguma coisa assim, ela te fala alguma coisa para te machucar. Parece que ela sabe qual é o teu machucado que você sente mais dor e vai querer bater nela, entendeu? Então, ela faz isso. Ela toca lá naquele machucado que mais dói. Então, quando ela discute comigo aí ela vai lá e fala que eu sou doente, que eu tenho HIV e ela fala pra todo mundo. (Teresa, 16 anos)

Também chama atenção a fala da mesma entrevistada, Teresa, que contou que passou sua infância escutando do padrasto: “Que eu tinha HIV e não ia ter uma família, não ia ter filho, não ia casar, ia sempre ser qualquer uma na vida” e que o ex-companheiro e pai do seu filho também utilizou da informação do HIV para mantê-la na relação, dizendo que “ninguém vai querer tu com isso [HIV]”. Seguindo o mesmo padrão, o parceiro de Anita, que, de acordo com a jovem, transmitiu o vírus para ela, também usava o diagnóstico de HIV para discriminá-la:

E quando eu separei dele ainda gestante, eu ainda tava grávida, ele sempre falava pra mim, que eu nunca ia encontrar ninguém, que homem nenhum ia aceitar essa doença, que não sei o que. E eu já tinha até desistido, sabe, dessa vida amorosa.

Assim como Hilária de 18 anos, contou que descobriu o HIV durante a discussão entre o pai e a avó enquanto o pai a discriminava:

Minha avó e ele discutindo, né, brigando e tal, ele falou... Eu perguntei porque que eles tavam brigando, aí ele pegou e falou, ah, porque você é doente e tal... E ele nunca gostou de mim, sempre mandou minha avó me jogar da linha do trem. Me matar... Aí falou, ah, porque você é uma aidética e tal. Foi

aí que eu descobri, entendeu. Eu já sabia, aí fui ler o autor do medicamento, tava escrito... Ai foi um choque, porque eu já sabia o que era.

Ao olhar as narrativas acima, ficam evidentes as conotações machistas, geralmente perpetuadas pelos parceiros ou cuidadores homens. De certa forma, essa discriminação também aparece nas narrativas de relacionamentos heterossexuais das jovens, por isso, o medo de contar sobre o diagnóstico para os parceiros íntimos (SILVA, 2017).

Neste caso, o machismo aparece como norma social hegemônica de poder que contribui para a manutenção do estigma das jovens mulheres (MONTEIRO et al., 2013; PARKER, 2013). Em outras palavras, essas noções são utilizadas para oprimi-las com o intuito de manutenção de poder social dos homens. Muitas vezes, inclusive, usadas de maneira inconsciente. A discriminação de mulheres que vivem com HIV é usada como mais uma maneira de perpetuar a violência de gênero, inclusive nas relações intrafamiliares. Porém, tomam contornos específicos nos relacionamentos afetivos, o que será aprofundado no Capítulo IV, que trata de discutir os relacionamentos das jovens entrevistadas.

Continuando a discussão sobre as narrativas apresentadas acima, o padrasto de Teresa, disse que ela não conseguiria constituir família por ter HIV, fortalecendo a noção de que “mulheres que vivem com HIV são promíscuas” e, por isso, seria “qualquer uma”, jamais alguém apta a ter uma família por não estar sob os padrões impostos à mulher na sociedade brasileira. Isto é, Teresa possui uma característica particular de um indivíduo que segue o oposto das normas culturais “tradicionais” de uma sociedade, o que gera o estigma. Portanto, estaria fadada ao fracasso das tentativas de se inserir nela sem sofrer discriminação.

Pensando nas normas sociais instituídas em torno de padrões e expectativas que consolidam e corporificam uma feminilidade hegemônica (CARSON, 2006), viver com HIV não está entre as expectativas ‘ideais’ do gênero feminino. Por isso, como forma de evitar o preconceito, as mulheres, sejam elas jovens ou não, costumam manter a condição de viver com HIV em sigilo (CARSON, 2006; NELVO, 2017; SILVA, 2017). No caso de jovens que vivem com HIV, manter o diagnóstico em sigilo é, sobretudo, uma forma de evitar o preconceito e o abandono em suas relações afetivo-sexuais (CARSON, 2006; NELVO, 2017; MEYER & FELIX, 2014; NEVES, 2008; ANJOS, 2012; LIMA, 2015; SILVA, 2014).

De acordo com Nelvo (2017) e Silva (2017), muitas jovens que vivem com HIV já sofreram situações humilhantes em decorrência de ter o HIV tornado público. O cenário de medo de ser discriminada ou quando o abandono se concretiza demonstra que as jovens que vivem com HIV frequentemente são marginalizadas e encontram dificuldade em suas relações afetivas e sexuais devido à estigmatização que a doença ainda gera (NELVO, 2017; SILVA, 2017; ANJOS, 2012; AGOSTINI et al, 2017).

Ainda sobre estigma, diante da preocupação com a aceitação social, a avó de Adelina a orientou a esconder as erupções cutâneas ocasionadas pela Aids que ela tem pelo corpo: “ela [avó]... por causa da minha mancha assim... ela fala 'Adelina, bota uma calça pra ninguém ficar olhando pra tua perna. Porque as pessoas são tudo preconceituoso, ninguém vai querer ficar perto de tu’”. A avó da jovem, como forma de tentar proteger a neta da discriminação derivada do estigma da marca física neste caso (GOFFMAN, 1982) incentiva-a a esconder as marcas que tem pelo corpo, mas que se sobressaem nas pernas. Aqui, segundo Goffman, as pessoas “normais”, que, neste caso, são as pessoas que não tem as marcas visíveis pelo corpo, podem evitá-la ou discriminá-la caso as marcas fiquem à mostra, já que não enxergam as pessoas estigmatizadas como “normais”. Sendo assim, a avó incentiva a jovem a esconder as feridas com a calça. Como exposto, viver com HIV pode significar conviver com o estigma, por isso, muitas pessoas escolhem esconder o diagnóstico como forma de se prevenir das discriminações. Esse fator acaba sendo ainda mais evidente na vida de crianças, adolescentes ou jovens que, por orientação da própria família, escolhem não divulgar sua condição de viver com HIV (CARDIM & MOREIRA, 2013).

O sigilo, no caso das entrevistadas da pesquisa, parece, também, reproduzir essas hierarquias sociais. As práticas de revelação e ocultação do HIV são incentivadas pelos familiares, geralmente a mãe ou avó, e formam um paradoxo entre a vontade de falar e a necessidade de ocultação (SIMMEL, 1906; MAKSUD, 2012). Como Lélia de 21 anos compartilhou sobre o momento quando ela, com 16 anos, descobriu o HIV: “eu achava que todo mundo tinha que saber. Aí minha mãe falou, as coisas não é assim, isso é um pessoal seu, do seu esposo, então, não tem necessidade de todo mundo estar sabendo”.

Do ponto de vista de alguns estudiosos, o sigilo é incentivado a ser superado (HARDON & POSEL 2012; MONTEIRO et al, 2013). Para eles, o sigilo é entendido como algo que perpetua e reproduz o estigma. Monteiro et al. (2016) trazem

importante debate sobre como o ocultamento do diagnóstico pode gerar a perpetuação do estigma. As autoras destacaram que, paradoxalmente, não falar sobre o diagnóstico pode fortalecer ainda mais o estigma, já que uma das formas de enfrentamento do preconceito é confrontá-lo. Logo, acabar com o segredo poderia desconstruir preconceitos e combater o medo do estigma relacionado ao HIV (MONTEIRO et al., 2016).

De fato, manter o HIV em segredo contribui para que a doença continue sendo um tabu na sociedade. Quanto menos se fala abertamente sobre a doença, menores são as chances de desconstruir os valores morais que contornam a epidemia. Entretanto, vale advertir que, apesar de ser um “contexto ideal”, por ora, parece distante de se tornar real. Revelar o diagnóstico, pode, e na maioria das vezes gera, uma série de discriminações para a vida das pessoas, desde problemas de relacionamentos familiares até problemas no trabalho.

4.2. DESCONSTRUINDO A RETÓRICA DA DOENÇA ADMINISTRÁVEL

Ainda com fins a discutir a experiência da doença significada a partir do contexto social, muitos relatos faziam referência à frequente descontinuidade dos ARV: “Já [risos]. Tantas vezes” (...) “Aí fiquei internada de novo. Aí voltei pra casa. Porque eu tinha abandonado o remédio. Ai depois eu comecei a ficar mal de novo”. Parece haver relação significativa entre as recorrentes interrupções da TARV e as desigualdades estruturais.

Teresa, um dos exemplos mais extremos entre as entrevistadas, viveu muitos anos entre a casa de seu abusador, as ruas da cidade do Rio de Janeiro e Casas de Acolhimento. A jovem passou a maior parte de sua adolescência interrompendo a TARV.

A trajetória de Teresa me impactou profundamente. Durante a análise, examinando as narrativas, sou abduzida pelos mesmos sentimentos de desconforto e indignação que tive durante as entrevistas. Me pego remoendo o quão perversos são os resultados das desigualdades estruturais. Não apenas para Teresa, mas, de modo geral, para todas as jovens. As desigualdades interferiram em suas trajetórias em níveis diferentes, algumas de forma bem mais intensa, mas todas com algum grau de

impacto nas oportunidades de vida (SEN, 2000) e na forma como vivem e lidam com a doença, em consequência, na relação com os ARV.

Teresa, a mais jovem das entrevistadas, nasceu com HIV e relatou que perdeu a mãe antes dos quatro anos de idade, disse que não lembra muito bem dela. Com a morte da mãe, ficou morando com o padrasto. Ela disse que descobriu o vírus por volta dos 6 anos de idade, ainda na infância. O padrasto contou de forma agressiva dizendo que ela nunca iria casar e ter filhos por conta do HIV. Teresa compartilhou comigo que sofreu abuso sexual por parte do padrasto em muitos momentos de sua vida, para ser mais exata, durante todo o tempo que teve contato com ele, entre os quatro e doze anos de idade. A partir dos seis anos foi institucionalizada em uma Casa de Acolhimento Feminino para Menores de Idade. Entre os seis e doze anos voltou a morar com o padrasto inúmeras vezes, até que ele perdeu a guarda de Teresa definitivamente quando ela tinha 12 anos. A jovem também viveu nas ruas do Rio um grande período de sua vida, pois fugia da Casa de Acolhimento. Usou drogas, chegou a se prostituir e a roubar durante esse período. Para examinar melhor, aciono aqui o conceito de “biologias locais”, que ajuda a reconsiderar a crença de que o HIV é uma doença administrável. Margaret Lock (1993) desenvolveu o conceito de "biologias locais" para contrariar a noção de uma biologia universal. Como Lock (1993, p. 370) sugeriu “nem um fato nem evento universal, mas uma experiência que devemos interpretar no contexto”, isto é, o conceito adota a ideia de que os fenômenos das doenças variam entre os locais. Explicando melhor, a título de exemplo, em contextos de desigualdades estruturais profundas, o HIV se torna mais um contratempo para as pessoas administrarem. Muitas vezes, a depender da conjuntura, também, bem menos urgente. Diante de tais observações, levando a trajetória de Teresa como exemplo inicial, sobreviver às ruas parece bem mais urgente. Necessidades imediatas como comer e se proteger das violências das ruas e possíveis abusos ganham destaque iminente.

Na fala de Adelina, nota-se um continuum que liga a mesma lógica das desigualdades estruturais e espaços físicos: “tô sem telefone e eu preciso. (...) porque eu moro em área de risco né. Então, se tem guerra esses negócios, então, eu preciso de ter. Porque se eu tiver na rua assim, tem guerra, eu avisar”. A mesma jovem também contou sobre ansiar produtos básicos de higiene pessoal e beleza, além de bens materiais, como o celular mencionado acima. Mas o que não se pode perder de

vista é a narrativa sobre viver em uma área de conflito armado e como isso pode ser vivido pela jovem de maneira mais expressiva:

Eu queria sair de lá [do local que mora]. Eu não gosto muito não. Tem muita guerra dos caras lá. Aí depois sobra pra gente, porque eles entram, porque às vezes os caras ficam lá no quintal. Os caras do CV [Comando Vermelho] ficam lá no quintal. Eles ficava lá no quintal [da casa dela]. (...) Ai a gente tem medo, de quando os outros caras entrar eles subi a escada e querer entrar dentro da casa dos outros.

Por diversos motivos, Adelina também foi uma das jovens que me marcou bastante. Primeiro porque ela foi a única jovem que tinha algum problema visível de saúde. Ela estava com uma ferida expressivamente grande em sua axila esquerda. Além disso, ela tinha feridas pelo corpo inteiro e não parava de tossir durante a entrevista. Adelina parecia ser muito mais nova do que realmente era e quando ela me disse sua idade me assustei, inclusive porque ela estava sendo atendida na pediatria. Quando perguntei o que ela tinha, Adelina me contou que estava com tuberculose ganglionar³⁴ e veio ao serviço procurar atendimento porque estava sentido dor.

Adelina é atendida pelo serviço há muitos anos, desde que era criança e descobriu o HIV. A mãe de Adelina, que era acompanhada no hospital da pesquisa, morreu de AIDS e Adelina é criada pela avó materna. Embora, a princípio, tenha pensado que ela era uma jovem que teve TV, na realidade ela testou negativo durante parte da infância. Porém, quando ela completou quatro anos de idade, testou positivo. Existe uma desconfiança de abuso sexual por parte do ex-parceiro da mãe, tanto da avó materna que cuida de Adelina, como dos profissionais de saúde que acompanhavam a mãe e agora Adelina. Mas a jovem, inclusive, significa o HIV como se tivesse nascido com ele.

Adelina é uma jovem muito atravessada por problemas estruturais. Durante a entrevista, contou que gostaria de ir a um shopping, pois nunca foi. Também gostaria de trabalhar para ter seu próprio dinheiro, mas é desestimulada pela avó: “Adelina, você não pode trabalhar, pode passar mal, você tem que cuidar da sua doença”. Durante a entrevista, percebi que Adelina tinha dificuldade para elaborar a

³⁴ Tuberculose Ganglionar é uma doença infecciosa que acomete os gânglios linfáticos (pequenos órgãos de defesa localizados em diversas áreas do corpo), percebida, geralmente, na região do pescoço e tórax, podendo também atingir axilas, virilha e a região do abdômen.

temporalidade dos fatos sobre sua vida. Como, por exemplo, descrever datas/ épocas. Não conseguia me dizer sobre o tempo dos episódios vivenciados. Um exemplo específico: ela ficou internada em decorrência da doença há alguns meses, mas não soube descrever com precisão quando foi. Durante a entrevista, precisei estimular dando exemplos de datas: “Foi este ano ou ano passado?” “5 anos, 3 anos, 2 meses, 1 mês?”. Foi quando ela disse que tinha ficado internada há aproximadamente dois meses. Foi dessa maneira que consegui ter noção aproximada dos eventos que ela descrevia, entretanto, nada com precisão.

Adelina interrompeu os estudos algumas vezes por questões relacionadas à saúde, todas relacionadas ao HIV. Atualmente está cursando o Ensino Médio. São altos e baixos no tratamento. Desde a infância, nunca conseguiu ficar muito tempo tomando regularmente os ARV. Sempre interrompe o tratamento e surgem inúmeras doenças oportunistas, tanto que ela contou que “a diretora da minha escola disse pra eu estudar em casa, só ir lá para levar lição, porque ela quer que eu cuide das minhas doenças”. Adelina se afastou temporariamente da escola, por meio de atestado médico.

Raimunda, junto com sua família, viveu episódios em que teve que comer farinha misturada com água como a única “refeição” do dia para “matar a fome”, pois a família não tinha o que comer. A aflição da fome era ainda mais urgente e a TARV passou a ter menos destaque. A trajetória da entrevistada me lembrou a história de Evangivaldo escrita por João Biehl (2011). Lembro que ao ler a história do homem de 38 anos, ainda no início do doutorado, fui embriagada por um sentimento de inconformismo, que sinto desde o início da minha graduação, ao me confrontar com o fato de que uma pessoa não tenha o que comer e como deve ser extremamente desafiante tomar ARV todos os dias sem comida alguma no estômago e sem perspectiva de tê-la. Há pouco, me pego entrevistando jovens com trajetórias parecidas e tão desafiantes quanto.

Essas histórias – de Evangivaldos e Raimundas – mostram que não é tão simples administrar um tratamento contínuo e diário em um contexto em que falta o essencial. A entrevistada de 22 anos mora com a mãe, duas irmãs, dois sobrinhos e o filho. A mãe, ela e a irmã mais velha de 25 anos, vivem com HIV e as duas irmãs são acompanhadas desde criança pelo serviço. A irmã mais nova não tem HIV. Embora a fome não seja mais um problema enfrentado durante a entrevista, a situação

de pobreza permanece. Nenhuma das pessoas que mora na mesma casa trabalha e a renda, segundo Raimunda, vem do Bolsa Família³⁵ da mãe.

O breve parágrafo contando sobre a trajetória de Raimunda e das outras jovens mostra de maneira evidente que as condições sociais e econômicas não tornam o tratamento tão eficaz quanto poderia ser (HAMDY, 2013). Apesar da TARV garantir melhoria na expectativa e qualidade de vida das PVHA, há recursos que ultrapassam os limites biomédicos, como os direitos sociais. Tanto Raimunda quanto a mãe e a irmã mais velhas já interromperam a TARV em algum momento da vida. A irmã mais velha, inclusive, no dia que entrevistei Raimunda estava no serviço e precisou ser internada porque estava com pneumonia, e por esse motivo, não consegui entrevistá-la também.

Nichter argumenta que "diferença biológica pode influenciar a experiência individual, bem como as interpretações culturais da experiência" (ibid., 2002, p. 165). Levando isso em consideração, as jovens que vivem com HIV pareceram dar significados muito menos importantes para o HIV, pois viveram situações bem complexas e que precisaram de atenção imediata para garantir sua própria sobrevivência, como nos escritos de Biehl (2011).

Os relatos de racismo e violência também estão conexos com a experiência de viver com HIV das entrevistadas. Quando perguntei para Adelina se ela já tinha sofrido preconceito por conta do HIV, ela disse que não, porque ela não compartilha o diagnóstico com ninguém: "Mas eu já sofri outro tipo de preconceito". Com uma tentativa de imitar a maneira que falavam com ela, modificando a voz, para simular o insulto, Adelina disse: "Eu passo na rua e eles falam 'ah sua cabelo duro' 'nega do cabelo duro'" (Adelina, 19 anos).

Não é possível discutir sobre desigualdade material no Brasil sem falar sobre raça e como os modos de vida contribuem para a manutenção do racismo estrutural. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística evidenciam as desigualdades: os negros recebem salários mais baixos e há níveis mais elevados de vulnerabilidade econômica. As taxas de analfabetismo também são maiores entre os negros e eles têm menos acesso a oportunidades de emprego quando comparados

³⁵ Programa do Governo Federal de transferência direta de renda, direcionado às famílias brasileiras em situação de pobreza e de extrema pobreza, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza.

com os brancos. As pessoas negras brasileiras também são mais afetadas pela violência. Além disso, correspondem à maioria da população brasileira (55,8%, somando 9,3% negros e 46,5% pardos) (BRASIL, 2019).

Para aprofundar mais a discussão de violência estrutural, trago um resgate histórico para debater sobre como os processos sociais e estigma afetam as jovens desta pesquisa. As jovens entrevistadas nasceram majoritariamente em favelas, filhas de pais de baixa escolaridade e renda. As favelas no Brasil surgiram no final do século XIX como resultado de muitos problemas sociais e políticos, na época da Primeira República. Segundo registros históricos, foi na cidade do Rio de Janeiro que surgiu a primeira favela do Brasil, o atual Morro da Providência (OLIVEIRA & MARCIER, 1998; CABRAL, 1996), favela que ainda existe.

No entanto, as favelas derivam de diversos fatores sociais, políticos e econômicos, como migração de pessoas das regiões Norte e Nordeste do Brasil para o Sudeste em busca de empregos e melhores condições de vida e a voluptuosa demolição de antigos cortiços para revitalização de cidades. Outro grande impacto social – quiçá, o mais expressivo – que contribuiu para o crescimento das favelas está relacionado aos problemas sociais enfrentados após a abolição da escravatura no Brasil (OLIVEIRA & MARCIER, 1998). Todos esses problemas sociais aumentaram o número de pessoas desabrigadas porque o governo não apresentou uma solução habitacional e de inserção das pessoas negras como sujeitos detentores de direitos na sociedade brasileira (ZALUAR & ALVITO, 2008).

O país que manteve a escravidão por mais de 300 anos se exime da responsabilidade de inserir as pessoas negras na nova forma de vida e de trabalho, permitindo que se mantenham as desigualdades de renda, oportunidades e direitos entre brancos e negros, gerando profundos problemas sociais que foram se atualizando ao longo dos séculos de desigualdade. Após a abolição da escravatura, os negros não conseguiram entrar no mercado de trabalho, tendo que se adaptar ao trabalho informal e ao pagamento insuficiente (FERNANDES, 1965). O reflexo desses problemas sociais atualmente é o racismo estrutural.

Os problemas sociais de interseção de classe e raça fazem parte da história brasileira, que vem sendo desenhada ao longo dos séculos. Se analisarmos a articulação dos modos de economia, podemos perceber que os negros são obrigados a viver nas áreas mais pobres, como as favelas. Um problema persistente e histórico

que as classes dominantes, conseqüentemente as autoridades, não têm interesse em resolver porque a manutenção da miséria conserva o poder e os privilégios das classes dominantes (HALL, 1980). Em outras palavras, a pobreza obriga as pessoas a vender sua força de trabalho em condições cada vez mais desumanas e exploradoras. No Brasil, os impactos desse sistema econômico excluem as pessoas das cidades e as fazem morar em favelas que geralmente não têm água encanada, esgoto doméstico, luz regulada e ruas asfaltadas. Além disso, as pessoas vendem sua força de trabalho para comer e, na maioria das vezes, comem mal ou nem comem (ZALUAR, 2008; CUNHA, 2014).

É necessário observar que vários níveis de governo ou do Estado em geral têm um interesse direto em manter o poder em suas mãos ou nas mãos de poucos, enquanto exploram a classe baixa e, em particular, os negros de classe baixa, impedindo-os de ter a chance de ganhar algum desse poder. Para Du Bois (2014), isso foi feito pelo Estado e pelos ricos (proprietários) tentando manter os negros sem educação, porque eles sabem que a educação é poder e pode causar uma mudança na dinâmica dessas relações, o que resultou (e ainda resulta) na impossibilidade de controlar os pobres e as pessoas negras. Vale lembrar que é por meio da exploração dos pobres e negros que os ricos mantêm suas vantagens. No Brasil, trata-se de um processo histórico, decorrente da colonização.

Trazendo Fanon (1963) para o diálogo, fica evidente que a descolonização é um processo histórico no qual duas forças inerentemente opostas – o colonizador e o colonizado – se encontram, e seu encontro inicial é caracterizado pela violência. Explicando melhor, o colonizador causa estragos na casa do nativo e em suas mentes, forçando o nativo a se perceber como inferior ao colonizador. Este processo cimenta a superioridade imaginada do colonizador e governa aqueles que ele colonizou, e permite ao colonizador "conhecer" bem o nativo. Essas formas de relações seguem se perpetuando atualmente, como por exemplo, tolhendo-lhes o direito à educação de qualidade, moradia e outros. E, conseqüentemente, impedindo o acesso a todos os bens simbólicos e materiais que os possibilitariam espaço igual na sociedade.

As mulheres jovens desta pesquisa enfrentam desvantagens estruturais decorrente desses processos históricos e que estão ancoradas, inclusive, no espaço que vivem (COLLINS & BILGE, 2016). Essas desigualdades são manifestadas de diversas formas na vida das jovens, por exemplo, muitas abandonaram a escola

precocemente por causa da gravidez, problemas familiares como abuso, ter que trabalhar muito cedo, violência ou perda da família, ou problemas de saúde relacionados a Aids.

Aprofundando ainda mais essa questão de como as desigualdades de classe, raça e gênero “se cruzam” (COLLINS & BILGE, 2016), sabe-se que as mulheres negras têm menos probabilidade de encontrar um bom trabalho, podem sofrer ou temer a violência e são discriminadas por causa de sua cor. Resumidamente, são formas de estruturas de poder que geram formações sociais que normalizam e perpetuam as estigmatizações baseadas em raça, classe e, no caso desta discussão, gênero (COLLINS & BILGE, 2016; GILMORE, 2002; HALL, 1980; SILVA; RIOS; FRANÇA, 2013). Assim, apesar de todo o estigma histórico em torno das favelas brasileiras – efeito dos interesses antagônicos das classes sociais (HALL, 1980) –, onde o poder público está ausente, há pessoas tentando resistir e provar o seu valor.

As mulheres negras enfrentam determinados estereótipos negativos que podem até mesmo impedi-las de ocupar espaços sociais. Algumas jovens compartilharam relatos sobre racismo que já sofreram ou a vontade de ocupar certos espaços que nunca tiveram oportunidade de estar. Além disso, ao comparar a renda das três jovens brancas com a renda das 24 jovens negras, a diferença é expressiva. As jovens brancas têm maiores salários, mesmo quando possuem menores níveis de escolaridade.

Anita, por exemplo, é branca, loira e de olhos claros e a cor da sua pele parece se estender a sua renda mensal. Ela trabalha como cuidadora de um idoso e é a entrevistada com a maior renda mensal, apesar de ter a escolaridade igual ou menor que de outras jovens que recebem salários muito menores do que ela. Anita ganha dois mil reais por mês. Ainda que seja uma renda baixa, sobretudo porque ela tem 4 filhos, em comparação com as outras jovens, a diferença é bem expressiva. Ela recebe quase três vezes mais que as outras entrevistadas. Anita não terminou o Ensino Médio, parou no 1º ano do colegial. Disse que as gravidezes contribuíram para o abandono da escola. Anita também é a única jovem que fala abertamente sobre o diagnóstico de HIV. Em contraste, a maioria das jovens negras está sem trabalhar ou está inserida em empregos informais com baixa e incerta renda mensal. Dentre as poucas jovens que trabalham com registro em carteira de trabalho, elas contaram que

recebem até um salário-mínimo por mês e descreveram episódios de violação de direitos.

Também me contaram histórias de rompimentos familiares, como Clarice de 18 anos dividiu: “minha avó me botou pra fora de casa” quando ela tinha 16 anos. Quando perguntei o motivo, ela se torceu na cadeira que estava sentada, parecia ter vergonha de falar, mas contou:

Ela deu em cima do meu noivo e ele me contou. E eu fui perguntar a ela, né, porque na hora você não acredita. Fui perguntar a ela, ela começou a me bater, isso deu caso de polícia e tudo, tive que fazer corpo delito, essas coisas. Aí ela pegou e me botou pra fora de casa. Ai ele [parceiro] que me acolheu”. (Clarice, 18 anos).

Há casos de repetição da doença em algumas famílias. A mãe de Carolina foi diagnosticada com HIV, a avó materna de Luísa morreu de Aids. Ambas contraíram o HIV sexualmente. Isso pode estar relacionado às desigualdades estruturais e às oportunidades da vida. As mães das jovens também moram ou moravam em favelas, tinham baixo nível de escolaridade e renda precária. Os dados apontam que se trata de desigualdades intergeracionais, isto é, são cumulativas. As desigualdades vêm como heranças sociais e econômicas que são acumuladas por aqueles que já tem oportunidades mais fracas e se perpetuam para os filhos e netos (FRANCH, 2008).

A trajetória das jovens entrevistadas evidenciou a dificuldade de romper com o ciclo. A marginalização social dessas mulheres negras ecoa as enfrentadas pela geração de seus pais. As jovens entrevistadas nasceram nas favelas, filhos de pais que também tinham baixos níveis de escolaridade e renda. Como costumavam interromper os estudos por causa da gravidez ou outros motivos, até mesmo as meninas que concluíam o Ensino Médio ou o Ensino Fundamental haviam interrompido os estudos em algum momento da vida. Analisando a trajetória das jovens entrevistadas, é aparente a reprodução geracional das violências estruturais. Há uma marginalização social notável que vem se perpetuando pelas gerações familiares.

Também é necessário destacar outros motivos que podem estar relacionados à descontinuidade dos ARV. Como Boltanski (1984) sinalizou, as classes populares podem ter uma percepção diferente do conceito de saúde, uma tendência a ver o corpo reduzido à funcionalidade. Como Adelina, que só procurou o médico quando o desconforto a impossibilitou de sair de casa. Em alguns casos, também há impacto

de como a pessoa recebeu o diagnóstico de HIV e foi orientada sobre o manejo da doença (CARVALHO & OROSKI, 2011). De acordo com Agostini et al. (2017) quanto melhor o acolhimento e desmistificação da doença pelos profissionais, sobretudo os médicos, melhor parece ser a adesão à TARV. Algumas jovens descobriram o diagnóstico de forma traumática, vivenciando situações de discriminação no momento da revelação do diagnóstico por alguns profissionais da atenção básica ou por algum familiar no caso de TV. Em outras palavras, como Cruz (2015) destacou, a adesão a TARV é multifatorial.

4.3. CULPA E HIV

...ela [mãe] falou que não era **culpa** (grifo nosso) minha, nem dela, foi, infelizmente, do meu pai, que não se cuidou e aí transmitiu pra ela e, antes dele saber, ela já me amamentou. Então, ela... Nisso ela passou pra mim também. E isso pra ele foi um choque e ele acabou falecendo da doença mesmo. (Enedina, 21 anos).

A culpa ganhou destaque nesse trecho da entrevista e, embora tenha sido atrelada ao pai, a jovem, em meio à sua timidez, foi discorrendo sobre a culpa, não só, mas também, como uma tentativa de explicar que nem ela e nem a mãe seriam “culpadas” pelo diagnóstico de HIV. Anita, no entanto, culpou o parceiro:

Primeiro, ele [parceiro] foi traidor e irresponsável. Porque além do filho que eu ia ter com ele, eu tinha outros filhos, eu tenho mais 3 filhos. Então, pra mim, eu não perdoe ele, porque ele tava tirando minha vida, porque e se essa doença... Hoje em dia, tem que como ter tratamento. Mas e se não tivesse? Eu ia morrer e meus filho ia ficar aí. (Anita, 24 anos)

A culpa, nesta parte da tese, está relacionada à experiência da doença, entretanto, a temática também aparece nos resultados de todos os eixos de discussão da presente tese de maneira secundária: experiência da doença, sexualidade, relacionamentos e reprodução. Contudo, aqui, a discussão é focada em desmembrar como a culpa está relacionada ao diagnóstico. Descobrir que você tem uma doença como o HIV/Aids e que alguém que você gosta provavelmente transmitiu a você, ou que você pode ter infectado alguém que gosta, evoca sentidos diferenciados. As narrativas das jovens mostraram que o HIV estava associado à culpa e presente nos

relatos de maneiras distintas: quando as jovens foram infectadas sexualmente, geralmente culpavam seus parceiros; em contraste, quando as jovens eram de TV, culpavam suas mães ou pais e; por fim, de maneira mais expressiva, algumas jovens também se culpavam ou tentavam encontrar maneiras de se justificar para, em alguma medida, não se sentirem culpadas.

“Eu pensando assim comigo: cara, por causa de um sexo que eu não sei nem se foi bom, eu vou ter que tomar medicamento para o resto da minha vida (...) por causa de uma coisa assim, uma coisa de momento, eu peguei essa doença”. Foi assim, às margens de seus sentimentos, que Anita de 21 anos contou como se sente sobre o diagnóstico de HIV.

Emily Martin (2006), em seu livro “A mulher no corpo: uma análise sociocultural da reprodução”, argumentou que a culpa é um sentimento expressivamente vivido por mulheres. Seguindo a mesma trilha da autora, para tentar entender a culpa como um processo sociocultural que usurpa a vida das mulheres (como mencionado acima) parece pertinente resgatar alguns fatores sócio-históricos para compreender porque as mulheres tanto se culpam ou são culpadas. O caminho escolhido para analisar a culpa feminina mostrou a importante relação entre culpa e poder (FOUCAULT, 2017).

A culpa parte da percepção de que houve uma falha em alguma atitude. Mas que falha seria essa? Pensando nas mulheres, em suma, as narrativas sociais hegemônicas estimulam padrões pré-definidos de uma mulher “ideal”, com condutas muito bem definidas de como ela deve se portar e agir socialmente, muitas vezes, com exigências irreais. Por consequência, mulheres se sentem culpadas por achar que estão falhando ao não corresponder aos padrões socialmente impostos (MARTIN, 2006). No caso específico do HIV, vê-se que as mulheres que vivem com HIV são vistas como “sem valor”, “promíscuas”.

Há décadas, estudiosas feministas vêm denunciando que esses padrões estipulados são, na realidade, disputas de narrativas para a perpetuação do poder social do patriarcado³⁶ (DAVIS, 2018; FEDERICI, 2018). Com o intuito de compreender melhor, vale destacar a maneira como essas narrativas permeiam as camadas sociais. Destrinchando melhor, o Estado, as leis e as normas culturais de maneira geral são atravessados por essas narrativas, de forma que as pessoas e as

³⁶ Recorro ao conceito de patriarcado amplamente discutido na teorização feminista, por autoras como Butler (2003) e Castro (2009).

instituições são moldadas sob perspectivas misóginas que idealizam, induzem e exploram um padrão de mulher. Para isso, utilizam-se diversos subterfúgios para moldar condutas femininas com o intuito de controle para manutenção de privilégios (FOUCAULT, 2017; FEDERICI, 2018).

Essas normas, por vezes explícitas, em outras nem tanto, estão a todo momento moldando condutas e valores. A laqueadura tubária das trompas oferecido pelo Sistema Único de Saúde pode ser um exemplo para elucidar como funciona tal mecanismo de poder. Para realizar a laqueadura gratuitamente, as mulheres, além de ter inúmeros critérios necessários como ter mais de 25 anos e mais de dois filhos vivos, ainda precisam da assinatura do cônjuge para ter o direito de realizar o procedimento. A Lei nº 9.263 de 1996 que trata do planejamento familiar explicita no artigo 10, § 5º: “na vigência de sociedade conjugal a esterilização depende do consentimento de ambos os cônjuges” (BRASIL, 1996).

Embora o critério seja para homens e mulheres, a história de opressão contra mulheres e os atuais índices de feminicídio no país dão indícios de como esse parâmetro pode ter consequências específicas para as mulheres. Melhor dizendo, a autorização do cônjuge sobre a laqueadura reforça noções de que o corpo da mulher pode (e deve) ser controlado. Entretanto, pensando na discussão empreendida, a laqueadura com a autorização do cônjuge é apenas mais um efeito da causa: a lei foi construída a partir da concepção de que o corpo feminino pode (e deve) ser controlado, sobretudo pelo marido, visto que é justamente essa a narrativa social hegemônica que permeia a sociedade brasileira.

Aprofundando a discussão em torno dos aspectos de gênero feminino diante da culpa, Sueli, de 18 anos, parecia reproduzir as narrativas sociais predominantes que contaram para ela sobre sua mãe: “Eu tenho isso [HIV] por causa da minha mãe. Ela transmitiu pra mim. Ela não se cuidou e transmitiu para mim. Ela era louca. Ela morreu quando eu era criança”, como ela havia contado que era criança quando sua mãe faleceu, perguntei quem lhe contou sobre o episódio narrado, então ela respondeu: “Meu pai e minha madrasta”.

Seguindo o exercício feito por Silvia Federici (2018), em “Calibã e a bruxa”, parece pertinente discorrer sobre os conceitos marxistas de gênero e biopoder. Nesse sentido, cabe aqui resgatar que após a Revolução Industrial, entre os séculos XVIII e XIX, as mulheres foram inseridas nos trabalhos das fábricas. Isso pode ajudar a

compreender os “desenhos” da culpa feminina. Com essa transformação social no mundo do trabalho, as mulheres passaram a acumular funções: trabalhar fora sem conseguir se desvencilhar das funções de cuidado. Melhor dizendo, passaram a sofrer as explorações contratuais do mercado de trabalho, somadas às explorações do trabalho doméstico não remunerado, o que reforçou, assim, as opressões contra as mulheres (FEDERICI, 2018).

Com essa nova configuração, criou-se um padrão de mulher que precisa “dar conta de tudo”, inclusive, só será “boa o suficiente” se assim o fizer. É uma maneira atualizada de manter as mulheres sob controle, designando-as a um padrão “ideal”. A lógica perversa, porém, artificiosa, de culpa e poder, coloca mulheres em um lugar de culpadas mesmo quando a falha vem do parceiro, como é possível perceber nos discursos sociais que dizem que mulheres devem estar à disposição para fazer sexo com o marido, caso contrário, ele procurará outra mulher. Outro exemplo, relatado inclusive por algumas jovens, é o parceiro usar o diagnóstico de HIV para depreciar a parceira e mantê-la no relacionamento dizendo que ninguém vai aceitá-la com essa doença, porque ter HIV seria o oposto de mulher “ideal”: “ninguém vai querer tu com isto [HIV]”, como o exemplo citado acima, de Sueli narrando que o pai e a madrasta a contaram que a culpa pela transmissão do vírus é de sua mãe falecida.

De maneira similar, a instituição, campo desta pesquisa, pode ter papel fundamental para a conformação do sujeito, neste caso, na conformação de mulher jovem vivendo com HIV. De acordo com Goffman (2007), a institucionalização se coloca enquanto ‘molde simbólico’ do sujeito. Aprofundando um pouco mais, Mary Douglas (1987) também abordou como as instituições conformam a identidade das pessoas. Isto é, ter um atendimento diferenciado e especializado pelos profissionais de saúde pode evocar sentimento de pertencimento. O serviço de saúde estudado assumiu em diversos momentos características preventivistas, o que pode colaborar de forma indireta para a manutenção do sentimento de culpa das entrevistadas.

.....

5. CAPÍTULO III - A SEXUALIDADE QUE AINDA É UM “PECADO”

5.1. “QUANDO EU ME PERDI”: APONTAMENTOS SOBRE A SEXUALIDADE JUVENIL FEMININA

Esta seção é composta por uma breve contextualização histórica, política e social da sexualidade na sociedade ocidental. Um dos intuitos desse esforço de contextualização, e não menos importante, é o de apaziguar, pelo menos um pouco, muitas inquietações que surgiram ao longo da construção desta tese. A outra justificativa é a interpretação de uma contextualização necessária para o entendimento do cenário atual. Analisar a conjuntura histórica permite a compreensão da construção social dos indivíduos e esse é um bom ponto de partida. Em seguida, a discussão dos resultados sobre a sexualidade das jovens da pesquisa começa a ser apresentada.

Até o século XVII, o sexo era vivido abertamente, as palavras hoje vistas como obscenas eram comuns. A sexualidade era expressa sem pudor e não havia segredos. Contudo, ainda no século XVII, as coisas mudaram: iniciou-se uma incitação ao discurso sobre o sexo como forma reguladora das sexualidades. O sexo se tornou algo que deveria ser dito exhaustivamente. O intuito? Utilizar o discurso sobre sexo como um dispositivo de constrangimento (FOUCAULT, 2017). Um exemplo de dispositivo discursivo de regulação do sexo eram as confissões exigidas pela Igreja Católica. Os Manuais de Confissão da Idade Média recomendavam fortemente a descrição dos atos sexuais durante as confissões. Os desviantes deveriam pagar com penitências e torturas, além das inúmeras recomendações sobre condutas durante o sexo conjugal, o único “permitido” moralmente (FOUCAULT, 2017).

Além dos mecanismos da Igreja Católica, os governos também tinham seus próprios dispositivos para modelação dos discursos sobre sexo, especialmente no século XVIII, quando os governos perceberam que tinham que lidar com diversos problemas sociais relacionados a doenças, mortalidade e natalidade. Esses fatores sempre implicavam a questão econômica. A partir disso, tentaram fazer do comportamento sexual dos casais uma conduta a ser levada como exemplo. Ainda no mesmo século, iniciou-se uma constante incitação política, econômica e técnica ao falar de sexo (FOUCAULT, 2017).

A sexualidade de crianças e adolescentes passou a ser disputada por inúmeros dispositivos institucionais e estratégias discursivas. Pedagogos, psiquiatras, médicos e instituições, como, por exemplo, as de ensino, empenhavam-se em nortear as condutas relacionadas ao sexo. Os comportamentos antes vistos como “normais” passaram a gerar intolerância coletiva, a serem geridos por intervenção judicial e médica, além das diversas produções teóricas sobre o tema (FOUCAULT, 2017). Este parágrafo já começa a dar pistas de como a sexualidade juvenil, sobretudo a feminina, estudada neste capítulo, começou a ganhar tons moralistas há muitos séculos. Essas pistas históricas começam a ajudar a entender o cenário atual ocidental da temática sexual.

O que quero destacar é que, com o objetivo de reorientação e modificação sobre o próprio desejo, as pessoas foram induzidas a falar sobre sexo por séculos. A regulação dos discursos sobre sexo se sustenta até os dias atuais e, conseqüentemente, também é perpetrada nas práticas hegemônicas da biomedicina (FOUCAULT, 2017). Apesar das concepções médicas não serem mais as mesmas dos séculos anteriores, essas percepções ainda se mantêm de diversas formas, como, por exemplo, na associação estabelecida entre comportamentos desviantes e as pessoas que vivem com HIV/Aids, bem como a imposição de padrões de sexualidade e reprodução, em especial, para jovens mulheres que vivem com HIV.

Ser jovem, ser mulher e viver com HIV/Aids pode significar ter a sexualidade controlada pela sociedade e quando essas categorias são interseccionadas potencializam as discriminações e o domínio de seus corpos e decisões. Inclusive, a minha escolha por estudar apenas jovens mulheres, excluindo os jovens homens, surge de uma inquietação derivada da percepção de que as mulheres, sobretudo as que têm o atravessamento do HIV/Aids em suas vidas, têm seus corpos utilizados como campo de batalhas ideológicas quando se trata de direitos sexuais e reprodutivos. Isso advém de uma sociedade machista e patriarcal que dita regras sobre os corpos das mulheres. Além disso, aprofundando ainda mais, parece evidente que são marcas históricas de uma sociedade majoritariamente cristã, que regula os corpos a partir das concepções de pecado e preceitos sociais moralmente não aceitos.

Foucault (2017) construiu o conceito de “sexualidades periféricas” para denominar todas as sexualidades que passaram a ser marginalizadas. Essas sexualidades vão contra as normas socioculturais da matrimonialidade e os padrões

esperados de condutas sexuais. Dentre os diversos grupos que se enquadravam como detentores de posturas desviantes, as mulheres jovens apareceram como “meninas precoces”. Ou seja, há séculos as mulheres – em especial, as jovens – têm suas sexualidades tidas como periféricas, logo, objeto de constante normatização. Essas sexualidades eram marginalizadas e eram carregadas de estigma moral ou eram “tratadas” como desequilíbrio psíquico (FOUCAULT, 2017). Esse protótipo reverbera até a contemporaneidade de diversas formas e para além do senso comum, como quando profissionais da saúde intitulam a gravidez na adolescência como “precoce” ou quando normatizam a sexualidade dos jovens. Dessa maneira, as narrativas apresentadas pelas jovens entrevistadas evidenciaram essas normatizações. A questão importante para se destacar é que as sexualidades juvenis continuam acontecendo, mesmo que sejam julgadas moralmente.

Durante as entrevistas, quando questionadas sobre a primeira relação sexual, as jovens relataram, majoritariamente, que iniciaram a vida sexual entre os 13 e 19 anos, sendo que um número significativo de jovens referiu que a primeira relação sexual ocorreu entre os 13 e 16 anos. Dados estes que estão em concordância com a média nacional de iniciação sexual de jovens do sexo feminino identificados na Pesquisa GRAVAD (KNAUTH et al., 2006; BRANDÃO, 2006).

As jovens pesquisadas tiveram relações sexuais pela primeira vez com rapazes mais velhos ou muito mais velhos, o que também converge com o perfil brasileiro de iniciação sexual de adolescentes do sexo feminino (KNAUTH et al., 2006; BRANDÃO, 2006).

Pesquisadora: Qual a sua idade quando você teve a sua primeira relação sexual, você lembra?

Esperança: Acho que foi 13 anos, 14...

Pesquisadora: E você lembra a idade do seu parceiro?

Esperança: Ih, ele era mais velho, tinha acho que uns 24, por aí, porque eu nunca gostei de homem novo, não...

Pesquisadora: Com quantos anos você teve sua primeira relação sexual?

Ruth: Minha primeira relação foi com 16.

Pesquisadora: Você lembra a idade do parceiro?

Ruth: Ele tinha... 19 anos. É, 19 anos.

Igualmente importante, observamos que algumas mulheres jovens, infectadas por transmissão vertical, iniciaram a vida sexual um pouco mais tarde, entre 17 e 19 anos. Inclusive, uma delas (Marielle, 17 anos) disse que ainda não teve relações sexuais. De acordo com Meyer & Félix (2014), jovens que contraíram o HIV por transmissão vertical têm o HIV mais integrado às suas rotinas. As idas ao serviço e a administração do TARV desde a infância possibilitaram o desenvolvimento de uma *expertise* que os outros ainda não tem. Já nos casos de transmissão sexual, vê-se que eles tiveram (ou ainda estão tendo) que aprender a incorporar alguns aspectos de viver com HIV em suas rotinas.

Para Silva (2014), o HIV pode ter sido o principal fator que influenciou para que as jovens de transmissão vertical tenham iniciado a vida sexual mais tardiamente e com parceiros da mesma idade, pois o HIV e a ida aos serviços fizeram com que crescessem em um ambiente mais normatizador. Esses jovens tiveram mais acesso institucionalizado à informação. Avaliamos que o controle e a normatização, nesses casos, flertam com uma possibilidade de autonomia, empoderamento e elaboração de sentido sobre sua trajetória. Essa autonomia não é isolamento, mas que permite navegar por mais vínculos. Porém, vínculos que se moldam de acordo com uma série de códigos de condutas. Segundo Silva (2014), o padrão de exercício da sexualidade das jovens de TV mostra uma iniciação sexual tardia face às jovens brasileiras de modo geral. A autora enfatiza que uma das hipóteses para este fato é que tais jovens frequentam os serviços de saúde desde muito cedo.

Ainda discutindo a iniciação sexual, mas agora pensando no significado que as jovens deram para suas próprias iniciações, emerge uma percepção de transgressão. Algumas jovens usaram a categoria êmica “me perdi” para contar sobre a primeira relação sexual que tiveram:

Pesquisadora: Quantos anos você ficou grávida pela primeira vez?

Luísa: 15. Foi no dia do meu aniversário de 15 anos. Quando eu *me perdi* e logo engravidei [risos].

Pesquisadora: Como assim se perdeu?

Luísa: Quando eu me perdi, minha primeira relação, entendeu? (Luísa, 22 anos)

A categoria “me perdi” remete à noção de corpos puritanos, neste caso, está especificamente relacionado à iniciação sexual, aos pecados do Cristianismo e à noção de “loose women” (mulher perdida) (FOUCAULT, 2017; HUNTER, 2010), ou

seja, o oposto da personificação de mulher “decente” imposta pelas noções de gênero enraizadas nos parâmetros cristão. A expressão “me perdi” reafirma a sexualidade juvenil como periférica e errante (FERNANDES, 2017). Os preceitos morais diante das sexualidades foram exaustivamente discutidos por Foucault (2017) nas décadas de 70 e 80 nos volumes de sua coletânea “História da Sexualidade”:

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se aprende com dificuldade, mas à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder. (Foucault, 2017, p. 56)

Para além dos significados atribuídos pelas jovens, elas relataram algumas reações negativas de familiares e/ou de pessoas do meio social em que estão inseridas, o que, obviamente, também as induz a significar esses episódios como uma transgressão. Contudo, isso não significa que não seja uma “transgressão” desejada e usufruída (FERNANDES, 2017). Isto é, embora fujam dos padrões esperados socialmente, a partir da habilidade de agenciar os episódios (BERLANT, 2007), muitas narraram ir contra as tentativas de controle de seus corpos:

Pesquisadora: Você poderia me falar sobre sua primeira relação sexual?

Carolina: Eu tinha 16.

Pesquisadora: Você namorava?

Carolina: Eu tinha apenas um ano. Aí terminei o relacionamento porque meu pai pegava muito no meu pé. Ele até atacou o menino. Então eu preferi terminar o relacionamento.

Pesquisadora: Por que ele atacou o menino?

Carolina: Ele achava que eu tinha que me preservar, não sair com ninguém, tinha medo de eu *me perder* [fazer sexo]. Mas eu *me perdi* por causa dele mesmo né, porque ele pegava muito no meu pé. (Carolina, 20 anos)

Ainda tomando como ponto de partida as problematizações de Foucault (2017), o relato de uma jovem mostrou de maneira mais evidente que quando há marcadores religiosos, a sexualidade como pecado pode ter contornos morais ainda mais notórios. Um exemplo disso é o relato de Anita, uma jovem evangélica que disse que o pastor da igreja que ela frequenta a proibiu de frequentar a igreja provisoriamente porque “Nós fizemos fornicção antes do casamento”.

Anita contou que a “punição” veio porque ela começou a se relacionar com um homem da sua igreja. Anita tinha 24 anos e estava se relacionando com um parceiro

de 52 anos há dois meses, e ambos foram “banidos temporariamente” do convívio social da igreja porque tiveram relações sexuais fora do matrimônio. O ato foi “descoberto” porque Anita engravidou. Além disso, Anita disse que os conselhos oferecidos pelos membros da igreja eram de que ela, enquanto mulher, deveria ter se “preservado até o casamento”. Como isso não aconteceu, ficariam afastados e “em oração até começarem a programar o casamento”.

Cabe aqui diálogo com artigo de Silva et al. (2008) que descreveu como jovens e autoridades religiosas compreendem a sexualidade. Corroborando com os resultados apresentados nesta tese, a discussão empreendida pelos autores identificou que, embora os jovens escolham viver suas religiosidades e sejam protagonistas de suas sexualidades, cada religião tem um modo distinto de regular as sexualidades, que são sempre vinculadas às ordens morais. Isso interfere na visão moral dos jovens sobre sexualidade, bem como em suas experiências pessoais.

Essa questão também fica evidente nos relatos de Anita sobre a maneira como o líder de sua igreja evangélica conduziu o episódio de “sexo antes do casamento”. Quando Anita conta sobre ficar “em oração”, ela está se referindo a uma tentativa do pastor “ajudar” o casal a se “redimir de seus pecados”. Pecado que está diretamente relacionado ao sexo antes do casamento de acordo com as normas da religião de Anita. Os autores (SILVA et al., 2008) ainda destacaram que nem todas as religiões encaram como um problema o ato sexual na juventude ou antes do casamento. Muitos líderes religiosos e jovens que seguem religiões distintas admitiram mudanças nas noções de exercício da sexualidade como prática censurável. Entretanto, para evangélicos pentecostais³⁷, mesma linha religiosa da igreja da entrevistada Anita, o exercício da sexualidade deve ser exercido apenas dentro do matrimônio, pois antes do casamento é associado a uma prática pecaminosa.

Por fim, algo curioso a ser observado nesta tese é que muitas jovens declararam não seguir nenhuma religião, entretanto, esses dados mostram como as normas cristãs estão profundamente enraizadas no meio social brasileiro. Em outras palavras, os modos de vida seguem (re) produzindo normatizações e normalizações sobre sexualidades pautadas nas condutas morais do Cristianismo.

³⁷ Pentecostalismo é um movimento do cristianismo evangélico. O pentecostalismo é um termo amplo que inclui uma vasta gama de diferentes perspectivas teológicas e organizacionais. Como resultado, não existe nenhuma organização central ou igreja que dirige o movimento. Os pentecostais podem ser inseridos em mais de um grupo cristão (MARIANO, 2005).

As sexualidades não hegemônicas – como por exemplo, neste caso, a sexualidade de jovens mulheres estudadas – tomam um lugar de sexualidades marginalizadas, sexualidades estas que eram “rejeitadas”, inclusive por aqueles que produziam saberes biomédicos e comportamentais sobre o tema, como médicos e psicólogos. Logo, com uma história de marginalização, ora simbólica, ora não, muito bem delineada durante séculos pelos signos do matrimônio, da monogamia e da heterossexualidade, as normas moralizantes perpetuam-se até a contemporaneidade. Manter o status social das sexualidades juvenis como “errado” contribui para não falar abertamente sobre o assunto, dificultando estratégias de prevenção.

Para concluir esta seção, vale lembrar que as mulheres jovens – ou, de acordo com a categoria nativa, as “novinhas” – são vistas como mulheres que têm práticas sexuais errantes, “precoces”, mas que demonstram performances “experientes no tempo errado”, conforme destacou uma das mais velhas estudadas, referindo-se às práticas sexuais das jovens que eu estava procurando entrevistar. Sendo assim, quando as jovens dizem que “se perderam” ao iniciar a vida sexual, me levam a crer que as noções de suas próprias sexualidades parecem estar associadas à imagem social que construíram delas. Por outro lado, a capacidade de agência, também as possibilitam desfrutar da sexualidade (BERLANT, 2007).

5.2. PREVENÇÃO

Aprofundando sobre a temática da sexualidade juvenil, segundo Heilborn (2006, p. 37), as práticas sexuais entre jovens brasileiros são caracterizadas como um estágio de experimentação afetiva e sexual. Isso significa que o sexo juvenil não está relacionado à preparação para o casamento. De fato, tem mais a ver com as várias maneiras de experimentar a sexualidade. Nessa modelagem cultural da sexualidade juvenil, o sexo geralmente não é preparado anteriormente. Em outras palavras, a percepção de sedução parece estar mais ligada ao flerte, ao amor apaixonado e descontrolado e (muitas vezes) não inclui conversas com o parceiro em potencial. Em resumo, embora o casal esteja reciprocamente interessado em fazer sexo, eles não falam abertamente antes. Portanto, os encontros sexuais acontecem sem qualquer tipo de preparação, o que dificulta o uso de estratégias de prevenção.

Isso mostra que, embora os jovens tenham consciência das formas de prevenir às IST e a gravidez, eles não falam abertamente sobre o assunto (HEILBORN, 2006; BRANDÃO, 2006). Outro fator importante sobre a sexualidade brasileira de jovens heterossexuais que dificulta a prevenção é que os meninos tendem a barganhar por sexo como prova de amor, ou seja, convencem as meninas a fazer sexo com o argumento de que o sexo é uma prova de amor (HEILBORN, 2006).

Visando a tecer reflexões críticas sobre a sexualidade, cabe destaque para as interseções entre gênero e HIV, acerca das quais discorrerei adiante. Por esse motivo, três consequências podem ser acessadas: o status não planejado dos encontros se articula com a dispensa do preservativo, que também é reforçada quando o relacionamento se estabiliza. Finalmente, aumentam as disparidades de gênero relacionadas às relações heterossexuais. A relação das jovens com o não uso do preservativo, sobretudo em relacionamentos que elas interpretam como mais fixos, é expressiva. Entretanto, essa questão será esmiuçada na seção de relacionamentos.

Por ora, nesta seção, cabe destaque ao acesso às informações sobre prevenção e como isso se desenrola nas vidas sexuais das jovens. A maioria das jovens relatou que teve acesso à informação sobre o uso de preservativo, mas isso não garantiu a prevenção ao longo da vida:

Pesquisadora: Você tinha informação sobre prevenção ou não? Você fazendo uma retrospectiva lá na sua cabeça de quando você tinha 15 anos...

Luísa: De camisinha?

Pesquisadora: De tudo...

Luísa: Minha mãe me explicava. Minha mãe sempre era bem direta, né? Ela falava "quer fazer, usa camisinha". Mas eu nunca dei ouvidos a minha mãe. Eu sempre dei ouvidos a colegas de rua. Então, hoje estou aqui [no serviço] por causa disso. Se eu tivesse escutado mais ela, não estaria aqui, eu acho, né? (Luísa, 22 anos)

Além disso, a escola teve papel importante no esclarecimento sobre as formas de prevenção:

Pesquisadora: E as informações que você sabe sobre sexualidade, de onde você tinha essas informações? Alguém da sua família te orientava?

Clementina: Não, porque na escola tinha palestra sobre esse negócio, preservativo

Pesquisadora: Você lembra a série, mais ou menos?

Clementina: Não...

Pesquisadora: Já era no colegial?

Clementina: Já (Clementina, 20 anos)

Pesquisadora: Quando você teve sua primeira relação sexual, você se sentiu devidamente informada sobre prevenção? Pílula, tudo isso?

Dandara: Uhum

Pesquisadora: E você recebeu essas informações de onde?

Dandara: Meus pais, escola...

P: A escola também falava sobre?

Dandara: Aham (Dandara, 18 anos)

Embora a escola ou familiares tenham um importante papel na educação sexual das jovens, não foram subsídio suficiente para que essas escolhas fossem tomadas de forma consciente e autônoma. Além disso, as principais formas de prevenção descritas pelas jovens eram: preservativos e anticoncepcional injetável, ambos acessados gratuitamente pelo SUS. Houve destaque para maior “facilidade” de buscar preservativos gratuitos na Atenção Básica: “fica lá no posto, do lado de fora, não precisa pedir” [ou passar por consulta], só entrar e pegar”. Neste caso, a entrevistada está dando ênfase ao fato de não ter que pedir o preservativo, isto é, ela se sente mais à vontade em pegar sem que tenha que pedir para alguém, evitando assim constrangimentos e/ou julgamentos.

Corroborando com os achados, a minha pesquisa do mestrado – um recorte da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionadas à DST, Aids e Hepatites Virais do município de São Paulo (PCAP MSP 2015) – identificou que os jovens entre 15 e 24 anos da cidade buscaram expressivamente o preservativo nos serviços públicos, apontando para a importância da distribuição gratuita do preservativo, sobretudo para as classes populares (SCIAROTTA, 2015).

Entretanto, a partir dos relatos das jovens, fica o questionamento: o que as impede de usar o preservativo? Quais seriam as melhores formas de criar uma cultura do uso do preservativo?

A literatura que estuda a temática pode dar pistas sobre os motivos pelos quais as jovens entrevistadas não usam o preservativo. Como destacado anteriormente, o sexo não combinado contribui, mas o que teve maior destaque nas narrativas das jovens foi o caráter de se relacionar com o mesmo parceiro por um período, não necessariamente tendo um acordo de fidelidade entre as partes, mas que pode caracterizar como relacionamentos afetivos-sexuais íntimos e parcerias fixas. Esse assunto é discutido na próxima seção.

Voltando para as pesquisas que discutem sexualidade e prevenção de jovens com HIV, os estudos mostraram que o conhecimento sobre prevenção de jovens é centrado no preservativo, de maneira que eles têm pouca informação sobre orientações mais detalhadas, como sexo oral, uso de métodos contraceptivos e a possibilidade de ter filhos. Muitas vezes, a assistência à saúde reprodutiva só é oferecida em situação em que a maternidade se concretiza (SILVA, 2014; LIMA, 2015; NEVES, 2008). Já Cunha (2012) estudou uma oficina de sexualidade destinada a jovens que vivem com HIV e concluiu que, apesar de terem papel fundamental na vida desses jovens, as abordagens sobre a sexualidade tinham um viés prevencionista e normatizador.

Na dissertação de Silva (2014), foi possível observar que jovens mulheres reconheceram a importância do ambulatório especializado em atendimentos de HIV/Aids na cidade de São Paulo em que eram atendidas, mas algumas jovens relataram que as pessoas que se relacionavam sexualmente com elas recebiam mais atenção dos profissionais do que elas, que de fato eram as usuárias do serviço. Dessa forma, a abordagem centrada na prevenção acaba tendo consequências problemáticas para as usuárias, que sentiam que seu prazer sexual era diminuído em sua importância nesses atendimentos. Em direção aproximada, Neves (2008) identificou que jovens, independentemente da forma de aquisição do HIV, não receberam orientações sobre sexualidade e reprodução dos profissionais do Centro de Saúde de Referência de atendimento a pessoas que vivem com HIV no Distrito Federal.

Outros estudos mostram que familiares e profissionais de saúde identificam os jovens como muito imaturos para receber informações a respeito de sexualidade e reprodução (NEVES, 2008; PAIVA et al., 2011). Todavia, muitos jovens que ainda não sabiam que viviam com HIV já exerciam sua sexualidade. Ademais, de acordo com Neves (2008) e Sarmiento (2010), os jovens que viviam com HIV e que ainda não tiveram filhos pensavam em constituir família em algum momento da vida, como qualquer outro jovem. Entretanto, os cuidadores e profissionais de saúde não sabem bem como lidar com essas expectativas. Paiva et al. (2002) também trazem que as orientações nos serviços de saúde são mais centradas em instruir sobre direitos sexuais e reprodutivos do que em acolher as demandas sexuais dos jovens.

A pesquisa de Cunha (2012) revelou que a prevenção aparece como questão substancial para adolescentes vivendo com HIV. O preservativo foi relacionado como a única forma de prevenção durante as relações sexuais e o único meio possível de romper com a transmissão. A literatura também mostrou que, em alguns contextos, os jovens zelam por sua saúde e que a forma frequente de autocuidado e prevenção de transmissão do vírus é o estabelecimento de vínculo dos jovens com os profissionais de saúde, o que lhes permite receber informações suficientes para desmistificar os mitos do HIV/Aids.

A discussão me remete à entrevista de uma das jovens de TV, Hilária, de 20 anos. A jovem me contou que havia iniciado um relacionamento que denominava como “namoro”. Durante a entrevista, a avó da jovem ficava rondando a sala em que eu estava conversando com Hilária (eu conseguia ver a sombra da avó andando de um lado para o outro por baixo da porta).

Como a entrevista demorou e a avó não conseguia saber o teor da conversa, ela bateu na porta interrompendo a entrevista duas vezes. Na terceira e última vez, a interrupção foi feita “incidentalmente” pela criança de dois anos que estava com ela (primo de Hilária). A partir dos episódios repetidos, a jovem me contou que a psicóloga do serviço de saúde estava ajudando a avó entender que ela pretendia iniciar a vida sexual, embora já tivesse iniciado. Porém, conforme Hilária contou, “ela não está aceitando muito bem”. A avó de Hilária é sua cuidadora, criou a jovem desde criança. O episódio corrobora com o argumento de Paiva et al. (2011), qual seja, o de que os cuidadores se sentem inseguros em dar orientações e têm dificuldade em aceitar a sexualidade dos jovens que vivem com HIV.

Quando perguntei para Hilária se o namorado sabia sobre o diagnóstico, ela disse que “não”. Compartilhou que pretendia “contar um dia, mas não agora”. A jovem argumentou que precisava de mais tempo para contar, mas, enquanto isso, disse que se prevenia usando “preservativo”. Segundo Vonk et al. (2013), os jovens precisam estabelecer relações de maior confiança para contar sobre o diagnóstico e é comum o ato de não comunicar imediatamente sobre a doença.

Os resultados também apontam que as jovens parecem ter receio de julgamentos, sendo assim, “preferem” buscar os preservativos na Atenção Básica para não ter que “pedir para alguém” ou “deixar”, na maioria das vezes, a responsabilidade do preservativo com os rapazes. Isso pode indicar o medo de

juízos que, resumidamente, parecem estar associados ao receio de discriminação por exercerem a sexualidade, seja por parte dos profissionais de saúde, cuidadores, seja pelos próprios rapazes com quem as jovens mantêm relações afetivo-sexuais.

Por último, o contexto da elevada valorização do parto também pode estar relacionado ao não uso do preservativo. As entrevistadas tiveram seus primeiros filhos entre 15 e 19 anos. No contexto brasileiro das classes populares, engravidar quando jovem pode significar a “transição” para a vida adulta, refletindo o reconhecimento social de ascender a um estágio que proporciona uma posição de mais respeito e poder (HEILBORN, 2006; BRANDÃO, 2006).

6. CAPÍTULO IV - RELACIONAMENTOS JUVENIS

Nesta parte, trago reflexões sobre os relacionamentos das jovens entrevistadas. Também discorro sobre como as intersecções das desigualdades, que vêm sendo discutidas nesta tese, afetam as vidas cotidianas dos relacionamentos heterossexuais das jovens. Sendo assim, parece importante trazer no decorrer desta seção, além dos relatos, exemplos concretos observados e anotados no diário de campo. Começo com a história de Lélia.

6.1. LÉLIA: VIOLÊNCIA SIMBÓLICA

Primeiro encontro com Lélia

Uma profissional de saúde, que era uma das minhas informantes-chave, me recebeu em uma sala de atendimento da pediatria. É o meu primeiro dia no serviço. Ela me apresenta aos profissionais, mas também a uma fila de mulheres que estavam sentadas nas cadeiras do corredor aguardando atendimento. No mesmo instante, Lélia, uma jovem de 21 anos, se interessa pela pesquisa e faz mais perguntas. Minha informante-chave diz que posso conversar com ela em uma das salas do consultório.

Eu entro na sala e Lélia, então, entra na sala atrás de mim. Sento-me em uma cadeira e ela na cadeira em minha frente. Ela estava carregando seu bebê de seis meses em um canguru azul marinho, uma espécie de sacola de pano que possibilita carregar o bebê junto ao corpo sem utilizar as mãos. Sem que eu precisasse perguntar nada, bastou uma breve apresentação da pesquisa para que Lélia abrisse um sorriso e começasse a falar sobre sua vida atravessada pelo HIV. Foi, inclusive, muito comum que algumas jovens entrevistadas encarassem as entrevistas como um espaço de desabafo. Muitas vezes, havia necessidades reais de falar sobre suas experiências (AURELIANO, 2012). Era exatamente o caso de Lélia. Ao falar, ela gesticulava abundantemente, pois o bebê preso ao corpo dava mobilidade para também falar com as mãos. Com a fala rápida e empolgante, Lélia contou sobre um pedaço de sua trajetória de vida.

Passei cerca de 20 minutos conversando com Lélia, em êxtase com a minha primeira experiência em campo. Fiquei mais observando do que perguntando. Não consegui perguntar muita coisa. Mas Lélia me dava muitos elementos, então, as perguntas não foram tão necessárias nessa primeira aproximação, exatamente como Bourdieu (1997) indicou em “A miséria do mundo”. Ela me contou que estava levando

o filho em uma consulta de rotina, pois o bebê estava fazendo acompanhamento pós-nascimento. Lélia mora junto com o companheiro, ambos vivem com HIV. Compartilhou que recebeu o diagnóstico com 15 anos. O parceiro foi diagnosticado com HIV também na mesma época. Afirmou que contraiu dele, no período ainda eram apenas namorados. Alguns anos depois foi morar com ele, engravidou e ficou muito preocupada que o bebê pudesse contrair o HIV. Também disse que na época que descobriu o diagnóstico falava abertamente sobre o HIV “contava para todo mundo, achava normal, sabe, mas as pessoas começaram a se afastar”. Quando perguntei o motivo, ela disse que começou a sofrer preconceito: “as pessoas não entendem, acham que pega tocando. Minha mãe disse que isso não se fala pra ninguém”.

No primeiro dia, julguei, equivocadamente, que não deveria entrevistar Lélia naquele dia. Como faria observação participante no serviço de saúde, pensei em tentar conviver mais com Lélia antes de entrevistá-la com gravador. Ela foi minha primeira lição como pesquisadora: se a pessoa estiver disposta, entreviste. Não perca a oportunidade.

Segundo encontro com Lélia

Dois meses depois deste único encontro com Lélia, enquanto realizava anotações em meu diário de campo dentro da ala da pediatria, vejo Lélia com seu bebê novamente. Mas, desta vez, ela estava acompanhada do parceiro. Ela estava com o bebê e o rapaz do lado de fora esperando sentado nas cadeiras. Lélia me vê e dá um sorriso sem graça. Fico empolgada que ela me reconheceu e vou conversar com ela. Com a frustração de não a ter entrevistado no último encontro, prontamente penso “não vou perder a oportunidade de entrevistá-la hoje”. Pergunto se ela gostaria de me conceder a entrevista naquele dia e ela diz que sim. Quando ela sai da sala da pediatra, levo-a para uma sala reservada com o bebê e o marido fica do lado aguardando.

Assim que Lélia entrou na sala comigo, percebi em sua expressão que ela estava diferente, mas não consegui identificar o que era. Li o TCLE com ela, expliquei novamente sobre a pesquisa, sobre o gravador e ela concordou, mas parecia inquieta. Iniciei as perguntas. Ela me contou as mesmas coisas que já tinha contado no primeiro encontro, porém, diferente da primeira vez, disse que não tinha certeza de que tivesse contraído o HIV do parceiro. Lélia concedeu a entrevista sem sorrisos, sem gesticular.

Estava tensa. Pensei que talvez estivesse preocupada em deixar o parceiro esperando. Tentei ser breve, mas continuei a entrevista. Também pensei que poderia ser o gravador que geralmente inibe as pessoas, e tentei descontraí-las. Também não funcionou.

Durante a entrevista, a partir das minhas perguntas, ela disse que depende financeiramente do parceiro; ele é o único que trabalha. Apesar de Lélia contar financeiramente com o parceiro, isso não foi uma regra para as demais jovens entrevistadas. Ao contrário, Lélia é uma das poucas jovens que dependem financeiramente do companheiro.

Após exatos 15 minutos de entrevista, o marido de Lélia entrou na sala de entrevista sem bater na porta. Perguntei gentilmente se ele poderia esperar do lado de fora, pois já estávamos acabando. Ele se recusou e com a expressão brava e a voz firme disse: “Não, não, vou esperar aqui”. Após a negativa, o companheiro de Lélia caminhou até ao meu lado e ficou de pé bem próximo de mim, com os braços cruzados e olhando para Lélia. Senti-me completamente intimidada, confesso. Mas antes que eu pudesse pensar sobre o que faria com o que estava sentindo, após a postura do parceiro dela, vi o rosto de Lélia ficar descorado e sua postura na cadeira, antes inquieta, agora paralisada.

Nesse momento, como um clique, identifiquei que tinha algo muito errado. O meu desconforto pela negativa do parceiro de Lélia em sair da sala foi automaticamente piorado pela reação dela, mas quase que involuntariamente tomei a atitude de continuar fingindo uma entrevista. Talvez tenha sido uma tentativa de amenizar algum tipo de problema para ela, uma forma de fingir para ele que o que estávamos conversando ali nada tinha a ver com ele ou mostrar que o teor da entrevista não era ameaçador. Pulei todas as perguntas sobre relacionamento, sexualidade e comecei a fazer perguntas bem específicas sobre reprodução, como por exemplo: “Você pretende ter mais filhos?”; “Como foi sua gestação?”; “Você sabe o que são Direitos Reprodutivos?” (nem usei a palavra sexualidade).

Após fazer a última pergunta e agradecer, ele saiu da sala batendo a porta. Talvez, obviamente não tenho certeza, ele queria saber o assunto da conversa. Ela se levantou da cadeira no mesmo instante. E sinceramente, não sei se a minha atitude foi a mais correta, mas tentei de alguma forma amenizar algum tipo de problema para ela. Não sei se tive sucesso. Confesso que me culpo por não ter identificado logo no

início que o problema era o marido, logo eu que estudo gênero e que sou assistente social e já lidei diversos momentos com situações de violências eminentes. O desconforto de transcrever a entrevista foi imenso. Na verdade, todas as vezes que revisito a curta entrevista de Lélia me gera desconforto, primeiro por ela, segundo por mim.

Visando a apreender conceitualmente esta cena apresentada, levanto uma série de questões. A ameaça de violência pode cercar relacionamentos, violência essa que é muitas vezes simbólica, isto é, que não é física, mas marcada pela imposição de poder. Bourdieu (2002), apesar de não ter trabalhado com o conceito de gênero, tratou da dominação masculina, principalmente, a partir da perspectiva simbólica. Na contextualização do autor, a dominação masculina é uma violência simbólica e produto de uma construção social para legitimar as diferenças entre feminino e masculino. A constituição do ordenamento social utiliza a manutenção do poder dessas relações e impregna o pensamento social e a concepção de mundo das pessoas. Dito de outro modo, os dominadores utilizam da violência simbólica para convencer de que as mulheres são inferiores, portanto, devem ter menos poder nas relações e menos autonomia que os homens. Essa dominação é incorporada como uma norma social que passa despercebida, porque é encarnada como algo “natural”. Quando essas mulheres são jovens essa dominação pode atuar de forma mais intensa, como por exemplo, a exposição às IST.

Entretanto, vale destacar que o argumento de Bourdieu é criticado por algumas autoras feministas, pois não dialoga com as teorias feministas, já que o autor não trabalhou o conceito de gênero, apenas usou suas próprias teorias sociológicas como base de sustentação de sua tese (CORRÊA, 1999). Por outro lado, é digno de destaque que é uma discussão importante para compreender como as relações de poder funcionam diante das desigualdades de gênero (SCAVONE, 2008). Assim como Saad (2018), sigo esta última ideia, de forma que embora identifique os limites da obra, compreendo que é importante para a discussão da dominação masculina que se apropria das diferenças biológicas para legitimar as violências (CASTILHO, 2008).

O parceiro de Lélia, por exemplo, pareceu exercer dominação ao se sentir legitimado a entrar dentro da sala de entrevista porque sua parceira estava dentro. Além disso, o parceiro de Lélia parecia sentir-se legitimado enquanto perpetuador daquela violência que, de certa forma, ainda que bem menos, se estendeu a mim. A

expressão de um papel construído sob uma masculinidade dominadora foi claramente expressada na reação do companheiro de Lélia. Relações heterossexuais nas quais o homem trata a mulher como propriedade, mais o fato de ser outra mulher com ela dentro da sala, a qual não exerce nenhum tipo de “poder” sobre ele, talvez possa tê-lo feito se sentir “autorizado” a entrar em uma sala sem que sua presença fosse consentida (CONNELL, 2005).

É importante notar que as atitudes descritas sobre o parceiro de Lélia têm suas raízes em uma sociedade construída sobre privilégios masculinos e costumes sexistas. Em outras palavras, são normas sociais hegemônicas que estabelecem regras de conduta diferenciadas para homens e mulheres. Isso significa que o modelo de masculinidade experimentado pelos homens os “autoriza” a ter atitudes que não respeitem a individualidade e/ou vontade das mulheres. As condutas violentas e/ou invasivas dos homens são naturalizadas e muitas vezes percebidas socialmente como “proteção” ou “preocupação”.

Essas regras de condutas que validam uma masculinidade violenta contribuem para a constante naturalização de atitudes hostis dos homens. Sendo assim, homens se sentem autorizados a decidir, invadir e/ou invalidar espaços majoritariamente femininos. Por fim, a partir das expressões das violências simbólicas vividas neste episódio descrito, fica perceptível como as mulheres trajam máscaras sociais distintas de acordo com o ambiente em que estão localizadas, sobretudo como forma de proteção.

Dentre as 27 jovens, apenas duas eram casadas em união no cartório civil, sete moravam junto com o companheiro e 18 eram solteiras. Três dependiam financeiramente de homens, sendo duas casadas e uma que recebia ajuda financeira do ex-companheiro. Os parceiros eram geralmente mais velhos com idades próximas das jovens ou muito mais velhos, como também aponta a média nacional (BRANDÃO, 2006; KNAUTH et al., 2006). Relações que podem implicar, por exemplo, a forma de negociação do preservativo e do prazer, sobretudo na iniciação sexual.

Explicando melhor, a iniciação sexual das jovens se deu com parceiros muito mais velhos, como mencionei na seção sobre sexualidade. Um aspecto notável da sexualidade no Brasil é que os meninos tendem a retratar o sexo como uma forma de declarar amor (HEILBORN, 2006). O sexo está ligado ao flerte e às noções de amor, o que torna difícil a implementação de estratégias de prevenção do HIV, como o uso de preservativo: “Homem só quer saber de ter relação e pronto. Não quer saber se vai ter filho ou não, se vai pega isso [HIV] ou não”. Embora os jovens tenham consciência de como prevenir as IST e a gravidez, não costumam falar abertamente sobre o assunto (HEILBORN, 2006; BRANDÃO, 2006). Segundo Heilborn (2006 p. 37), as práticas sexuais entre os jovens brasileiros caracterizam-se como uma fase de experimentação afetiva e sexual.

As jovens que contraíram HIV via TS contaram que foram majoritariamente infectadas por parceiros que elas consideravam fixos. Isto é, a maioria das jovens acreditavam que contraíram o HIV do parceiro com que se relacionavam permanentemente e diziam confiar no parceiro: “eu pensei que podia pegar [HIV], mas por eu confiar na pessoa, essas coisas assim, eu nunca... Desconfiei...” Várias mulheres afirmaram que, mesmo quando descobriram o HIV, presumivelmente infectadas pelo parceiro, ficaram com medo de compartilhar o diagnóstico com eles. Paradoxalmente, Teresa e Maria que nasceram com HIV, contaram que os companheiros sabiam que elas viviam com HIV, mas não usavam o preservativo e nunca fizeram um teste, o que está de acordo com a literatura de Maksud (2009).

Dentre as jovens que terminaram o relacionamento, o motivo não estava relacionado à transmissão do HIV, embora fosse motivo para “balançar” o relacionamento. Não há nada novo, a literatura de gênero e HIV vem explorando extensivamente os aspectos da epidemia frente às relações heterossexuais (MONTEIRO et al., 2013; BARBOSA, 1995; HIRSCHS, 2015; SANTOS et al., 2009). Entretanto, esta análise busca também incorporar outros aspectos.

Um motivo comum para se manter no relacionamento se justifica pelas condutas baseadas em normativas religiosas, sobretudo cristãs, segundo as quais as mulheres devem perdoar as indiscrições dos homens, pois são justificadas como “atitudes masculinas”. Em outras palavras, é razoável para um homem (mas não para uma mulher) ter múltiplas parceiras sexuais, simultâneos ou não (CARSON, 2006;

HUNTER, 2010). As traições masculinas são passíveis de perdão, as traições femininas são, quase sempre, estopim para inúmeras violências.

Os relacionamentos descritos pelas jovens pareciam ter “contratos sociais” mutáveis. Em outras palavras, não foi possível observar um único padrão de relacionamento. As narrativas indicaram uma certa elasticidade diante das maneiras de estabelecer as relações afetivo-sexuais, por exemplo: algumas jovens contaram que namoravam; outras se referiram às parcerias com afetividade e constância, mas negavam o status de namoro; umas declararam relação com parceiros comprometidos ou “casados”; outras moravam junto com os parceiros, dentre elas, algumas narraram separações constantes ou denominavam (ou não) o companheiro como “marido”; por fim, de maneira menos expressiva, há as jovens que se declararam casadas com documento em cartório, apenas duas entre as 27.

As narrativas mostraram que as jovens de transmissão sexual foram majoritariamente infectadas por parcerias afetivo-sexuais contínuas. Isto é, a maioria das jovens acreditava que contraiu o HIV do parceiro com que se relacionava permanentemente:

Pesquisadora: Você não tinha o hábito de usar o preservativo?

Luísa: Não, não tinha.

Pesquisadora: Mas era conversado isso com seus parceiros ou não? Ou é? Enfim...

Luísa: Não (fala baixinha).

Pesquisadora: Você não tocava nesse assunto?

Luísa: Não. Não tocava. Mas eu sempre pedi... [pausa]. Às vezes eu pedia, era muito difícil. Nunca conversei sobre isso. Nunca imaginei que eu iria... (balançou a cabeça negativamente).

Pesquisadora: E geralmente quando você pedia, eles acatavam? Ou falavam "ah não..." tinham aquela conversa de não querer?

Luísa: Às vezes. Às vezes agiam natural e vamos e usar. E às vezes não, às vezes fazia essa graça mesmo. Porque era namorado, né? "Aí pra quê? A gente é namorado" Aí pronto, acabava que ia [sem preservativo]. Entendeu? (Luísa, 22 anos)

Ainda que muitas mulheres não desejem usar o preservativo tanto quanto os homens, a literatura de gênero e HIV vem evidenciando o que também apareceu nesta pesquisa: questões de gênero impedem mulheres de usar preservativo em relações heterossexuais. Por trás do não uso do preservativo estão diversas questões que fazem parte dos relacionamentos heterossexuais brasileiros, como intimidade,

confiança, relações de poder (BARBOSA, 1995; MAKSUD, 2009; HIRSCH, 2015; MONTEIRO et al., 2016; VILLELA & BARBOSA, 2017). Explicando melhor, as mulheres estão vulneráveis a contrair o HIV, por uma série de motivos que estão intrinsicamente relacionados às violências simbólicas da masculinidade hegemônica a que estão sujeitas por estarem inseridas em uma sociedade machista.

Durante a observação participante, pude presenciar a conversa de uma das jovens entrevistadas, Carolina de 20 anos, com uma outra mulher de 32 anos também atendida no serviço. O teor da conversa evidenciou como a masculinidade dos parceiros se estendeu nas relações das jovens e contribuiu para que elas contraíssem o HIV: “Se eu não tivesse grávida, nunca ia saber disso [HIV], não, ele menos ainda porque ele não vai no médico, não. Eles fazem as coisas [sexo] na rua e não se cuidam, aí acontece isso com a gente [contrai HIV]”.

A partir deste relato, é importante destacar que há um imaginário social de sempre considerar o homem como sujeito potencialmente infectante (FONTANELLA & GOMES, 2012), todavia, é necessário avaliar duas questões: (1) os homens também são vítimas dos padrões de gênero, pois há uma carência de estratégias de prevenção para homens heterossexuais (LEAL et al., 2015); e (2) as estratégias de mulheres que vivem com HIV para não serem associadas à doença (KNAUTH, 1997).

Faço uma breve interpelação para contar uma história com o intuito de explicar a questão dois, que se refere às estratégias de desassociação da doença por parte das Mulheres Vivendo com HIV/Aids (MVHA). No ano em que entrei no doutorado, fui a um evento que discutia direitos de mulheres que vivem com HIV no município do Rio de Janeiro. Passei boa parte do tempo conversando com uma mulher que fazia parte do Movimento de Mulheres Positivas. Entre um assunto e outro, ela me conta que não é carioca, diz que é paulista, assim como eu. Ela, então, me conta o nome da cidade que morava e, coincidentemente, era a mesma cidade que nasci e que residia antes de ir para o Rio. Logo, animadamente, digo: “somos conterrâneas, também sou de lá”. Repentinamente, com a fala apressada, quase vomitando as palavras, ela me fala: “eu peguei o HIV do meu ex-marido lá, ele era caminhoneiro e trabalhava no porto, saía com todo mundo, homem, mulher, travesti. E me passou o HIV”. Lembro que me assustei, pois conversávamos sobre o evento, mas em momento algum tocamos no assunto do diagnóstico dela. Ela começou a me dar explicações, provavelmente, porque se trata de uma cidade pequena e ela deve ter ficado

apreensiva com a possibilidade de conhecermos pessoas em comum. Portanto, a estratégia automática e possivelmente inconsciente, foi me convencer sobre a sua ausência de culpa para se desvincular da imagem da doença (KNAUTH, 1997).

Contei a história para destacar que essa estratégia pode também estar presente nas narrativas das jovens quando elas contam que contraíram o vírus de seus parceiros, como forma de “diminuir” o estigma. Knauth (1997) enfatiza que as estratégias dão status de “infecção legítima”, pois foram infectadas pelos maridos. No caso das jovens, nem sempre são maridos, mas como elas destacam, são parcerias fixas.

Voltando para o debate, outra questão importante observada neste estudo são as maneiras que as jovens significam “traições”, nem sempre denominadas assim. Algumas vezes foram acionados termos como “vacilava muito”, “ir pra farra”, “ir pro baile”, “saía com um monte de novinha de favela”. As concepções de traição eram associadas de duas formas distintas: (1) o companheiro sair para se “divertir” e/ou “beber”, deixando-as em casa. Essas atitudes levantavam suspeitas de possíveis traições recorrentes, isto é, desconfiança de se relacionarem (sexualmente ou não) com outras pessoas, ou (2) ter certeza de que foram traídas. Nestes casos, há relatos de presenciar e/ou encontrar “provas” que comprovavam a traição, como presenciar uma traição, ver mensagens no celular ou redes sociais do parceiro ou alguém do convívio social das jovens contar sobre um episódio de traição.

Entretanto, todas tentaram levar adiante o relacionamento, dispostas a relevar a transmissão do vírus e continuar com o parceiro, como Lélia, que disse “descobri com 15 anos, peguei do meu marido no caso”. Lélia descreveu que na época era namorada do parceiro. Durante a entrevista, eles moravam juntos e ela se referia a ele como marido. Apesar da decisão de relevar a “falha”, nem sempre era fácil lidar com o diagnóstico: “a casa caiu, o mundo acabou”, mas depois conversaram e seguiram em frente. Dentre as jovens que terminaram o relacionamento, os motivos estavam atrelados a outras ‘faltas’ do parceiro, como por exemplo, “vacilava muito”, “era muito ciumento”, “me prendia muito”, “não podia fazer nada”, “só queria saber de me sacanear”, “eu gastava todo meu dinheiro ajudando ele”.

São inúmeros os motivos que fazem mulheres permanecer em um relacionamento. Aqui, nesta pesquisa, os relatos apontaram para quatro motivos: (1) medo de não ser aceita por outro homem por ter HIV; (2) depender financeiramente

do parceiro (a menos comum); (3) não ser aceita por já ter filhos de outros relacionamentos e, por fim, o mais expressivo e constante de todos os motivos (4) o amor, “eu achava que ele era o amor da minha vida”. O amor, inclusive, parece estar diretamente relacionado ao fato de perdoar as traições e permanecer em relacionamentos, até mesmo nos violentos (REBHUN, 1999; HUNTER, 2010). Vale lembrar que as normas sociais hegemônicas muitas vezes impulsionam mulheres a significar o amor romântico à submissão, acarretando uma tendência de “naturalização de violências” (REBHUN, 1999), como também foi observado nas entrevistas:

Luísa: A gente brigava muito. Ele era muito ciumento. Eu não podia fazer nada!

Pesquisadora: Você teve dificuldade de separar em algum relacionamento?

Luísa: Como assim?

Pesquisadora: Algum deles não aceitou a separação?

Luísa: O Everton... [pausa] Ele não aceita até agora. Por ele a gente estaria junto até hoje. Ele me disse que se não tivesse com ele num ia tá com mais ninguém. Mas eu não dependo de nada dele. Eu terminei com ele. Eu não aceitava mais isso. Então eu deixei ele. Tchou!

Pesquisadora: Isso gerou briga?

Luísa: Sim! Ele pegou minhas coisas e escondeu minha mochila com minhas roupas pra eu não ir embora. Ele me trancou dentro do quarto. Mas depois eu fui embora mesmo assim, entendeu?

Clementina descobriu o diagnóstico de HIV quando tinha 16 anos porque o ex-namorado adoeceu e faleceu. Quando ele morreu, uma amiga lhe disse que ele tinha falecido em decorrência da Aids e a orientou a fazer um teste rápido na Atenção Básica. De acordo com a entrevistada, o relacionamento terminou devido a recorrentes “vacilações” do rapaz.

Anita disse que foi morar com o primeiro parceiro aos 14 anos, em uma casa improvisada no quintal da sua avó. Ela teve três filhos com o parceiro e veio para o Rio de Janeiro com ele. Contou que “por ele ser jovem, vacilava bastante”. Por isso, o relacionamento acabou. Também contou que durante a pesquisa o ex-parceiro não participa da criação dos filhos e não a ajuda financeiramente. Com o término do primeiro relacionamento, resolveu se relacionar com homens mais velhos, por esperar que eles “fossem mais sérios” e por esperar alguém que também “considerasse os meus filhos”. Iniciou um relacionamento com um homem de 41 anos. Segundo Anita,

eles tinham um bom relacionamento até ela ficar grávida. Quando descobriu a gravidez, ele começou a sair e a deixá-la sozinha em casa.

Anita descobriu o HIV durante o pré-natal dessa quarta gestação e descobriu a traição no mesmo período. Contou que os vizinhos confidenciaram que o parceiro mantinha relações sexuais com outro homem. A princípio, Anita insistiu no relacionamento. Mas o companheiro a “largava em casa grávida e saía”. Após muitas suspeitas de traições e desentendimentos gerados pelas saídas do parceiro, ela terminou o relacionamento. Disse que foi muito difícil aceitar o diagnóstico, “peguei isso [HIV] de um sexo que nem era bom”.

Como eu e meu primeiro marido era muito novinho, nós dois, eu achava que o erro tava na idade, eu achava que se eu encontrasse um homem de mais idade, que ele ia ter responsabilidade, que ele ia me dar um lar, uma família, entendeu? Porque era isso que eu queria. Porque eu tinha 3 filhos, eu tinha que pensar um homem pra conviver comigo e com meus filhos, porque o homem que eu escolhesse, ia ter que conviver com meus filhos. E eu não queria rapazinho, porque eu sei que rapazinho só quer saber de baladas, não sei o quê... E eu tinha muito medo de ser influenciada e deixar de cuidar dos meus filhos pra ir pra balada, igual eu vejo muitas mães fazendo, entendeu? (Anita, 24 anos)

Se, por um lado, as jovens de transmissão sexual se infectam por conta de relações sexuais com parceiros que elas consideram fixos; por outro, as jovens de transmissão vertical alimentam medo da intimidade afetivo-sexual, pois sabem que isso significa que, em algum momento, os parceiros vão solicitar o não uso do preservativo. Logo, isso as obrigaria a falar sobre o diagnóstico. Cito aqui o exemplo de Enedina, que contou sobre a dificuldade de ter relacionamentos mais sérios. Segundo ela, quando o relacionamento começa a ficar mais sério, a obrigaria a contar sobre o HIV. Por esse motivo, ela prefere terminar o relacionamento com medo de preconceito.

(...) eu sou muito receosa. Porque eu sei que em algum momento eu vou ter que chegar pra pessoa e contar que eu tenho [HIV] e eu tenho muito medo disso. Chegar e contar pra pessoa, “olha, eu sou soropositivo”. Mesmo que não seja culpa minha, mesmo que eu não tenha feito nada pra ter a doença... Mas é... É um medo mesmo. (Enedina, 21 anos)

Assim como Enedina, outras jovens que contraíram o HIV via Transmissão Vertical alimentavam o mesmo medo. A intimidade afetivo-sexual de um casal heterossexual está justamente atrelada ao fato de em algum momento “não precisará” usar preservativo. Por isso, alimentam o medo dos relacionamentos fixos, pois a solicitação de não usar o preservativo as obrigariam a falar sobre o assunto do diagnóstico de HIV.

Esses dados conversam com a pesquisa de Silva (2017), que estudou relacionamento de mulheres jovens que vivem com HIV e identificou que, por medo de sofrer preconceito, muitas jovens procuram relacionamentos com rapazes HIV+. O intuito de procurar parceiros que também vivam com HIV assinala a tentativa de evitar os dilemas e a discriminação de uma relação sorodiscordante. O HIV ainda é associado a comportamentos desviantes. Logo, as jovens relataram que têm dificuldade de revelar o diagnóstico, pois sabem que isso pode gerar julgamentos morais, além de temerem que os parceiros tornem o seu diagnóstico público.

Raimunda (TV) não vive e não namora com o pai do seu filho (bebê de três meses). Ela contou que não estão mais juntos e que ele não ajuda em nada relacionado ao filho, nem nos cuidados e nem financeiramente. Disse que “nem tenho mais muito contato com ele”. Ela disse que nem sempre usa preservativo em seus relacionamentos e não conta para as pessoas com quem se relaciona que tem HIV, mesmo quando não usa preservativo. E que, apesar da psicóloga do serviço de saúde insistir sobre a importância de contar o diagnóstico para o pai do bebê, Raimunda enfatizou que não quer e vai continuar não contando. Ela disse que a mãe que também vive com HIV e incentiva-a a não contar (“é melhor nunca contar”). De acordo com Raimunda, inclusive, insistir no uso do preservativo pode levantar suspeitas sobre o HIV. Por isso, acaba não usando algumas vezes, mesmo com a chance de ter transmitido o vírus. Sueli, uma jovem de 18 anos também discorreu sobre o ocultamento do diagnóstico:

Eu contei pra ele [parceiro] que eu tava grávida, só não contei que eu tinha doença. Ai fui lá, inventei uma desculpa, que a psicóloga [do hospital] tava perturbando pra contar pra ele, inventei uma desculpa e pedi pra ele fazer o teste, ele fez, mas não deu nada, não, por isso eu nem contei” [sobre o diagnóstico].

Para finalizar, é importante destacar que Raimunda e Sueli foram as únicas jovens que disseram que não usam preservativo tendo conhecimento do seu diagnóstico. Todas as outras 25 jovens demonstraram em suas narrativas que tentam tomar todos os cuidados para não transmitir o vírus, ou, quando não usam o preservativo, os parceiros estão cientes do diagnóstico. Além disso, jovens de TV demonstraram que preferem terminar o relacionamento a correr o risco de transmitir o vírus. Outrossim, as “evidências científicas recentes corroboram a afirmação de que PVHIV em TARV e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmite o vírus HIV por via sexual” (BRASIL, 2020, p. 23).

6.2. “ELE ERA DA VIDA ERRADA”: RELACIONAMENTOS COM RAPAZES DO TRÁFICO DE DROGAS

Como todos os dias, entro no hospital. Ando pelo corredor frio e vazio do serviço. É um dia chuvoso, então, tento me lembrar que dia da semana é e me pergunto se o local está vazio por causa do dia da semana ou porque estava chovendo. Antes que me lembre de qual dia era, percebo que estou encharcada. Apresso meus passos pelo longo corredor tentando evitar alagar o chão inteiro com meu guarda-chuva escorrendo. Quase no final do corredor, uma cena atípica chamou minha atenção e eu desacelerei meus passos mais uma vez. Vejo um jovem de calça jeans, tênis e um capuz preto. Ele está deitado no chão do corredor, encostado na parede. Ele é muito magro e parece estar em péssimas condições de saúde. Ele usa o capuz na cabeça, escondendo qualquer vislumbre de seu rosto. Ao me aproximar, vejo seu rosto magro, com os ossos da face salientes sob a pele. Embora estivesse perto o suficiente para ouvi-lo murmurando, não conseguia entender o que ele estava dizendo.

Olho em volta, tentando descobrir o que está acontecendo. Os profissionais de saúde se movimentam sem dar importância. Começo a ficar preocupada. Logo depois, uma enfermeira para ao lado do jovem e conversa com ele. Ele levanta a cabeça para ouvi-la e assente positivamente. Neste ponto, estou completamente no final do corredor e não consigo ouvir do que o homem e a enfermeira estavam falando. Pensei “Daniely, você não pode intervir. Você está no hospital para fazer sua pesquisa”. Claramente sabia que qualquer ação poderia criar uma situação desconfortável entre

meus principais informantes (FOOTE WHYTE, 2005), que eram os profissionais de saúde.

Depois de assistir à enfermeira conversando com o garoto, percebo, com algum alívio, que não se trata de negligência profissional. Então, entrei na parte da pediatria onde estão localizados alguns consultórios médicos e coloquei minha mochila no armário. Pego meu material de trabalho – caneta e caderno de observação participante – e volto para o corredor. Aquela figura solitária ainda estava lá, na mesma posição no chão. Eu evitei chegar muito perto, então, eu achava que não seria óbvio que estava olhando para aquela situação. Dessa vez, prestando mais atenção, ainda que de longe, ele parecia arrasado. Esforcei-me por tentar entender, mas não tive sucesso. Meus pensamentos foram interrompidos por uma enfermeira que apresentou uma garota para ser entrevistada. Meu trabalho começou como normalmente faria. Fui entrevistar a garota.

Quando a entrevista terminou, abri a porta e sai do escritório. Vi um casal caminhando em minha direção. Uma jovem chorosa – que evidentemente tentava não desmoronar – andando com os braços esticados rentes aos quadris e as mãos fechadas. Ela parecia claramente tensa e caminhava com passos largos e firmes à frente de um homem que, para minha surpresa, era o rapaz que estava deitado no chão. Enquanto eles passavam por mim, perguntei a uma médica o que tinha acontecido e ela me explicou que a mulher foi diagnosticada com HIV e que foi o parceiro (que alguns minutos atrás estava deitado no chão do hospital) que transmitiu o vírus. Ele omitiu dela que ele nasceu com o vírus (transmissão vertical) e fingiu ter recebido o diagnóstico há alguns dias, mas quando foram encaminhados para o hospital, os profissionais de saúde que o tratavam desde criança o incentivaram a contar para ela que ele tem o vírus há muito tempo. Além disso, o que tornava a situação ainda mais complexa, era que havia a suspeita de que a filha de um ano de idade pudesse ter contraído o HIV, pois os pais não fizeram pré-natal e a mãe não sabia sobre o HIV.

Este é um pequeno pedaço que observei da trajetória de Luísa. A jovem viveu esse episódio antes de iniciar a TARV. Nesse dia, ela descobriu que havia contraído o HIV de Everton e que ele havia omitido dela o diagnóstico de HIV. Depois de alguns meses, entrevistei Luísa e, para minha surpresa, ela confidenciou que seu parceiro era da “vida errada”:

Luísa: O Everton, ele era da vida errada. Ele fazia coisa errada, se você vê a ficha [criminal] dele... Ai meu Deus! É uma coisa de louco!

Pesquisadora: Você poderia me dar um exemplo?

Luísa: Ele roubava. Ele fazia coisa errada.

Luísa não era a única que tinha relacionamento com rapazes do tráfico de drogas. Sete jovens entrevistadas contaram que haviam se relacionado com rapazes que trabalhavam no tráfico de drogas: Teresa, 16 anos; Adelina, 19 anos; Carolina, 20 anos; Antonieta, 20 anos; Ruth, 21 anos; Ivone, 22 anos; e Luísa, 22 anos. Todas eram negras. Seis das mulheres não eram casadas e uma era casada. Seis contraíram HIV por transmissão sexual e uma por transmissão vertical. Duas não concluíram o ensino fundamental, quatro não concluíram o ensino médio e uma concluiu o ensino médio. Quando perguntei para Ivone se ela sabia como tinha contraído o HIV, ela me respondeu: “Ah, posso imaginar. Eu tive um relacionamento... [pausa]. Eu namorei um garoto que era da vida errada. Ele ficava com várias garotas ao mesmo tempo. Eu imagino que posso ter pegado dele”.

Teresa, que morou muitos anos nas ruas do Rio de Janeiro, disse que se relacionou com parceiros “da vida errada, que não prestam”. Inclusive, disse que o pai do bebê se encaixa na “vida errada”, por isso, não quer que ele tenha contato com o filho. Da mesma forma, Antonieta contou sobre o fim do seu relacionamento: “Ele se relacionou com várias mulheres da favela enquanto namorava comigo e eu era propriedade dele”. Antonieta também disse que teve que deixar a favela por um tempo, pois foi ameaçada de morte quando seu companheiro não aceitou o fim do relacionamento. Antonieta mudou-se para outra favela (casa da tia) e só voltou quando o ex-parceiro “foi morto” em um confronto com policiais.

Existem normas sociais hegemônicas que estabelecem regras de conduta diferentes para homens e mulheres. Podem ser justificados pelo discurso social de que trair “faz parte da natureza do homem”. Isso significa que quando um homem trai uma mulher, ele reafirma seu papel social como homem e, ainda assim, quando é traído ou desprezado, fere sua masculinidade a ponto de poder cometer violência contra a mulher que o traiu. No tráfico de drogas, essas características se acentuam ainda mais, pois os rapazes tendem a exercer a masculinidade de maneira exacerbada e violenta.

Embora atravessadas pelo comércio de drogas, é importante notar que as relações discutidas aqui têm, de modo geral, semelhanças com as relações heterossexuais brasileiras. As mulheres podem ser socializadas para adotar atitudes submissas que podem ser justificadas como expressões de "amor romântico" (REBHUN, 1999; HEILBORN, 2010; HUNTER, 2010). Nestas circunstâncias, as mulheres podem justificar as atitudes incontroláveis de seus parceiros como uma espécie de loucura de 'amor' de um homem (HUNTER, 2010), inclusive, de maneira inconsciente de ambas as partes, já que são consequências da socialização. Os rapazes, por sua vez, tendem a atitudes violentas como forma de expressar a masculinidade.

A ameaça de violência pode cercar relacionamentos brasileiros; essa não é uma realidade apenas das jovens que se relacionaram com rapazes envolvidos com o crime. O Brasil está entre os países com as maiores taxas de feminicídio do mundo, e a maioria dessas mortes são causadas por parceiros íntimos da vítima (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019). Embora as relações sejam variadas, mesmo que a maioria das mulheres não seja financeiramente dependente dos parceiros, algumas mulheres podem permanecer em relacionamentos violentos por "amor", como já mencionei anteriormente (REBHUN, 1999; HUNTER, 2010).

O uso da categoria êmica "vida errada" amplamente utilizado pelas entrevistadas pode ser interpretado como uma tentativa de explicar sobre o relacionamento com trabalhadores das drogas a uma pesquisadora que não faz parte do contexto cultural em que vivem, pois realizei as entrevistas dentro de um hospital e não moro (e nunca morei) em uma favela. As jovens pareciam mais interessadas em contar sobre o relacionamento com os rapazes do tráfico de drogas quando tinham terminado e pode ser possível que elas estivessem escondendo a continuação de algum relacionamento afetivo com os rapazes do crime.

Apesar dessas qualificações, as entrevistadas utilizaram a categoria "vida errada" para explicar, por exemplo, o motivo pelo qual romperam com os rapazes do tráfico de drogas, como contraíram o HIV (devido a uma "vida errada" que o homem tem com múltiplas parceiras sexuais) ou para explicar o motivo de estar com a guarda

do filho. Entre as seis jovens que têm filhos com trabalhadores do tráfico de drogas, apenas Luísa disse que incentiva a filha a conviver com o pai. Outras jovens disseram que os ex-companheiros não mantêm contato com os filhos e não ajudam financeiramente.

Outro dado importante de trazer para a discussão é a ligação desses dados com as desigualdades estruturais. As sete jovens que tiveram relacionamentos com os rapazes que trabalhavam no comércio de drogas relataram histórias de perdas familiares, violência e casos de HIV/ Aids em suas famílias. Esses achados estão de acordo com o estudo de Monteiro (2002), que descreveu a trajetória social de jovens residentes em uma favela do Rio de Janeiro. A autora identificou que todas as jovens que tiveram algum tipo de envolvimento com o tráfico de drogas tinham histórias familiares marcadas pelo abandono e violência.

Para elucidar, a mãe de Carolina foi diagnosticada com HIV, a avó materna de Luísa morreu de Aids e Ruth, Adelina e Teresa perderam a mãe devido à Aids. Teresa perdeu a mãe quando era criança e morava com o padrasto que abusou sexualmente dela por um longo tempo, antes de ser inserida em uma Casa de Acolhimento. Também há suspeitas de violência sexual por parte do namorado da mãe de Adelina. Em suma, as jovens mulheres negras que moram em favelas enfrentam múltiplas estruturas de desigualdade que ultrapassam as questões de raça, classe e gênero (COLLINS & BILGE, 2016), como já venho discorrendo ao longo desta tese.

Os rapazes que as jovens contaram ter se relacionado exerciam funções de menos destaque dentro do tráfico de drogas, como olheiro (responsável pela vigilância das favelas e drogas) e vapor (responsável por vender as drogas dentro e fora das favelas). Essas funções proporcionam baixa remuneração. Entretanto, o fato de alguns traficantes no topo possuírem uma riqueza, cria esperança de que o comércio de drogas pode acender a vida financeira das pessoas. Esse avanço é quase impossível por meio de um trabalho formal. Embora subir na escala social do tráfico

de drogas seja raro, quando isso acontece garante dinheiro e poder aos homens e fornece itens de consumo às suas parceiras, geralmente smartphones, roupas ou bebidas em festas dentro das favelas.

Luísa, por exemplo, contou que seu parceiro Everton gastava o dinheiro que ganhava com o tráfico de droga em roupas de marca e na manutenção de sua moto (que Luísa diz ter ajudado também a pagar com uma parte do dinheiro da pensão do seu pai que a entrevistada divide com a mãe e irmã). Entretanto, de acordo com Luísa, Everton e sua família nunca tinham o que comer ou produtos de higiene. Isso aponta que itens de consumo têm um alto valor porque aumentam o status social, gerando reconhecimento social. As jovens chamavam isso de “ostentação”, significa a exibição de coisas materiais caras (cordões de ouro, tênis e roupas de marcas específicas) e vincula o consumo ao poder social (MONTEIRO, 2002, p. 80). O status dos traficantes de drogas pode ser ampliado quando compartilham desses bens com os moradores das favelas, como quando doam alimentos para famílias mais pobres ou quando financiam festas dentro das favelas.

A proximidade com o tráfico de drogas também se estende aos relacionamentos familiares. Para além das jovens que contaram se relacionar com rapazes do tráfico de drogas, também houve narrativas de proximidade com o crime nas relações familiares. Como Cecília, uma jovem de 18 anos que tinha o irmão envolvido com o tráfico de drogas e presenciou o assassinato da irmã por arma de fogo dentro de casa. Adelina também teve o pai assassinado pelo crime e Marielle contou sobre o relacionamento da irmã:

Ela teve filho com bandido, minha mãe nunca aceitou isso, aí ela respondia minha mãe, ai já tentou avançar na minha mãe. A gente não achava isso certo, sempre partia pra agressão, porque não achava certo, correto, ela fazer isso com a mamãe. Aí a gente sempre foi do contra... (Marielle, 17 anos)

De acordo com o Observatório de Favelas (2018), o perfil das pessoas envolvidas com o tráfico de drogas são: homens, jovens e negros com baixos níveis de escolaridade. Os rapazes são atraídos para o tráfico de drogas por razões econômicas, que incluem ajudar nas despesas familiares ou para comprar itens de consumo (MONTEIRO, 2002; WILLADINO et al. 2018). Os homens podem ser atraídos para o comércio de drogas porque proporciona o respeito não encontrado no trabalho formal mal remunerado (BOURGOIS, 2003; ZALUAR, 2008; VARGAS, 2006).

O comércio de drogas também estimula várias expressões culturais e sociais positivas, como a música (HUGETS, 2005; WILLADINO et al., 2018), sobretudo o funk. Embora seja expressivamente ocupado por homens, as mulheres estão se envolvendo cada vez mais com o tráfico de drogas, deixando de ser apenas parceiras, mas se tornando também traficantes de drogas.

Por fim, alguns traficantes de drogas também forçaram mulheres que vivem com HIV a sair das favelas. Isso geralmente acontece quando um diagnóstico é divulgado dentro das favelas, principalmente no caso de mulheres que tiveram relações com homens envolvidos no tráfico de drogas. Dentro das favelas pode ser mais difícil manter a privacidade porque as casas são muito próximas umas das outras (EDMUNDO et al., 2007). Pensando sobre esse contexto de proximidade das relações, o HIV também pode virar fofoca dentro das favelas, assim como mostraram os estudos sobre fofoca em ambientes comunitários (FONSECA, 2000; ELIAS & SCOTSON, 2000).

7. CAPÍTULO V - SENTIDOS, SIGNOS, SIGNIFICADOS E PRÁTICAS DA REPRODUÇÃO JUVENIL FEMININA HIV+

Este capítulo discute a reprodução como um processo social. Embora a reprodução envolva aspectos físicos do corpo feminino, aqui ela é compreendida de forma mais ampla e em toda a sua diversidade de signos, significados e práticas (ALMEIDA et al., 1999) atrelados à menstruação, menopausa, ter um útero, ovários, engravidar ou não, gerar, parir, abortar e todas as expressões socioculturais que esses processos corporais podem provocar. Em outras palavras, a maneira como as mulheres são afetadas pelos processos reprodutivos distinguem-se pelos diversos aspectos socioculturais (MARTIN, 2006).

A perspectiva aqui abordada vai além da concepção biológica, a fim de que a discussão venha a contribuir para compreensão de aflições entre aspectos geracionais, gênero, desigualdades estruturais e HIV. Ainda que meu olhar estivesse voltado para essas questões – o que significa que, de certa forma, houve uma escolha no que diz respeito a como o assunto seria explorado e os dados analisados (GUERRIERO & MINAYO, 2013) – logo nas primeiras entrevistas e nos primeiros dias de trabalho de campo apareceram dados que davam ênfase para a importância de compreender nuances específicas de aspectos geracionais.

7.1. EXPULSAS DO PARAÍSO

Para começar, faço um diálogo com as noções de pecado que desaguam nas discussões sobre discursos moralizantes advindos das noções cristãs-religiosas sobre gênero, geração e demais desigualdades. Com isso, para início de conversa, vale destacar, mais uma vez, que o cristianismo está profundamente enraizado nas características culturais do povo brasileiro. Não à toa, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), 86,8% dos brasileiros são cristãos, com predominância de católicos (64,6%) e, em seguida, de evangélicos (22,2%). Mesmo quem não se considera cristão, vive sob as normas sociais hegemônicas de uma sociedade construída sob as nuances do cristianismo e seus conjuntos de valores e princípios. Com a colonização do Brasil, os portugueses inseriram o catolicismo gradativamente e violentamente no país. Junto com os colonizadores vieram os jesuítas e como uma prova do eurocentrismo, a religião foi imposta aos

povos originários por meio da catequização forçada (BUARQUE DE HOLANDA, 2016).

Como é bem sabido, a Igreja Católica Romana carrega em sua história a tirania contra os “hereges” em diversos contextos e períodos da humanidade (FEDERICI, 2018). Ao revisitar a história para encontrar respostas, ou ao menos pistas, sobre o período atual, me deparei com a análise de Federici (2018) sobre o momento do “Caça às Bruxas”. De acordo com a autora, durante o período da Baixa Idade Média, entre os séculos XI e XV, o herege foi se tornando gradativamente a figura da mulher, sobretudo de classes sociais mais baixas. Diante de uma crise do trabalho (decadência do feudalismo) e de natalidade com o surgimento da peste negra na Europa, durante o período de “Caça às Bruxas” as mulheres foram mortas e torturadas em proporções colossais (FEDERICI, 2018). Inclusive, esse momento foi descrito por muitas acadêmicas feministas como genocídio de mulheres e tinha como intuito principal das classes dominantes gerar pânico entre a população para destituir o poder das mulheres (FEDERICI, 2018; EHRENREICH & ENGLISH, 2010).

Na época, mais precisamente no século XIII, foi criado pela Igreja Católica Romana um tribunal que utilizava diversos mecanismos de tortura e perseguição para extrair ‘confissões’ dos hereges e punir os crimes heréticos, denominado Inquisição ou Santa Inquisição. Contudo, como foi mencionado, as mulheres eram a maioria das pessoas acusadas de bruxaria (FEDERICI, 2018). Tais colocações da autora me fizeram aproximar, até certo ponto, os resultados desta tese com análise empreendida por ela.

O argumento de que as mulheres seriam responsáveis pelos “pecados do mundo” ganhou força sobretudo nesse momento de maior degradação e destituição do poder das mulheres: o já mencionado período de “Caça às Bruxas”. O mito da criação foi usado inúmeras vezes pelos inquisidores da época como justificativa para punir mulheres. O mito refere-se a um conto bíblico em que Adão e Eva – primeiro homem e primeira mulher criados por Deus – foram expulsos do paraíso, o Jardim do Éden, por “culpa” de Eva, a mulher.

Embora existam perspectivas distintas para retratar o mito da criação, discorro sobre a perspectiva mais disseminada pelo cristianismo. O paraíso, descrito pelo conjunto de textos religiosos do cristianismo – a Bíblia –, foi perdido por conta do pecado feminino. Seguindo essa linha de raciocínio, entende-se, desde que Eva e

Adão foram expulsos, o paraíso deve ser conquistado pela humanidade, a qual deve merecer o paraíso por meio das “boas condutas”. É muito difícil, no entanto, estabelecer quais são as atitudes corretas, pois as regras de conduta moral são distintas se levados inúmeros fatores em consideração, como por exemplo, e talvez o principal, a cultura.

A narrativa que subjuga mulheres, embora atualizada, se perpetua de diversas maneiras no tempo de escrita desta tese. As mulheres não vão para as fogueiras da Idade Média, mas continuam sofrendo em fogueiras simbólicas com efeitos perversos que resultam nos mais diversos tipos de violências e até morte. Melhor dizendo, os discursos moralizantes continuam punindo mulheres. São marcas históricas advindas de muitos séculos atrás. A título de exemplo, enquanto estava escrevendo este capítulo, uma jovem de Florianópolis, SC, denunciou ter sido drogada e em seguida estuprada por um empresário em uma casa noturna na cidade. Os resultados do exame comprovaram a compatibilidade do material genético do estuprador com o esperma encontrado na garota. Entretanto, além do rapaz alegar que não cometeu crime algum e que a garota “o seduziu”, durante o vídeo gravado da audiência jurídica que circulou na maioria dos jornais do país, o advogado dele declarou ofensas à garota, insinuando que ela não era digna de respeito por ter fotos “em posições ginecológicas” nas redes sociais. A audiência continuou com a jovem chorando e pedindo por respeito diante de inúmeras humilhações e o juiz e promotor nada fizeram; para finalizar, o juiz absolveu o acusado³⁸.

Se fosse omitida a data, o episódio descrito poderia ser confundido com um julgamento do período da Inquisição em que a mulher era acusada de “enfeitiçar” o homem, que caiu em ‘tentação’ para consumir o ato sexual. Entretanto, ele aconteceu no século XXI e serve para lembrar que assim como na Idade Média, hoje, o Estado ainda serve aos homens, brancos e ricos. Isto é, não é um fato novo que mulheres continuem sendo culpadas pelos crimes que são cometidos contra elas. Assim como na Idade Média, as mulheres continuam sofrendo para que o patriarcado e as classes dominantes permaneçam exercendo seu poder que, neste caso especificamente, se traduz na não punição por um crime, invertendo a culpa para a mulher. Vale destacar

³⁸ PAULUSE, Thaiza. Especialistas contestam argumentação do Ministério Público no caso Mariana Ferrer. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 nov. 2020. Cotidiano. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/11/especialistas-contestam-argumentacao-do-ministerio-publico-no-caso-mariana-ferrer.shtml>. Acesso em: 03 nov. 2020.

que, no caso em questão, tratava-se de uma jovem branca que fazia parte da classe média. Além disso, o ocorrido ganhou destaque nas redes sociais e, com isso, milhares de mulheres se mobilizaram para denunciar o ocorrido. Todavia, fica o questionamento: qual é o nível da perversidade do Estado diante de mulheres negras, pobres e moradoras de favelas (perfil sociodemográfico das jovens que entrevistei)?

A escravidão das pessoas negras também foi um crime histórico importante para compreender o cenário atual de opressão feminina, sobretudo de jovens negras, como as entrevistadas nesta tese. O comércio de escravos já acontecia muito antes dos portugueses pisarem no Brasil. Entretanto, foi a partir da descoberta do continente americano que a escravidão tomou proporções gigantescas, pois o tráfico de pessoas negras escravizadas tornou-se muito lucrativo. As pessoas negras eram arrancadas de seu continente de origem e eram levadas pelos traficantes brancos em condições desumanas para as Américas. Foi assim que o Brasil foi “construído”: com o sangue das pessoas negras e com a dizimação dos povos indígenas.

De acordo com Davis (2016, p. 20), as violências sofridas pelas mulheres negras durante o período de escravidão resultaram em opressões específicas na contemporaneidade e que em muitos momentos se diferenciam daquelas sofridas por mulheres brancas. As mulheres negras escravizadas sofriam as violências de açoitamento e mutilações tal como os homens, mas, por serem mulheres, também eram estupradas. Resumidamente, houve um contexto opressivo específico que contribuiu para que mulheres negras fossem excluídas da noção de “sexo frágil”, fazendo com que elas sofram todas essas opressões de forma conjunta (GONZALEZ, 2020; DAVIS, 2016). Tal contexto sócio-histórico e político de opressão resultou em uma sociedade brasileira não apenas machista, mas sobretudo racista e escravocrata.

Essas desigualdades são fruto de uma estrutura institucionalizada que reduz o acesso às necessidades fundamentais. Jovens mulheres negras, além dos problemas de gênero, também são acometidas por particularidades do racismo estrutural e desigualdade econômica. Há maior intensidade na exploração econômica do trabalho das mulheres negras, as quais possuem mais chances de ocuparem empregos com longas cargas horárias e salários mais baixos, passam por mais situações de assédios, dentre milhares de circunstâncias de abuso que, inclusive, interseccionam racismo e pobreza. Elas têm, portanto, uma maior probabilidade de renda menor,

menos oportunidades no mercado de trabalho e menos acesso aos serviços, como, por exemplo, a saúde (DAVIS, 2016).

Davis (2016) também contribui para reflexão das intersecções das desigualdades estruturais. Nesse sentido, as reflexões dessa autora ajudam a pensar como a raça, classe, gênero, geração e o HIV podem influenciar nas intenções reprodutivas, no acesso aos direitos reprodutivos e serviços de saúde, já que as normas sociais hegemônicas são pautadas em concepções preconceituosas.

Feitas essas considerações para elucidar brevemente os mecanismos da "violência" feminina, sob uma perspectiva sócio-histórica e feminista, posso dizer que o título "Expulsas do Paraíso" faz uma alusão ao mito da criação de Adão e Eva.

No entanto, a interpretação adotada entende que, assim como Eva, as jovens entrevistadas seguem sendo expulsas do paraíso. De maneira figurada, associo o paraíso aos "direitos": um lugar simbólico de bem-estar, assim como descrito no cristianismo como "paraíso". Contudo, seguindo os mesmos preceitos cristãos das escrituras bíblicas, o paraíso só pode ser acessado a partir de boas condutas. Logo, elas são expulsas desse paraíso simbólico.

Por exemplo, o primeiro paraíso simbólico seria a "inocência", o qual claramente está relacionado aos discursos moralizantes. Isto é, quando jovens consideradas "muito novas" para fazer sexo exercem a sexualidade, são expulsas de um lugar simbólico de pureza. Nesse contexto, isso significaria uma conduta desviante, assim como o HIV. Quando essas jovens engravidam, essa dinâmica se intensifica porque, tendo como sustentação o argumento de produção da verdade de Foucault (2017), os bebês são as "provas" materiais de que o pecado foi consumado. Seriam o comprovante palpável de que elas exercem a sexualidade "precocemente". Por isso, são consideradas culpadas, logo, não merecem o "tal paraíso simbólico".

Figurativamente, o paraíso aqui pode ter muitos significados como, por exemplo, a negação de direitos, oportunidades e a exclusão de espaços, sejam eles simbólicos ou físicos. Mesmo quando é possível adentrar e ocupar esses espaços, na maioria das vezes essas mulheres estão sendo discriminadas. Isso porque, ainda quando acessam esse paraíso, as discriminações acontecem, pois há uma concepção social hegemônica de "não merecimento" por se desviar das condutas. Faço uma breve interrupção para dar um exemplo: a pesquisa de Fernandes (2017) mostra que as mulheres mais velhas que as "novinhas" reclamavam que não era justo as

“novinhas” disporem de preferência nas vagas da creche para seus filhos. Segundo as mais velhas, as “novinhas” faziam tudo errado, enquanto elas, que faziam “tudo certo”, não tinham o mesmo benefício. A concepção de “tudo certo”, na percepção das mulheres, está relacionada ao fato de namorar, casar, ter filhos no “tempo certo”, como ditam as normas de padrões de condutas socialmente esperados para mulheres.

O título “Expulsas do Paraíso” refere-se, dessa forma, à constatação de que elas sofrem uma série de desvantagens sociais. Tanto as desigualdades relacionadas à classe, raça, gênero e geração, quanto aquelas ligadas ao HIV, sexualidade e reprodução, geram discursos moralizantes e acionam discriminações em diversos níveis que as colocam em um lugar de culpadas por serem “expulsas” desse “paraíso”. Exemplificando melhor, elas podem ser acusadas de não saber exercer a maternagem ou de engravidar de propósito (HEILBORN, 2006) ou podem ser as “mães abandonantes³⁹” (FERNANDES, 2017).

Brandão (2006) e Heilborn (2006) argumentaram que as adolescentes de classes sociais populares podem alimentar o desejo de engravidar ou engravidam porque a gravidez pode significar a tão almejada “passagem” para a vida adulta, refletindo o reconhecimento social de ascensão para uma fase que proporciona uma posição de mais respeito e poder entre seus pares, tentando, inclusive, até mesmo inconscientemente, ou não, se desassociarem das referências negativas sobre elas. Por último, essas concepções impulsionam-nas para experiências de discriminação, exclusão, desamparo social e governamental.

“Novinhas”: uma personificação subversiva?

Como ressaltou Federici (2018), as bruxas da Idade Média eram também as libertinas e pervertidas. Logo, a má reputação moral era uma prova de culpa. Levando a observação da autora em consideração e como as moralidades das noções de feminino foram sendo construídas ao longo dos séculos, não seriam, então, as jovens entrevistadas mulheres “fora da curva”? Melhor dizendo, assim como Federici (2018) disse sobre as bruxas, essas jovens também não estariam no sentido anti-horário diante da percepção social? Destaco que a expressão “personificação subversiva”

³⁹ De acordo com Fernandes (2017), a expressão se refere ao estigma social de não exercer as funções de “cuidado” dos filhos.

está mais atrelada à maneira que as jovens podem ser vistas socialmente. Principalmente pelas mulheres mais velhas que elas, mas que também são jovens, indicando nuances de disputas geracionais.

Em primeiro lugar, para compreender porque as jovens entrevistadas podem ser vistas como uma personificação subversiva de mulher, trago o argumento do contexto moral cristão, de noções de salvação e paraíso, a partir de uma construção secular de um modelo de mulher ideal e submissa. Logo, a partir desses contornos de gênero construídos, as “rebeldes”, que estão fora do padrão de conduta, passaram a ser alvo de discursos moralizantes. Na atualidade, esse modelo de mulher sofreu alterações, afinal, são muitos séculos de transformações históricas e resistência feminina. Ainda assim, a liberdade permanece como um horizonte distante, visto que os mecanismos de controle sobre as mulheres que fogem às “regras” sociais foram se aperfeiçoando e criando maneiras mais engenhosas de controle e imposição da visão da mulher como dócil e obediente. Essas percepções são ditadas pelas instituições, mídia, famílias etc. Ademais, as violências e controle são exercidas de maneiras mais sutis, entretanto, isso não quer dizer que os resultados não sejam tão perversos quanto os de séculos atrás.

A segunda motivação para a personificação subversiva está relacionada à intersecção com a geração. O status social de “irresponsável”, de etapa da vida “em formação”, colocam-nas sob um “lugar social” de aprendiz. Trata-se do posicionamento em um lugar simbólico de que ainda não se é uma pessoa adulta, que acaba sendo uma maneira das gerações mais velhas para exercer poder (PAIS, 2003) e que gera discursos como “você ainda não está preparada para ser mãe”. Além disso, há uma retórica social muito disseminada que se pressupõe que jovens não têm, ou não deveriam exercer, a sexualidade.

Um terceiro aspecto seria a regulação do comportamento sexual advinda da herança eclesiástica (FOUCAULT, 2017; FEDERICI, 2018), que motiva interpretações de subversão e pecado quando há sexualidade livre feminina e/ou juvenil, reprodução fora do matrimônio e IST. Melhor dizendo, sexualidade e reprodução “precoce” e viver com HIV são consideradas sexualidades periféricas. O quarto elemento marcante que ajuda a somar o preconceito é a maternidade chamada precoce: os filhos são o resultado de uma sexualidade periférica, a evidência de que exercem a sexualidade fora das regras matrimoniais. Por isso, os discursos sociais hegemônicos as tacham

como irresponsáveis, motivando um viés sobre essas mães, lidas como “menos capazes” ou “mães abandonantes” (FERNANDES, 2017).

A quinta questão abordada são os relacionamentos. A maioria não são casadas e, muitas vezes, os relacionamentos estão fora dos modelos exigidos pelas convenções sociais, como: nem sempre ter status de namoro ou casamento; não estar com o pai do bebê, sendo mães-solo; e estar em relacionamentos com homens “casados”. Por fim, raça e classe as colocam em posição de status de subalternidade, proporcionando de forma intensificada a não liberdade de escolhas e reforçando opressões.

Essas intersecções citadas – mulheres, jovens, em sua maioria negras, que vivem com HIV, pobres, que iniciaram a sexualidade, e mesmo quando não iniciaram, vivem com uma doença sexualmente transmissível –, além de diminuir a liberdade de escolha, também reforçam opressões e violências. Essas conexões trazem efeitos perversos que são analisados aqui a partir dos aspectos sócio-históricos e culturais.

Importante destacar que o preconceito de serem mães jovens se estendia aos filhos. Os filhos são vistos à margem, assim como elas (COSENDEY, 2018). Como a jovem Anita, entonando a voz para imitar a maneira que as “irmãs da igreja” se referem aos seus filhos: “Os filhos de Anita, todas as crianças da igreja as irmãs falam, ‘os filhos de Anita’, tudo é os filhos de Anita”, “Eu sei, sabe, que elas falam isso porque eu tenho um monte de filho e não tenho marido”. Mesmo as jovens entrevistadas que ainda não tiveram filhos (em número de seis) significam a gravidez na juventude como algo desfavorável e que deve ser adiado. Todos os aspectos abordados reforçam a visão de reprodução de forma diferenciada, inclusive, a maneira de exercer a maternagem.

7.2. HIV E NUANCES DA REPRODUÇÃO JUVENIL

“Estragar a vida”: gravidez juvenil

Aí eu fugi de casa pra ficar com ele [parceiro], ai minha mãe [madrasta] foi, descobriu que eu tava fugindo de casa, ai ela foi, me pegou e me mandou lá pra casa do meu avô nas férias. Ai eu fui, só que eu já fui grávida da minha casa, só que eu não sabia que eu tava grávida, porque eu não passava mal, não sentia nada. E minha barriga só aumentando, fome aumentando, cabelo caindo e o peito aumentando, aí eu, gente, que que tá acontecendo, que que

tá acontecendo. Aí quando eu voltei pra casa em janeiro... Fiquei nas férias só, de dezembro a janeiro só. Não, calma aí... Foi, de dezembro a janeiro. Aí quando eu peguei e voltei pra casa mesmo, minha mãe pegou e falou assim “Ah, você tá grávida.”, falei “Mãe, não tô grávida.”. Aí todo mundo falou que eu tava grávida. Falava “Gente, isso aqui não é gravidez, isso aqui é verme...”. Minha mãe falou “Vai fazer o teste de gravidez agora, pode indo.”. Aí eu fui lá, fui na clínica da família, fiz o teste, aí mostrou que eu tava grávida, só que quando eu descobri, já tinha 5 meses já. Já tava com 5 meses... (Sueli, 18 anos)

A reprodução de jovens pode ser igual em questões biológicas entre mulheres jovens e mulheres adultas que vivem com HIV, mas, possivelmente, os aspectos sociais enfrentados nem sempre serão os mesmos, como podemos observar na discussão a seguir sobre os julgamentos morais diante da gravidez juvenil: “Muita gente falou que eu ia estragar minha vida porque era muito nova, que eu ia acabar com a minha vida, que ela [filha] ia me atrapalhar muito”, contou Luísa sobre a reação das pessoas quando ela engravidou pela primeira vez aos 15 anos.

A categoria êmica “estragar a vida” foi acionada pelas jovens para contar sobre a reação dos familiares e pessoas do convívio social quando elas contavam sobre a gravidez: “Meu pai que não reagiu bem. Meu pai queria sair de casa e tudo. Aí minha irmã foi... A gente ficou um mês sem se falar, dentro da mesma casa, mas sem se falar, ele não olhava nem na minha cara”. Outras falas que também costumavam escutar em tom de represália por terem engravidado eram expressões como “você é doida”, “você é maluca”, ou “você é muito nova”.

Essas expressões parecem estar relacionadas a uma perspectiva burguesa⁴⁰, também reproduzida pelas classes populares, com o intuito de culpar as jovens. Ao explorar mais a temática com as jovens, foi possível identificar que os motivos de “estragar a vida” estavam relacionados a não viver os prazeres da juventude, como se divertir, e não conseguir terminar os estudos e trabalhar.

Um relatório criado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a partir de um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em países da América do Sul e Caribe, constatou que os efeitos da

⁴⁰ Parto do conceito de burguesia de Karl Marx, que consiste na classe social dominante dentro do sistema capitalista. Isto é, a classe social que detém os meios de produção de riqueza (PAULO NETTO, 2013).

gravidez na adolescência se estendem tanto à escolaridade quanto à inserção no mercado de trabalho, saúde e economias nacionais (OPAS; UNFPA; UNICEF, 2017).

Assim como o relatório, esta pesquisa mostrou que as jovens são de famílias pobres e que quando engravidam abandonam a escola ou não terminam os estudos no tempo correto para cuidar dos filhos. Isso se traduz em maior dificuldade de estudar e encontrar emprego bem remunerado, perpetuando-se a pobreza (SERRANO & NATARENO, 2020). Ainda sobre o relatório supracitado, o conselheiro regional do UNFPA, Federico Tonar, destacou que “gravidez na adolescência é fábrica de pobres na América Latina” (AGENCE FRANCE-PRESSE, 2020).

Todavia, fica o questionamento: o problema é a gravidez ou a pobreza que já existia antes da gravidez? Se oportunidades fossem oferecidas antes e/ou durante a gravidez, o cenário seria o mesmo?

O desamparo dessas jovens não seria um mecanismo do sistema capitalista de mantê-las na subalternidade? Elas são parte da sustentação de um modelo de exploração (MARX, 2014; MASCARO, 2013; PAULO NETTO, 2013), robustecendo, assim, o argumento de Davis (2016) de que a mulher negra é a base da pirâmide. Então, não estariam as jovens negras grávidas sendo conduzidas a um lugar de subalternidade? Não coincidentemente, as jovens entrevistadas que trabalhavam, ou trabalhavam na informalidade sem direitos trabalhistas, relataram algum tipo de violação de direitos trabalhistas, como muitos meses de atraso de salário, negação da licença-maternidade, assédio moral e racismo. Como Carolina, uma jovem que mora com a mãe, o padrasto e a filha de dois anos em uma favela na Zona Norte do Rio de Janeiro. Dentre as pessoas que moram com ela, Carolina é a única pessoa que trabalha. Ela é garçonete e recebe um salário-mínimo por mês. No dia em que a encontrei, ela estava fazendo pré-natal e foi à procura da assistente social para pedir aconselhamento sobre direitos trabalhistas. Ela contou que estava sofrendo violações de direitos em seu emprego. Ela contou que a “patroa não tá aceitando o atestado do pré-natal” e estava “dando falta e descontando do salário”. Além disso, Carolina também contou que era vítima de racismo.

Complementando o argumento, na realidade, essas jovens grávidas, em um contexto de IST ou não, não tendo suporte do Estado, estão sendo compelidas a se tornarem futuramente a base da pirâmide (DAVIS, 2016). Isto é, serão elas a mão-de-obra barata vindoura, exercendo um trabalho escravizado em uma roupagem

moderna. Dessa forma, seguirão sendo base para os privilégios do patriarcado e das classes dominantes, trivialmente, os brancos (GONZALEZ, 2017; FEDERICI, 2018; DAVIS, 2016).

Essa discussão aponta que não são as mulheres que decidem sobre a maternidade ou quantos filhos terão: “elas são restringidas por circunstâncias que estão fora do seu controle” (MARTIN, 2006, p. 57). Essas prescrições de gênero instituídas no corpo social feminino jovem e, sobretudo, negro, mostram um paradoxo: se, por um lado, as jovens são julgadas moralmente por engravidarem “cedo”, por outro lado, não há interesse público em criar estratégias de inserção social e assistência. São essas características que as “aprimoram” e as mantêm escravas modernas do capital.

Maternidade compulsória: a reprodução é mesmo um direito?

O conceito de saúde reprodutiva foi construído em conjunto com o conceito de saúde sexual, em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em Cairo, Egito. Em 1995, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, reafirmou os acordos estabelecidos no ano anterior (BRASIL, 2005). De acordo com Ávila (p. 466, 2003), a autoria desse conceito advém do feminismo e, depois, vários movimentos sociais se apropriaram dele e passaram a problematizá-lo, dando outros sentidos e ampliando o conceito.

As Conferências impulsionaram os governos de vários países, inclusive do Brasil, a assumir o compromisso de basear todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, até mesmo os programas de planejamento familiar (BRASIL, 2005), nos direitos sexuais e reprodutivos. De maneira que, frente às desigualdades de gênero, as mulheres tenham os mesmos direitos e a mesma liberdade sexual e reprodutiva que os homens. Dessa forma, os documentos que garantem os direitos sexuais e reprodutivos devem ser interpretados para além de um conjunto de regras.

Apesar da literatura programática e orientações de planejamento familiar, é imprescindível interpretar e aplicar esses direitos a partir de uma perspectiva libertária. Conquanto existam os direitos garantidos por lei, Riscado et al. (2016) apontam que há desalinhos entre as políticas e a realidade dos serviços e padrões culturais e

políticos conservadores. Essas inclinações evidenciam a dificuldade de garantir os direitos sexuais e reprodutivos, os quais devem servir para romper com paradigmas repressores que permeiam a sexualidade e reprodução de mulheres (ÁVILA, 2003). Os direitos sexuais e reprodutivos são, ou deveriam ser, direitos como extensão da vida democrática.

No âmbito das discussões sobre juventude, a concepção de gravidez na adolescência, como venho destacando ao longo desta tese, muitas vezes é interpretada como um problema social. Essa concepção foi se alterando junto com a percepção de infância, adolescência e juventude, embora tenha um longo caminho para avançar sobre as noções moralistas. De todo modo, a instituição de cidadania no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e, posteriormente com o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, abriu-se espaço para pensar os jovens como sujeitos de direitos e, como uma das consequências, bem como para abordar os seus direitos reprodutivos.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens tratam da promoção, prevenção e tratamento para atenção integral à saúde sexual e reprodutiva de jovens (BRASIL, 2009). O Estatuto da Juventude também garante aos jovens o acesso aos Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2013). Entretanto, de acordo com Vidal (2008), jovens que vivem com HIV/Aids têm maiores chances de ter o acesso à saúde negado ou violado.

O acesso garantido pelo SUS ao preservativo e ao anticoncepcional injetável – “camisinha” e “injeção” – no “postinho”, ganhou destaque nas entrevistas quando perguntei sobre como as jovens faziam para se prevenir. Entretanto, o acesso aos insumos de prevenção não as resguardou de engravidar e/ou contrair HIV. Porém, a maioria das entrevistadas não desejava engravidar. Dentre as jovens que estavam grávidas ou já ficaram grávidas em algum momento da vida (21 jovens), todas contaram que não foi uma gravidez planejada: “Foi também um choque, porque eu

não esperava... Não é que eu não esperava, eu não queria agora. Mas eu sempre quis ser mãe e tudo o mais, mas não agora. Muito cedo.” – disse Antonieta, de 24 anos.

Entretanto, a literatura sobre gravidez na adolescência/juventude também ajuda a compreender que a gravidez pode, inclusive, ser desejada e planejada pelas jovens mesmo que, muitas vezes, elas não expressem publicamente sua posição. Dentre os motivos de não tornar pública a vontade de engravidar, estariam as retaliações e julgamentos morais que podem vir a sofrer, justamente pela concepção moral de que a gravidez juvenil é um problema (CALAZANS, 2000; COSENDEY, 2018).

Outro fator a ser levado em consideração é que os sentidos e significados que as jovens podem atribuir à maternidade também são atravessados por uma perspectiva adultocêntrica, conforme apontam Meyer & Félix (2014). De acordo com Brandão (2006), como já mencionado anteriormente, jovens mulheres de classes populares podem significar a gravidez como um caminho para a vida adulta, almejando o reconhecimento de uma posição social de “responsabilidade”.

Ainda sobre maternidade compulsória, mas vivida em outras conformações, verifica-se a gravidez para corresponder às expectativas do parceiro (embora de forma menos expressiva no sentido quantitativo). Maria, um exemplo, disse que “não queria engravidar”, mas acabou engravidando porque o parceiro “queria muito ser pai”, a entrevistada, além de expressar uma certa insatisfação em ser mãe, “eu não gosto muito não”, também disse que não quer mais ter filhos: “Meu sonho era ligar [as trompas]. Eu não posso ainda que eu tenho ele [1 filho] só”.

Pensando na reprodução como direito e “escolha”, a partir das alternativas e informações que lhes são ofertadas, as entrevistas também evidenciaram que as jovens foram orientadas sobre questões reprodutivas no serviço: “participei de um grupo que falava sobre [reprodução]”. No entanto, as temáticas eram mais focadas no planejamento familiar, como destacou Dandara, de 18 anos: “Eles [profissionais de saúde] dão uma reuniãozinha, explica tudo. Questão de amamentação também. Iam explicando pra gente”. As orientações envolveram ações educativas e preventivas relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério, concepção e contracepção e IST:

porque não pode amamentar, então, eles orientavam como que era amamentação, como que eram os cuidados dos bebês quando nasce, como que é a visita no hospital, na maternidade, remédio... Só. Ele [o bebê] teve

que tomar o remédio, né, é meio que pra dar força... Não sei. Meio que pra eliminar, quando ele nasceu, tipo isso, pra eliminar [o HIV]... (Sueli, 18 anos)

Uma Comissão Internacional de 16 especialistas da África, Ásia, Europa, Oriente Médio, América do Norte e Sul, liderada pelo Instituto Guttmacher e Lancet desenvolveu uma agenda baseada em evidências científicas para principais prioridades em saúde sexual e reprodutiva em todo o mundo. Esse relatório foi publicado no *The Lancet* em 2018 e aborda o acesso a cuidados de abortamento seguro, não discriminação baseada na orientação sexual ou identidade de gênero e sexualidade adolescente (STARRS et al., 2018). De acordo com o documento, as iniciativas de saúde reprodutiva e sexual devem levar em conta temas como diversidade e violência de gênero, além de informação para que todos possam ter satisfação e bem-estar com suas vidas sexuais e reprodutivas. A Comissão pretende incentivar a adoção – nos níveis global, regional e nacional – de políticas e programas que modifiquem as normas sociais nocivas, defendam os direitos humanos, promovam a igualdade de gênero e proporcionem aos indivíduos maior controle sobre seus corpos e vidas (STARRS et al., 2018).

Para que todas as pessoas acessem os direitos reprodutivos, mesmo com especificidades de idade, gênero e orientação sexual, é dever do Estado garantir esses direitos e reformulá-los, quando necessário, para que contemplem o acesso de todas as pessoas, sem distinção. O desrespeito ou até mesmo a não inclusão de algumas pessoas nas políticas públicas ocasionam grande impacto em suas vidas, como mostrado com as histórias das jovens entrevistadas.

As políticas públicas devem garantir que as escolhas reprodutivas sejam feitas com autonomia. Mas, antes disso, como a Comissão Guttmacher-Lancet (2018) denunciou, é importante entender que aspectos políticos, religiosos, sociais e culturais influenciam as decisões de jovens mulheres. Além disso, e o que provavelmente é mais importante, as decisões são influenciadas pelas opções que lhes são ofertadas.

Os marcos legais no âmbito dos direitos reprodutivos visam a garantir escolhas reprodutivas às pessoas, entretanto, para que as escolhas reprodutivas realmente aconteçam, antes, é preciso acabar com as desigualdades que privilegiam uns e excluem outros. Corrêa & Petchesky (1996) defendem uma reconstrução dos direitos como forma de especificar diferenças de gênero, classe, cultura.

Na percepção das jovens, elas não puderam “escolher o tipo do parto”, este dado me faz salientar duas questões distintas: “historicamente, o nascimento era um evento que pertencia às mulheres; agora, elas teriam sido expropriadas do direito de decisão, tendo o parto se transformado em um evento médico”. (RISCADO et al., 2016, p. 08) E, para contrapor, embora a Organização Mundial de Saúde aconselhe que os países façam o menor número de cesáreas possível e o Brasil esteja entre os países com altos índices de parto cesariano (OMS, 2016), a maioria das jovens teve seus bebês pelo parto vaginal.

Além disso, é preciso uma reconstrução dos direitos que pudesse chegar o mais próximo do reconhecimento das necessidades sociais, construindo e aplicando as políticas a partir da equidade (CORRÊA & PETCHESKY, 1996). A narrativa de Anita apresentada a seguir elucida bem essa questão. Não faz sentido falar de “escolhas” para ela, pois, embora ela optasse por fazer um procedimento de laqueadura para não ter mais filhos, os critérios de elegibilidade não lhe garantiam o direito. Com isso, evidencia-se o que autoras como Corrêa & Petchesky (1996) destacam: não faz sentido falar de escolhas para pessoas que são privadas de escolher.

Então, do meu último filho, eu queria que fosse cesárea, porque eu queria cortar as trompas, né, porque eu não queria ter mais filho. E eu sou muito fértil, muito, muito fértil, então, eu queria ter feito cesárea pra fazer a ligação, né, só que não deixaram por causa da minha idade e porque eu não tinha nenhuma cesárea. Eu acredito que se eu não fizer particular esse parto aqui, eu também vou ter normal de novo. (...) Eu acredito. Porque do último filho eu tentei fazer cesárea, eu falei com ela que era meu desejo fazer cesárea, porque eu queria ligar, né, cortar as trompas, que eu não queria mais ter filho, que eu era muito fértil, não sei o quê, mas não me deixaram, falaram que não, que não podia, que eu tinha que ter, no mínimo, duas cesáreas, que eu não tinha idade, que não sei o quê... Então, mas pelo, por mim, teria feito cesárea. (Anita, 24 anos)

Anita tem quatro filhos e estava sendo atendida pelo serviço por estar grávida do quinto filho. Ela contou que gostaria de ter realizado o procedimento de laqueadura quando teve o terceiro filho, entretanto, ela não estava dentro dos critérios de elegibilidade para fazer pelo Sistema Único de Saúde que são: mais de 25 anos de idade e dois ou mais filhos vivos (BRASIL, 1999).

A jovem ainda contou que como não tinha dinheiro para realizar o procedimento pela rede privada, não teve escolha, não realizou o procedimento e engravidou mais duas vezes. Quando perguntei se ela achava que seus direitos reprodutivos tinham

sido respeitados, ela disse:

Não, porque se fossem respeitados, eu só teria 3 filhos. Porque no terceiro, eu já tive a vontade de fazer [laqueadura], né, de cortar as trompas e falavam que não podia, por causa da minha idade. E na época eu não tinha condições de fazer um parto, né, pago, né...

Essa discussão desnuda quão antagônica é a concepção de direitos reprodutivos no Brasil. Se, “teoricamente”, as políticas são construídas pautadas nos direitos reprodutivos, que têm como princípios a liberdade de escolha, os critérios da laqueadura e/ou a proibição do aborto não fazem sentido.

“Eu vou esconder até a morte”: notas sobre aborto

Algumas jovens também compartilharam o desejo de não continuar com a gravidez, entretanto, declararam não ter coragem de realizar um aborto. Os motivos estavam relacionados ao medo de julgamentos morais e à “punição divina”, como podemos ver na narrativa de Carolina:

Ah, antes eu pensava em aborto, mas minha mãe me mataria. Ela é muito religiosa, ela não acha isso certo (...) Eu penso a mesma coisa, penso que Deus vai cobrar de mim. Então por isso que eu também não tirei, porque uma coisa errada leva a outra coisa. Se eu tirei aqui, Deus vai fazer uma coisa pior comigo. Ou eu posso tentar ter filho lá na frente e eu não conseguir, entendeu? Então eu preferi não... Até porque ninguém tem nada a vê com isso. (Carolina, 20 anos)

O aborto no Brasil é crime⁴¹. A pena para a gestante que fizer aborto é de um a três anos de reclusão e de um a quatro anos de reclusão para o médico ou qualquer outra pessoa que fizer o procedimento de retirada do feto. As leis do país só permitem o aborto em três situações: (1) risco para a vida da mulher; (2) quando a gravidez resultado de estupro ou (3) se o feto é anencefálico. Portanto, a maternidade no Brasil é obrigatória. Em outras palavras, se a mulher não quer o filho, ela é obrigada a ser mãe porque não tem a opção de fazer um aborto seguro. A mulher brasileira não tem poder de escolha sobre o seu corpo, entretanto, não se trata apenas de ausência de escolha. É importante destacar que se trata também da imposição de um sofrimento

⁴¹ Artigo 126 do Código Penal Brasileiro, 1940.

e de uma marginalização da mulher, independentemente da sua decisão. Sendo assim, a violação de direitos se torna a regra que precede qualquer possibilidade de escolha (SILVEIRA, 2014).

Lesando ainda mais as mulheres, em 2020 – tempos de crescimento do conservadorismo da extrema-direita e subtração dos direitos democráticos (GALLEGO, 2019), em especial, os sexuais e reprodutivos –, o Ministério da Saúde criou uma portaria⁴² que submete a realização do aborto legal em casos de estupro a um mecanismo de “investigação”. Isto é, para que a gestante possa fazer o procedimento, os médicos são obrigados a notificar à polícia e deverão preservar possíveis evidências materiais do crime de estupro (fragmentos de embrião ou feto). Além disso, antes de autorizarem a interrupção da gravidez, os médicos devem informar que a gestante pode ver o feto na ultrassonografia.

Além desse tipo de atuação em muito escapar às atribuições de um profissional de saúde, a portaria implicaria um retrocesso para as mulheres, pois, além de dificultar a realização do aborto legal, também pode gerar o constrangimento para essas mulheres, visto que elas já são vítimas de discriminação durante abortamento nos serviços públicos de saúde (MCCALLUM et al., 2016). Nesse sentido, tais alterações podem transformar em um tribunal de caça às bruxas um momento que deveria ser de cuidado e atenção à saúde: o abortamento seguro e legal.

Duas jovens entrevistadas compartilharam que fizeram abortos inseguros: Teresa, de 16 anos, realizou três abortos em sua jovem trajetória: um aos 11, outro aos 12 e, por fim, um aos 13 anos de idade. Esperança, de 23 anos, também contou que fez um aborto quando tinha 19 anos:

Ninguém soube da primeira gravidez. Eu vou esconder até a morte. Eu não queria. Quando cheguei ao hospital, não precisei fazer curetagem, mas sangrei muito. Eu conhecia o enfermeiro que me atendeu lá, então nada aconteceu comigo. (Esperança, 23 anos)

Teresa disse que não fala sobre esse assunto porque teme ser discriminada.

⁴² BRASIL. Portaria Nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. **Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.** Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Procedimento%20de,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%2DSUS. Acesso em: 12 nov. 2020.

McCallum et al. (2016), ao abordarem a experiência hospitalar de mulheres diante da interrupção, voluntária ou não, da gravidez e o ponto de vista dos profissionais da saúde diante dessas experiências em um hospital de Salvador (BA), evidenciaram que as mulheres eram discriminadas pelos profissionais de saúde, os quais tinham concepções baseadas em argumentos de cunho moral e religioso sobre a prática do aborto.

Durante as entrevistas, as jovens descreveram discriminações dos profissionais em outros serviços de saúde que não o do campo da pesquisa, no decorrer do atendimento hospitalar diante da experiência de aborto (provocado ou não). As narrativas também apontavam para o ocultamento do aborto para os profissionais do hospital de pesquisa por medo de sofrerem discriminação. Ambas as considerações se alinham aos achados de McCallum et al. (2016).

Três jovens contaram sobre suas vivências ao terem aborto espontâneo: Antonieta, Nise e Patrícia. Ainda segundo McCallum et al. (2016), as discriminações acontecem de diversas formas, de maneira indireta ou direta, como deixá-las esperando por atendimento médico durante muito tempo ou comentários explícitos por parte dos profissionais de saúde, como apareceu na narrativa de Patrícia, que disse que não provocou o aborto:

Patrícia: Eles [profissionais de saúde] me deixaram lá sentindo dor, pedi o remédio, eles demoravam um século pra me dar...

Pesquisadora: Você acha que eles podem, algum momento, ter achado que você provocou o aborto?

Patrícia: Eu acho que sim... porque eles me perguntaram se eu tomei alguma coisa pra tirar.

De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto realizada no ano de 2016 e coordenada por Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Madeiro, uma a cada cinco mulheres aos 40 anos já fez, pelo menos uma vez na vida, um aborto no Brasil. Esses dados permitem chegar a uma estimativa de que aproximadamente 4,7 milhões de mulheres que já abortaram (DINIZ et al., 2016).

Além do mais, a pesquisa também desmistifica os discursos hegemônicos de que as mulheres que abortam são as inconsequentes e de sexualidade errante, dado

que o perfil das mulheres que abortam são as “mulheres comuns”⁴³, ou seja, que têm filhos, religião e um companheiro – estando, portanto, em consonância com as expectativas sociais relacionadas à vida sexual e afetiva das mulheres.

Cardoso et al. (2020) realizaram uma pesquisa que visou a descrever os dados oficiais sobre aborto no Brasil. A partir dos dados, os autores conseguiram traçar um perfil de mulheres com maior risco de óbito por aborto no país: mulheres negras ou indígenas, da região Norte do país, com baixa escolaridade, com menos de 14 e mais de 40 anos e sem companheiro. Os dados apontam que a proibição do aborto discrimina e mata mulheres pobres que não possuem condições financeiras para pagar uma clínica que realize o procedimento. Por outro lado, de acordo com a Pesquisa Mundial sobre Aborto realizada pelo Instituto Guttmacher (2017), os países que legalizaram o aborto conseguiram diminuir o índice de mortalidade materna e reduzir o número de abortos.

Tais achados coadunam-se à afirmação de Diniz et al. (2016) de que a criminalização do aborto no Brasil é uma questão de saúde pública. Na presente pesquisa, isso se faz notar nas experiências de aborto inseguro e o risco para a saúde da mulher, em que vemos que todas as jovens foram para o SUS procurar atendimento médico. Com relação ao HIV, Patrícia disse que acha que a discriminação também pode estar relacionada ao HIV, porque “depois que falei que tinha [HIV], [profissionais de saúde] ficavam passando e cochichando”, agravando ainda mais a discriminação.

“Se a gente fizer escândalo, já era”: narrativas de racismo obstétrico

As entrevistadas discorreram sobre situações de violência obstétrica vivenciadas, como mostra o relato a seguir:

Ivone: O primeiro [parto] foi horrroso, Deus me livre. E foi um parto de emergência, a anestesia não pegou e eu senti muita dor. Senti eles me cortando, eles me abrindo, eles tirando ela de dentro de mim. Fiquei com trauma. O dela, foi tranquilo, não senti nada. Tava com muito medo de ser igual o primeiro, mas foi tranquilo...

Pesquisadora: Mas você falou que tava sentindo?

⁴³ De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto (2016), o termo “mulher comum” foi utilizado como forma de provocar desconstrução sobre um estereótipo de mulher libertina que realiza aborto, alimentado pelo imaginário daqueles contrários ao aborto.

Ivone: Falei, mas tava com a barriga aberta, não podia parar. Tinha que continuar... Eu gritei muito. Tava gritando horrores, tiraram meu marido da sala durante a cirurgia...

Pesquisadora: Tiraram ele?

Ivone: Tiraram ele da sala, porque eu tava gritando muito.

Pesquisadora: E ele ficou nervoso?

Ivone: Ficou

Pesquisadora: E como foi isso? Me conta...

Ivone: Ai... Não sei por quê... Eu fui pra sala de parto, aplicaram a anestesia, aí falei que tava sentindo ainda as pernas mexendo, só que já começaram a fazer o parto e eu falei pra ele que tava sentindo muita dor. Aí quando começaram a cortar, doía demais, doía muito. Aí comecei a gritar muito mesmo, de verdade. Aí meu marido tava ficando nervoso, tiraram ele da sala e eu continuei gritando. No final, quando tiraram ela, acabaram me dando um remédio que eu desmaiei. Eu fiquei desacordada, aí quando eu acordei, ele falou. Aí quando eu fui para o quarto, as meninas que tinham sido cesariana, falou que aconteceu o mesmo com elas.

Conforme discutido anteriormente, para abordar esses dados sobre violência obstétrica, embora as PVHA tenham mais chances de ter o acesso à saúde dificultado (VIDAL, 2009), há uma discussão crucial que precisa ser feita, qual seja, a que aborda a intersecção de gênero, raça e classe. Todas as jovens que viveram episódios de violência obstétrica eram negras.

Ainda que a violência obstétrica seja uma expressão da misoginia e que todas as mulheres, independentemente da cor, estejam sujeitas a vivenciar episódios desse tipo, são as mulheres negras que experienciam de maneira mais expressiva e perversa esse tipo de violência. Por isso, acadêmicas que estudam a temática consideram que a violência obstétrica é, na verdade, uma expressão do racismo conectada, obviamente, ao sexismo (RODRIGUES, 2020; LEAL, 2017).

Baseando-se nas ideias de Davis (2018) sobre intersecção de raça e gênero como principal causa da violência obstétrica, Fernandes (2020, p. 150) conclui que “não se trata de racismo e violência obstétrica, mas racismo obstétrico”. As autoras denunciam que as violências sofridas são baseadas na cor de pele (DAVIS, 2018; FERNANDES, 2020) e aqui também sigo essa abordagem.

Nos séculos anteriores, era expressivamente praticado o treinamento da obstetrícia usando os corpos das mulheres negras (DINIZ et al., 2016). Um exemplo

perverso de como essas práticas eram, e ainda podem ser, naturalizadas, é o médico James Marion Sims, que testava suas práticas cirúrgicas em mulheres negras escravizadas e sem o uso de anestesia e é absurdamente considerado o “pai da ginecologia moderna”. Segundo Goés (2016), Sims alegava que os africanos toleravam mais dor que os brancos, por isso, o médico não usava anestesia nas mulheres negras.

Davis (2016) faz um resgate histórico que elucida como as formas de opressões perpetradas em mulheres negras são a soma de diversas opressões e colaboram para uma noção atroz de que elas são mais “fortes”:

No que dizia respeito ao trabalho, à força e à produtividade sob a ameaça do acoite, eram mais relevantes do que questões relativas ao sexo. Nesse sentido, a opressão das mulheres era idêntica à dos homens. Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era rígida pela conveniência: quando era lucrativo explorar como se fosse homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas as mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas (DAVIS, 2016, p. 19).

A título de exemplo, a narrativa anterior de Ivone evidencia como o racismo atua. De acordo com as concepções racistas, baseadas nas noções construídas a partir da escravidão das pessoas negras, fabricou-se um imaginário cruel de que as mulheres negras seriam mais “resistentes” à dor (GOÉS, 2016). Por isso, muitas vezes, aplicam-se menores quantidades de anestesia em mulheres negras do que nas brancas. Diante disso, cabe relativizar o que estaria em questão na situação narrada por Ivone, em que “a anestesia não pegou”. O mesmo pode ser observado na narrativa de Benedita:

...eu tive que chamar a polícia, porque eles não queriam fazer meu parto, eu fiquei 2 dias com a bolsa estourada e o hospital não podia, por causa do HIV, podia contaminar minha neném. (...) Tava ficando sem água, aí teve que chamar a polícia pra fazer o parto forçado... (...) aí tem um amigo que é médico também, aí a gente passou a informação pra ele, ele falou que não podia passar de 12 horas com a bolsa estourada, que era muito risco para o neném. Quando você tem HIV, normalmente, não pode passar de 6 horas com a bolsa estourada, o normal é 12 horas. Eu fiquei 48 horas com a bolsa estourada. (...) Minha filha nasceu praticamente morta, ela foi reanimada na hora do parto. Foi traumatizante, eu fiquei... Eu fiquei apavorada. Eu fiquei quase 1 mês no hospital, porque eu peguei uma infecção também no parto e eu tive que ficar tomando antibiótico e eu chorava muito. Eu tentava dormir, eu ficava lembrando do parto, eu chorava muito. Minha filha tava na incubadora, porque ela nasceu prematura, com 7 meses. Eu chorava o tempo

todo.

Outro relato importante foi o de Luísa, de 22 anos. Sua narrativa mostrou que a jovem foi orientada pela mãe a não gritar durante o parto, porque mulheres negras temem sofrer racismo obstétrico no serviço público de saúde:

Luísa: Então foi um parto normal. Eu não gritei. Os médicos quando chegou falou "nossa, já nasceu? Nem pareceu porque nem gritou". Porque eu não gritei, não fiz escândalo. Porque público se a gente fizer escândalo já era! Eu não fiz. Fiquei quieta.

Pesquisadora: Por que você acha que público se você fizer escândalo...?

Luísa: Minha mãe que fala... Minha mãe não, né, todos falam. Que se a gente fizer baixaria, é pior pra gente. Então é melhor a gente ficar calada lá.

Pesquisadora: Por que você acha que os profissionais não lidam bem com isso ou pelo quê?

Luísa: Não sei, é pelo o que os outros falam. Que se eu for... Tipo assim, a gente chega no hospital, se a gente ficar gritando, gritando, gritando, eles não vão entender a gente e vão deixar a gente gritando lá, porque não tem necessidade. Porque a gente já fez, já veio, já examinou e falou que é só aguardar. Vamos ficar gritando pra quê? Então é melhor ficar quieta. Então eu fiquei quietinha na minha, com 19 anos, 18 acho. É 18. 18 ou 19, um negócio assim. Acho que eu tinha 19. Aí eu fiquei quieta. Ganhei normal, ganhei ponto, me cortaram pra ela nascer. Foi normal.

Além das violências físicas e verbais sofridas, há inúmeras práticas obstétricas que são reprovadas por especialistas, mas que continuam acontecendo, como Fernandes (2020), baseando-se nas ideias de Leal et al. (2017), destacou: episiotomia⁴⁴, manobra de Kristeller ⁴⁵ e o uso de ocitocina⁴⁶. Fernandes (2020) destaca:

A normalização de processos violentos, especialmente ao longo do parto, muitas vezes transforma o entendimento sobre essas atitudes como ações necessárias pelos profissionais de saúde, minimizando o potencial agressivo de tais atos com a justificativa de que eles são procedimentos normais ou mesmo necessários (Fernandes, 2020, p. 51).

⁴⁴ Corte no períneo (área muscular entre a vagina e o ânus).

⁴⁵ Prática empurrar a barriga da mãe para acelerar a descida do bebê.

⁴⁶ Medicamento com a função de promover as contrações musculares uterinas durante o parto.

A afirmação da autora (FERNANDES, 2020) me leva a correlacionar, mais uma vez, os fatores atuais de racismo obstétrico aos processos históricos violentos ocorridos no Brasil. Acionando Fanon (1963), entendo que os “arranjos” da descolonização “funcionam” para que o colonizador continue exercendo poder sobre os colonizados, evidentemente de formas opressivas para se manter nessa posição social de poder, porém, de novas formas, como destaquei no Capítulo I (Desconstruindo a retórica da doença administrável).

A título de exemplo, no Brasil, a história da escravidão das pessoas negras pelas pessoas brancas evidencia a perpetuação das opressões, sejam simbólicas ou materiais. Trazendo a discussão para o contexto de racismo obstétrico, são as pessoas brancas que, ainda estão, em sua maioria, em posições de maior poder social, por exemplo, neste caso, os médicos são expressivamente brancos, legado pós-colonial das disparidades de raça ao acesso à educação/ universidade (SOUZA et al., 2020).

Amamentação

O Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) informa:

Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento, está bem estabelecido que esse risco é de 15% a 45% (BRASIL, 2020, p. 23).

Embora o protocolo mostre que o risco de transmissão vertical é reduzido quando a mulher está com carga viral indetectável e, apesar de outros países oferecerem a opção da amamentação para mulheres que vivem com HIV que fazem a intervenção adequada para evitar a TV, no Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde é que mulheres que vivem com HIV não amamentem seus filhos em nenhuma hipótese.

Como a recomendação é que a mãe com HIV não amamente o bebê, o governo federal garante a alimentação por fórmula artificial para os bebês até os seis

meses (BRASIL, 2020). Ainda que as taxas de transmissão do HIV sejam baixas em mulheres que seguem intervenções biomédicas adequadas, a alimentação por fórmula láctea exclusiva diminui expressivamente as chances de transmissão vertical quando comparada ao leite materno (PAIM et al., 2008).

O serviço de saúde da pesquisa disponibiliza a fórmula láctea para as mães. No hospital tem banco de leite pasteurizado oferecido para os bebês prematuros, entretanto, no departamento que realizei a pesquisa, as mães só têm acesso à fórmula.

De acordo com as jovens entrevistadas, elas receberam recomendações sobre não amamentar durante o pré-natal. Todas as entrevistadas (que estavam grávidas ou que tiveram filhos) descreveram, antes mesmo da concepção do bebê, que elas já estavam cientes de que não deviam amamentar. Após o parto, ingerem medicamento para secar o leite e enfaixam os seios com atadura, além de serem orientadas a colocar compressa gelada para diminuir a lactação.

Antes de continuar com a apresentação dos resultados, “abro um parêntese” para destacar que a amamentação geralmente é idealizada por mulheres que engravidam ou desejam ser mães. Isso porque, embora seja um aspecto biológico de mulheres com útero, a amamentação faz parte da construção social da ideia de maternidade (MARTIN, 2006), isto é, ganha certa centralidade na forma como o corpo no puerpério é social e culturalmente percebido.

Ademais, os preceitos biomédicos estão constantemente incentivando e destacando a importância da prática da amamentação, uma vez que ela traz benefícios para saúde do bebê. Os meios de comunicação regularmente divulgam campanhas em prol da amamentação. As unidades de saúde também contam com inúmeros cartazes incentivando a prática. Como a amamentação é uma prática socialmente incentivada e cobrada (SILVEIRA, 2018; KALIL & AGUIAR, 2016; KALIL & AGUIAR, 2017), muitas entrevistadas mostraram insatisfação por não poder amamentar:

Agora eu tô mais na minha. Mas quando eu tinha [que amamentar], tava com ele [bebê], aí sabe como é né... Eu via um de gente dando mamá e eu não poderia dar. Entendeu? (Maria, 24 anos)

Ah, que eu não podia amamentar, né. Isso aí eu já sabia antes. Na primeira consulta, ela já tinha me falado pra não amamentar. Meu maior sonho era amamentar. Ah, fiquei chateada, mas fazer o que... (Esperança, 23 anos)

Elas [profissionais de saúde do serviço da pesquisa] já me explicaram desde o início da gravidez que eu não ia dar de mamar pra ele. Isso foi diferente das meninas, mas aí foi... Fui lidando... (Bertha, 24 anos)

De forma alinhada à discussão sobre estigma previamente situada, a literatura sobre reprodução de mulheres que vivem com HIV aponta que, frequentemente, elas escondem o diagnóstico por medo de serem discriminadas. Monteiro et al. (2016) observaram que mulheres gestantes que vivem com HIV, ao serem questionadas socialmente sobre o porquê de não estarem amamentando, usavam subterfúgios para ocultar o diagnóstico, tais como: justificavam ausência de leite com a explicação de que estavam tomando antibióticos ou que o leite havia secado. O mesmo se pôde observar nesta pesquisa.

As jovens aqui entrevistadas também contaram que inventavam desculpas por não amamentar seus bebês quando eram questionadas pelas pessoas do convívio social: “Às vezes, irrita, até hoje eles falam. Não quis dar esse peito, pra não deixar o peito caído. Ah, não sei o quê... Aí eu às vezes eu falo, o quê? É, é isso aí mesmo”, como narrou Esperança, de 23 anos, ou como Bertha, de 24 anos, contou: “Eu sempre inventava, falava alguma coisa diferente. Que eu já ia voltar a trabalhar, que não ia ter peito pra ele em casa...”

Mesmo entre as jovens que ainda estavam grávidas ou ainda não haviam engravidado, não poder amamentar era algo geralmente significado como “ruim”, “chato” ou “difícil”. Dentre todas as jovens, apenas duas (Raimunda, de 22 anos, e Ruth, de 21) disseram que não se importaram com a impossibilidade de amamentar seus filhos.

Raimunda, uma jovem que contraiu o vírus via TV, disse não se importar em não amamentar porque sua mãe e irmã mais velha (que também vivem com HIV), assim como a irmã mais nova (que não vive com HIV), também não amamentaram seus filhos. De certa maneira, isso parecia confortá-la. Esse dado também reafirma como as construções sociais afetam a maneira como percebem a amamentação, pois as pessoas das relações sociais próximas da jovem também não amamentaram seus bebês.

Já Ruth, uma jovem de TS, disse “Ah, pra mim é ótimo. Não tem o trabalho de ficar botando o peito pra fora pra amamentar”. A narrativa da jovem evidencia o paradoxo da amamentação: se, por um lado, é socialmente esperado que a mulher amamente seu filho, por outro, pode ser uma prática repreendida quando acontece em público. Em outras palavras, a objetificação do corpo da mulher acontece, inclusive, quando ela está amamentando seu filho, logo, algo que é socialmente cobrado, também é repreendido quando a mulher “mostra” os seios.

“Ser mãe”

No que se refere à descoberta do HIV em mulheres, há diferenças de acordo com o intervalo de tempo decorrente desde a exposição. Quando o período entre a infecção e o diagnóstico é amplo, a descoberta do adoecimento em geral ocorre por meio de infecções oportunistas ou adoecimento dos parceiros. Já nos casos em que esse intervalo é menor, a tendência é que a detecção ocorra no pré-natal (VILLELA & BARBOSA, 2017; SANTOS et al., 2009), o que, em parte, pode ser atribuído ao advento da testagem durante esse período.

Esta pesquisa reitera esses dados, já que a maioria das jovens de TS descobriu o HIV por conta da gravidez. Inclusive, algumas jovens afirmam que a gravidez salvou suas vidas, como trazido pela jovem Conceição (“o meu bebê salvou minha vida”), que vincula a descoberta da gravidez à do HIV.

Clementina, a primeira jovem que entrevistei, com seu olhar expressivo e sobranceiras arqueadas, regulava-me o tempo inteiro. Por mais que eu tentasse deixá-la confortável durante a entrevista, ela visivelmente não estava. Seu olhar penetrante e muito desconfiado atravessou toda a entrevista, durante a qual ela respondia a todas as perguntas de maneira pontual – o que foi especialmente desafiante, na medida em que se tratava da primeira entrevista da pesquisa.

Após muito conversar com a jovem, identifiquei que, dentre os motivos da desconfiança, o principal deles provavelmente estava relacionado ao fato de que era a primeira vez que entrava em um serviço de saúde desde que descobriu o HIV. Quando tinha 16 anos, fez um teste de HIV na Atenção Básica porque uma amiga contou a ela que o ex-parceiro faleceu de Aids. Quando o exame de Clementina “deu positivo”, ela pegou os antirretrovirais, tomou uma única vez e abandonou o tratamento. Depois, nunca mais foi a “nenhum serviço de saúde”. Ela contou que o

motivo de não procurar mais o médico e não continuar com a TARV por nunca ter sentido nada relacionado ao HIV (“tava boa de saúde”) e não gostou de tomar os medicamentos.

Durante a entrevista, Clementina disse que tinha 20 anos, ou seja, foram quatro anos sem TARV e sem ir ao médico. Porém, após a descoberta da gravidez, sua “mãe e a enfermeira do postinho” convenceram-na a iniciar a TARV e ela, então, foi encaminhada para o serviço da pesquisa. Clementina disse que descobriu que estava grávida um dia antes da primeira consulta. Naquele momento, ficou evidente que, provavelmente, aquela entrevista não foi desafiante somente para mim.

Associei o patente desconforto de Clementina durante a entrevista com o fato de a jovem não conseguir me associar a nenhum profissional de saúde, afinal, ela não frequentava nenhum serviço, como as outras jovens entrevistadas. Ela também estava com a mesma expressão quando estava sendo atendida pela ginecologista no consultório. Em outros momentos, quando entrevistei outras jovens, percebi que nenhuma me vê como igual, por inúmeros motivos – dentre eles, marcadores sociais e capitais simbólicos que nos diferenciam –, mas a forma como me tratavam dava indícios de que me enxergavam como um personagem comum dentro daquele serviço, uma profissional de saúde. Por isso, conseguiam, minimamente, se abrir comigo. Mas Clementina não.

Quando a entrevista terminou, cheguei à conclusão de que, se soubesse da história dela, provavelmente teria optado por não lhe entrevistar naquele dia. Isso porque, em se tratando de sua primeira reaproximação com um serviço de saúde, poderia considerar cansativo (e até mesmo invasivo) já ser bombardeada não só com informações da infectologista, mas também várias perguntas sobre reprodução da minha parte. Questões essas que, inclusive, ela ainda deveria estar tentando entender e para as quais, provavelmente por isso, ainda não tinha muitas respostas. Contudo, apesar de minhas preocupações, ao longo dos seis meses em que estive no hospital, encontrei Clementina diversas vezes no serviço seguindo o seu pré-natal.

A história da jovem Clementina mostra o que as pesquisas sobre reprodução de mulheres que vivem com HIV apontam: mulheres vivendo com HIV/Aids ressignificam a relação com a TARV e a forma de encarar a doença por conta da gravidez (NEVES, 2008), inclusive, muitas mulheres enfrentam melhor o mal-estar provocado pela ingestão do medicamento quando levam em conta o benefício de a

criança não ser infectada (NEVES, 2008). Os relatos sobre a ressignificação foram expressivos: “Acho que eu amadureci mais, mais preocupada com ele, comigo...”.

Levando a discussão para o âmbito da maternagem⁴⁷, parecia ser um consenso entre as jovens que já tinham filhos gostar de exercê-la: “Ah, acho maravilhoso ser mãe, gosto de cuidar dele [filho]”. Entretanto, isso não as impediu de significar os desafios envolvidos no processo de cuidado de uma criança, “são altos e baixos” (Ruth, 21 anos):

“Tipo, é cansativo, é uma rotina muito puxada... O lado ruim é que dá muito estresse. O lado bom é ver aquele rostinho sorrindo pra você todo dia.” (Ruth, 21 anos)

“Todo dia tem um desafio, né, que a gente vai conhecendo nosso filho cada dia mais, mas eu adoro ser mãe. Meus filhos... Primeiramente é meus filhos.” (Bertha, 24 anos)

“Tudo a gente vê nas outras mães e acha que é fácil, mas quando é com a gente, não é. Tudo mesmo...” (Tarsila, 19 anos)

“Eu não sei ser mãe”, foi assim que Teresa, de 16 anos, explicou o que é ser mãe para ela. Nesse caso, a experiência se afirma pela sua negação, ou seja, pelo não saber “cuidar” do filho ou agir de acordo com o que se espera socialmente de uma mãe. Carolina, de 20 anos, grávida do segundo filho, já é mãe de uma menina de dois anos e disse “No caso, minha mãe é como se fosse mãe da minha filha”, pois é a mãe de Carolina que “cuida dela a maior parte do tempo”.

Seguindo esse raciocínio, Nelvo (2017), que visou a entender a reprodução em mulheres jovens que vivem com HIV, também constatou que algumas jovens relataram não se sentirem preparadas para a maternidade. Porém, não se sentir “preparada” fala sobre um modelo de maternar irreal socialmente imposto. Assim como achar “que não sabe ser mãe”, pode, também, evidenciar que elas significam a maternagem como o que esperam delas (FERNANDES, 2017): irresponsabilidade e incapacidade.

⁴⁷ De acordo com Gradwohl et al. (2014, p. 56), “Enquanto a maternidade é tradicionalmente permeada pela relação consanguínea entre mãe e filho, a maternagem é estabelecida no vínculo afetivo do cuidado e acolhimento ao filho por uma mãe”. Ver também: FREIRE, Martha Luna. **Mulheres, mães e médicos**: discurso maternalista no Brasil. Editora FGV 1ª edição. Rio de Janeiro, 2009.

Esse modelo socialmente imposto de maternar “ideal” gera algumas discriminações para as jovens, como aparece na narrativa de Sueli, que relata ser julgada porque deixa a filha aos cuidados de sua mãe para sair com as amigas:

Eu saio bastante, aí deixo minha filha com a minha mãe e saio (...) eu saio, porque minha mãe, né, entende, aí ela deixa eu sair, aí eu deixo o F [filho] com ela... É. Deixo ele com a minha mãe e ela deixa eu sair. Ah, eu saio com as minhas amigas, balada, essas coisas, resenha... Só. (...) As pessoas fala, mas eu nem ligo, que dizer, não gosto... [pausa] mas saio [levanta o ombro]. (Sueli, 18 anos)

Em alguns casos, como o de Luísa de 22 anos, pode se configurar socialmente o que Fernandes (2017) denomina como “mãe abandonante”, gerando ainda mais discriminação: “minha filha mais velha mora com a minha mãe, a do meio mora com minha ex-sogra e a mais novinha mora comigo, que no caso agora voltei pra casa da minha mãe”. A jovem ainda descreve que “tem pessoas que acha que abandonei minhas filhas, mas não abandonei”. Entretanto, os rapazes, geralmente ex-parceiros das jovens, não parecem receber o mesmo tipo de julgamento por não cuidarem dos filhos, pois os papéis socialmente esperado dos homens não os cobram de exercer cuidados paternais: “Tipo assim, a mãe acaba sendo mãe, né, ficar com o bebê... Tipo o pai do meu filho, ele não cuida do F [filho], então, se ele quiser ser pai ou não ser pai, porque pai não é fazer o filho, é cuidar... Se ele não quiser ser pai, não vai ter nenhum tipo de preconceito, né...” (Sueli, 18 anos).

Corroborando a pesquisa de Nelvo (2017), que identificou que a responsabilidade sobre a uma criança recai apenas sobre as jovens mulheres que vivem com HIV, eximindo o parceiro das responsabilidades de divisão dos cuidados, nesta pesquisa o abandono dos filhos por parte dos pais também apareceu de maneira expressiva nas narrativas das jovens: “meus pais que ajudam”, “sou eu pra tudo”, “ele [parceiro] não ajuda em nada, não dá um centavo”. O mesmo se aplica aos cuidados da criança: “Cuidar? Ele não participa muito, não, mas ele só vem aos domingos, aí fica um pouquinho com ele, depois vai embora. Ele tem um outro filho”.

ele falou que o filho não era dele, porque a gente tinha usado camisinha e eu também tinha ido embora... porque eu moro no morro... falou que eu tinha ido embora do morro, que não sei o quê. Aí eu falei, tá bom, F [parceiro], tá bom. Aí depois só acreditou que a filha era dele, depois que a criança nasceu, que nasceu com a cara dele. Aí a ficha dele caiu. (Sueli, 18 anos)

Patrícia: Mas só que ele fala que não é filho dele, porque meu filho é preto.

Pesquisadora: Ele é branco?

Patrícia: E ele é branco [falamos juntas]. Mas eu deixei isso pra lá...

Pesquisadora: Mas ele não assumiu?

Patrícia: Ele registrou, mas assim, ver, pegar um pouquinho, não, entendeu, não faz.

Pesquisadora: E por quanto tempo vocês ficaram juntos?

Patrícia: Muito tempo, uns 2 anos.

Utilizando essas narrativas como ponto de partida, vislumbro uma breve análise com o intuito de desconstruir alguns estereótipos frequentemente ligados às formas de exercer a maternagem, a saber: o vínculo “obrigatório” que a mãe deve ter com seus filhos, instinto materno e a maternidade como “missão” da mulher.

O conhecimento biomédico sempre tentou controlar o corpo feminino. A ideia de “natureza feminina” aparece ao longo da história como um instrumento potente utilizado para que a ciência pudesse citar (e ditar) regras sobre o corpo da mulher (BARBOSA, 1995). Essa hegemonia foi construída secularmente e alterada de acordo com a época, como mostra a pesquisa de Fabíola Rohden (2001). A autora identificou que as produções biomédicas sempre tentaram impor a ideia de curso “natural” das coisas:

Como legítimos tradutores dos desígnios naturais, esses homens de ciência vão se esmerar em tentar garantir que nada prejudique o rumo “natural” dos acontecimentos, que teria como resultado a geração de uma mulher bem preparada para assumir o papel de mãe e esposa e de um homem capaz de ser um provedor competente. É esta concepção, de um destino dado pelo sexo que é “natural” e sem escapatória, mas ao mesmo tempo profundamente preparado (ROHDEN, 2001, p. 15).

No final do século XVIII e início do século XIX, o tema da diferença “natural” entre homens e mulheres ganha maior destaque junto com a especificidade feminina atrelada à maternidade. Especialmente no século XIX, a mulher passa a adquirir maior destaque nas produções médicas e no discurso social, sobretudo em função dos

problemas relacionados à reprodução. Nesse contexto, a obstetrícia já tratava de fenômenos da reprodução na mulher.

A ginecologia também surgiu desse terreno de interesses e está diretamente entrelaçada com o discurso da naturalização. Embora ela trate de problemas relativos à mulher e à reprodução, também desenha parâmetros da diferença entre os sexos (ROHDEN, 2001). É importante destacar que esses discursos baseados na natureza feminina e masculina sempre fizeram parte de um conjunto de temas centrais a partir do qual cada sociedade propõe suas formas de organização social (ROHDEN, 2001).

É possível identificar que uma sociedade patriarcal reforça o discurso da inferioridade “natural” das mulheres. As forças hegemônicas sociais utilizam o discurso que dita que as mulheres “precisam ter filhos porque nasceram para ser” ou “só serão completas sendo mães” porque seu teor facilita o controle sobre a vida das mulheres e a manutenção de privilégios dos homens na sociedade até os tempos atuais.

Voltando à contextualização sócio-histórica, no século XVIII começa um movimento de recomendações sobre a maternidade que indica que as mães devem cuidar pessoalmente dos seus filhos e amamentá-los. O papel de mãe se modifica drasticamente, pois se antes as mães não tinham o hábito de cuidar de seus filhos (entregavam às amas-de-leite e depois aos internatos, como mostram as produções históricas apresentadas por Batinder [1985]), elas passaram a serem incentivadas a exercer o papel de mães, por tempo integral.

É a partir desse processo que começa a surgir o mito do amor materno, por meio do qual a sociedade é convencida de que existe o instinto maternal (BADINTER, 1985). Contudo, esse processo de modificação de consciência deu-se lentamente, visto que levou aproximadamente um século para a construção de uma representação da maternidade como algo que perpassa integralmente a vida cotidiana da mulher que é mãe. Entretanto, esse processo só ocorreu porque houve interesse por parte das mulheres acerca desse novo padrão de maternidade, visto que ele configurava uma oportunidade para que essas mulheres passassem a ter controle sobre os bens materiais da família e sobre seus filhos. Com isso, as mulheres burguesas ganhavam prestígio e, enfim, passariam a ocupar um espaço social importante (BADINTER, 1985). Dessa forma, a posição de mãe integral interessava mais às mães burguesas, na medida em que as mães trabalhadoras e de classes mais desfavorecidas social e

economicamente não tinham o mesmo “privilégio” de se dedicar integralmente à maternidade, pois tinham que trabalhar para ajudar com o orçamento doméstico (BADINTER, 1985).

Para concluir essa seção, destaco a forma como esses aspectos estigmatizadores, como a sexualidade, gravidez (que no imaginário social é “precoce”), misoginia, racismo e HIV se somam no cotidiano dessas mulheres, além de todas as violências estruturais aqui discutidas. Observam-se alguns aspectos singulares atribuídos aos processos reprodutivos, como pensar que não são ou não serão “uma boa mãe” ou achar que são muito novas para ter filhos “engravidai muito nova, engravidai com 14 e tive ele [filho] com 15” (Patrícia, 19 anos).

Eu sofro preconceito toda hora, por eu ter filhos, por eu ser nova, por eu cuidar dos meus filhos sozinha, entendeu? Toda hora, todo dia eu sofro preconceito. Faz piadinha, fala que eu sou doida. (...) Igual eu falei ontem com uma vizinha minha. Ela, “ah, não acredito, você tá grávida de novo?!” Com indignação, sabe? Aí eu falei, mas não se preocupe que não é do seu marido e nem é você que vai sustentar. (Anita, 24 anos).

Os aspectos discutidos até aqui deveriam ser levados em consideração para construção de políticas públicas de saúde. Caso contrário, corre-se o risco de continuar negligenciando direitos e silenciando violências perpetradas às mulheres jovens.

Por fim, destaco que o olhar direcionado às jovens se deu por meio das lentes de Lélia Gonzalez (2020 p. 64), que sinalizou que a “mulher negra anônima” desempenha o papel mais importante em nossa sociedade racista: “Apesar da pobreza, da solidão quanto a um companheiro, da aparente submissão, é ela a portadora da chama da libertação”. Em outras palavras, embora possa parecer que o papel social que são submetidas seja negativa, como a autora destaca, pensando nas opressões que estão sujeitas e as estratégias para sobreviver e resistir as tornam potentes por sua “corajosa capacidade de luta”.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo compreender os significados da reprodução para jovens mulheres vivendo com HIV. Procurei discutir os resultados dos objetivos específicos propostos, a partir de quatro eixos de análise: experiência do adoecimento, sexualidade, relacionamentos e reprodução.

No capítulo II, no qual discorro sobre a experiência do adoecimento e fraturas das violências estruturais, fica evidente que o ocultamento da condição de viver com HIV, incentivado por outras gerações, ainda é a principal forma de evitar o preconceito. O preconceito permanece como uma questão sem muitos avanços desde o início da epidemia. As narrativas mostraram que discriminações são perpetradas de forma específica contra o gênero feminino, o que leva à ocultação do diagnóstico, assim como as pesquisas de mulheres que vivem com HIV já vêm discutindo (MONTEIRO et al, 2016; VILLELA & BARBOSA, 2017). Entretanto, no caso das jovens entrevistadas, elas parecem ainda não ter dimensão do que o estigma da doença pode lhes trazer de discriminação, isto é, no início, quando acontece a descoberta do diagnóstico, elas parecem ainda não compreender o preconceito que está atrelado à doença. Com isso, as gerações mais velhas – sobretudo, mães, madrastas ou avós – têm papel fundamental no aconselhamento de ocultação do diagnóstico, assim como também é elucidado na pesquisa de Agostini et al. (2017).

A pesquisa também aponta como as violências estruturais, que são geracionais, colaboram para a não interrupção da transmissão vertical e sexual do HIV, bem como influenciam a forma como as jovens lidam com a doença e TARV. Os desafios ultrapassam os problemas enfrentados pela doença, na verdade, parecem estar mais relacionados à sobrevivência material e violações de direitos do que a doença em si, pois as narrativas mostram inúmeras situações de violência, abandono e desumanização que as informantes atravessaram em suas jovens trajetórias de vida.

Como a literatura e os Boletins Epidemiológicos vêm apontando, as mulheres negras são particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV devido à convergência de desigualdades: raça, classe, gênero. Entretanto, esta pesquisa levou a contemplar também questões geracionais e territoriais. Nesse sentido, existir enquanto uma mulher negra e jovem, moradora de uma favela e que vive com HIV mostra certos

matizes que não apenas concorrem para barreiras no acesso à saúde, como também inflige cargas específicas de segregação, estigma e abandono. Cargas essas que, embora vividas de forma idiossincrática, também são transmitidas geracionalmente e aprofundadas do ponto de vista territorial. Estabelece-se, assim, um circuito de vulnerabilidade que isola, empobrece e deteriora as condições de vida e saúde de um determinado segmento social (DE MAIO, 2015).

Destaca-se, contudo, a maneira como as violências estruturais limitam a percepção, modificam as formas de atribuir significado às experiências e podem limitar o acesso aos direitos reprodutivos. Apesar de umas serem mais afetadas do que outras, todas sofrem com a condição da dominação de seus corpos. Isso mostra como é contraditória a representação social do corpo feminino (MARTIN, 2006), porém, é importante levar em consideração que as jovens entrevistadas têm agência para enfrentar as mazelas estruturais, o que lhes confere potência enquanto mulheres também produtoras de suas trajetórias, sobretudo nas “escolhas” cotidianas (BERLANT, 2007). Isso se faz notar nos momentos em que elas optam por portar máscaras sociais para evitar violências ou quando decidem não buscar o preservativo na tentativa de evitar possíveis discriminações.

Apesar dos inúmeros desafios que circunscrevem a vida reprodutiva de jovens mulheres que vivem com HIV, não é possível desconsiderar os avanços significativos das políticas e tecnologias biomédicas no âmbito do HIV/Aids. Destaco aqui a dimensão da reprodução de pessoas que vivem com HIV, que ganhou novos contornos com a possibilidade de prevenção da transmissão vertical. Entretanto, esta pesquisa assinalou o que outros estudiosos já vêm apontando (CLARKE et al., 2003; PARKER & AGGLETON, 2003): investir apenas em estratégias de biomedicalização não é suficiente, tanto para prevenção quanto para o tratamento. Fazem-se necessárias mudanças estruturais sociais, como ficou evidente nas narrativas aqui analisadas.

Ficou evidente ainda o desafio de abordar o tema da sexualidade de jovens. As narrativas mostram que a percepção de suas próprias sexualidades conota noções de “pecado”, ou de uma sexualidade errante ou precoce. Isso se estende à prevenção, inibindo a prevenção das jovens. Embora recebam informações sobre prevenção – seja da família, escola ou amigos –, percebe-se que as informações não adiantam se

antes não houver uma desconstrução da ideia de que exercer a sexualidade é condenável, seja por aspectos de gênero ou geracionais.

Os moldes dos relacionamentos também contribuem para a epidemia, visto que nas relações, alguns relacionamentos abusivos são mantidos em nome do “amor”, porque as mulheres podem ser socializadas para “naturalizar” violências masculinas e interpretarem como “prova de amor”. As violências são ainda mais explícitas para jovens que disseram se relacionar com rapazes do tráfico de drogas, dificultando ainda mais a prevenção. Embora as mulheres jovens aqui estudadas raramente dependam da renda masculina, em parte, os relacionamentos afetivo-sexuais são estabelecidos pela cultura da violência. Isso dá destaque à necessidade de pensar a emancipação sexual, rompendo laços de dominação, submissão e poder, principalmente relacionadas às noções de “amor”. Por outro lado, as jovens de TS demonstraram ter dificuldade de manter relacionamentos sérios por medo de ter que contar sobre o diagnóstico quando o não uso do preservativo for solicitado.

Os resultados desta tese também apontaram que as jovens entrevistadas, além de serem desqualificadas por exercerem a sexualidade “precocemente” e viverem com HIV, também sofriam preconceito por serem mães “muito novas”. Essas dinâmicas se intensificavam e se configuravam de uma maneira um pouco diferente da literatura existente sobre mulheres e HIV, já que a condição de “jovens demais” reflete nas sexualidades e reprodução. Ser “muito nova”, “estragar a vida”, “se perder”, “não poder ou não constituir família” emergem como representações que aparentam subverter as noções socialmente impostas de gênero e geração. As narrativas também apresentam um paradoxo: em paralelo às concepções de “sexualidade errante” e “maternidade precoce”, parece existir uma expectativa e/ou tentativa de “proibir” ou “preservar” a sexualidade das jovens por parte dos cuidadores, principalmente de algumas jovens de TV. Contudo, algumas jovens de TS também discutiram sobre isso.

Independentemente das concepções conservadoras de que as jovens, que vivem com HIV ou não, não podem exercer a sexualidade e/ou a reprodução porque são muito novas, os eventos do sexo e da gravidez continuam acontecendo. Por esse motivo, é importante pensar sobre as novas formas de viver a juventude, como se relacionam e exercem a sexualidade e reprodução. É necessário fomentar o debate sobre a autonomia sexual e reprodutiva e opções de escolha para essas jovens. Afinal,

o corpo feminino, jovem e que vive com HIV, também é um corpo político, devendo, portanto, ser livre.

Levando-se em conta a questão dos marcos legais, os direitos reprodutivos visam a garantir escolhas reprodutivas às pessoas. De todo modo, para que essas escolhas efetivamente aconteçam, seria preciso levá-las em consideração quando esses direitos forem acionados.

Ao final desta tese, espero ter conseguido mostrar a relevância de compreender como os aspectos socioculturais influenciam nos significados e práticas reprodutivas. As violências estruturais transbordam nas trajetórias individuais e determinam suas “escolhas” ou, principalmente, em muitos momentos, o não poder de escolha. Em outras palavras, lidamos aqui, ao fim e ao cabo, com existências e corpos marginalizados que são violados peremptória e perniciosamente. E é pela ótica da autonomia e do rompimento com as opressões que espero ter contribuído para que se possa ver e fazer ver o direito de existir e fazer existir dessas mulheres.

9. REFERÊNCIAS

AGOSTINI, Rafael; MAKSUD, Ivia; FRANCO, Tulio. “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. **Saude soc.**, v. 26, n. 2, p. 496-509, 2017.

AGENCE FRANCE-PRESSE. Gravidez na adolescência é uma fábrica de pobres na América Latina, diz ONU. **Isto é**, 11 nov. 2020. Disponível em: <https://istoe.com.br/gravidez-na-adolescencia-e-uma-fabrica-de-pobres-na-america-latina-diz-onu/>. Acesso em. 11 nov. 2020.

ANJOS, Degmar Francisco dos. **Quando três tempos se encontram**: sentidos e ressignificações de jovens vivendo com HIV/Aids. 2012. 309 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina M. Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. IN: RABELO, Miriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. (Org.). **Experiência de doença e narrativas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 171-185.

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, 263-271, 1993.

ALVES, Jaime Amparo. **The Anti-Black City**: Police Terror and Black Urban Life in Brazil. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Código de Ética do Antropólogo e da Antropologia**. Criado na Gestão de 1986/1988 e alterado na Gestão 2011/2012. Disponível em: <http://www.portal.abant.org.br/codigo-de-etica/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

AURELIANO, Waleska de Araújo. As pessoas que as doenças têm: entre o biológico e o biográfico. In: GONÇALVES, Marco Antônio; MARQUES, Roberto e CARDOSO, Vânia Ziká (Orgs.). **Etnobiografia**. Subjetivação e etnografia. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012, 239-261.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde, **Cad. Saúde Pública**, 19, sup. 2, p. S465-S469, 2003.

BAPTISTA, Júlia Gonçalves Barreto. **Cuidado, segredos e revelações**: HIV/Aids na assistência às crianças e adolescentes. 2020. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos) – Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, 2020.

BARBOSA, Regina Maria. 1999. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. São Paulo:

Editora 34/ Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999, p. 73-88.

BARBOSA, Regina Maria. Aids e saúde reprodutiva: velhas e novas questões. In: BARBOSA, Regina Maria (Org.). **Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil**. São Paulo: Family Health International, 1995, p. 17-28.

BARBOSA, R. M; LAGO, Tania di Giacommo do. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, Richard. (Org.). **Políticas, instituições e AIDS: ENFRENTANDO A EPIDEMIA NO BRASIL**. RIO DE JANEIRO: J. ZAHAR, ABIA, 1997, P. 163-175.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BATINDER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1985.

BERTAUX, Daniel. Concepções da narrativa de vida. In: BERTAUX, Daniel. **Narrativas de vida**: a pesquisa e seus métodos. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010, p.47- 52.

BERLANT, Lauren. Slow Death (Sovereignty, Obesity, Lateral Agency). **Critical Inquiry**, v. 33, n. 4, p. 754-780, 2007.

BONET, Octavio. Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir do texto de Richard Parker. In: MONTEIRO, Simone & VILLELA, Wilza (Org.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 47-59.

BONNETTI, Alinne; FLEISHER, Soraya. Introdução. Diário de campo: (Sempre) um experimento etnográfico-literário? In: BONNETTI, Alinne; FLEISHER, Soraya. **Entre saias justas e jogos de cintura**: gênero e etnografia na antropologia brasileira recente. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007, p. 6-30.

BIEHL, João. Antropologia no Campo da Saúde Global. **Horizontes Antropológicos**, n. 35, p. 257-296, 2011.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOURGOIS, Philippe. **In Search of Respect**: Selling Crack In El Barrio. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

BOURDIEU, Pierre. A “Juventude” é apenas uma palavra. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero. P. 112-121. 1983.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bourdieu: Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983^a, p. 46-81.

BOURDIEU, Pierre. Algumas propriedades do campo. In: BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983b, p. 89-94.

BOURDIEU, Pierre. Compreender. In: BOURDIEU, Pierre (Org.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 693-713.

BRANDÃO, Elaine Reis. 2006. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: HEILBORN, Maria Luiza et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**, Rio de Janeiro: Garamond & Fiocruz, 2006, p. 63-94.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE/ MS nº 55, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-55-de-11-de-novembro-de-2020-288057670>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html. Acesso em: 18 nov. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência**. Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para Saúde Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens para a Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Estatuto da Juventude: atos internacionais e normas correlatas**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2013.

BRASIL. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Uma prioridade do governo. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 mai. de 2016.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003 [1990].

BUARQUE DE HOLANDA, Sérgio. **Raízes do Brasil**: Edição Crítica. São Paulo: Editora Companhia de Letras, 2016.

CABRAL, Sergio. **As escolas de samba do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Lumiar, 1996.

CARSON, Fiona. Feminism and the body. In: GAMBLE, Sarah (Org.). **The Routledge Companion of Feminism and Postfeminism**. London & New York: Routledge, 2006, p. 94-102.

CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de Castilho. **Gênero**. Disponível em: <<http://escola.mpu.mp.br/dicionario/tiki-index.php?page=G%C3%AAnero>>. Acesso em: 3 jan. 2021.

CALAZANS, Gabriela Junqueira. **O discurso acadêmico sobre gravidez na adolescência**: uma produção ideológica? 2000. 326 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

CARDIM, Mariana Gomes; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Adolescentes como sujeitos de pesquisa: a utilização do genograma como apoio para a história de vida. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 44, p. 133-143, 2013.

CARRARA, Sergio; MORAES, Claudia. Um mal de folhetim. **Comunicações ISER**, v. 4, n. 17, p. 20-26, 1985.

CARVALHO, Simone; OROSKI, Graciele. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, p. 157-163, 2011.

RISCADO, Liana Carvalho et al. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016.

CASTELLANOS, Marcelo. **Adoecimento crônico infantil**: um estudo das narrativas familiares. São Bernardo do Campo: Hucitec Editora Cesco, 2011.

COHN, Amélia. Ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Saude soc.**, v. 22, n. 1, p. 15-20, 2013.

COHN, Amélia. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. **Saude soc.**, v. 1, n. 2, p. 97-109, 1992.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Intersectionality**. Cambridge: John Wiley & sons, 2016.

CONNELL, Raewyn. **Masculinities**. Berkeley: University of California Press, 2005.

Corrêa, Mariza. Bourdieu e o sexo da dominação. **Revista Novos Estudos**, n. 54, p. 43-53, 1999.

CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

CRUZ, Maria Letícia Santos. **Crianças e adolescentes vivendo com HIV em acompanhamento em serviços brasileiros**: análise dos fatores de vulnerabilidade na adesão ao tratamento antirretroviral. 2015. 128 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

CUNHA, Claudia Carneiro da. Os muitos reverses de uma "sexualidade soropositiva": o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, n. 10, p. 70-99, 2012.

CUNHA, Juliana Blasi. Deus me livre! Vou rezar muito e pedir para não cair nesse Cantagalo”: negociações e conflitos em jogo no processo de implementação de políticas públicas em uma favela da cidade do Rio de Janeiro. **Mosaico**, v. 5, n. 8, 2014.

CUNHA, Juliana Blasi. Breves reflexões metodológicas sobre trabalho de campo em uma favela carioca. **Terceiro Milênio**: Revista Crítica de Sociologia e Política, v. 3, n. 2, 2014.

DA MATTA, Roberto. O ofício do etnólogo, ou como ter ‘Anthropological Blues’. **Boletim do Museu Nacional**: Antropologia, n. 27, p. 1-12, 1978.

DE MAIO, Fernando. (2015) Paul Farmer: Structural Violence and the Embodiment of Inequality. In: COLLYER, Fran. (Org.). **The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine**. Londres: Palgrave Macmillan, 2015, p. 675-690.

DINIZ, Debora. Aborto e saúde pública no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, 2007.

DINIZ, Debora. **Cadeia: relatos sobre mulheres**. 1.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, 2012.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DOUGLAS, Mary. **How Institutions Think**. New York: Syracuse University Press, 1987.

DURHAM, Meenakshi Gigi. **O efeito Lolita**: a sexualização das adolescentes pela mídia, e o que podemos fazer diante disso. São Paulo: Larousse do Brasil, 2009.

DU BOIS, William Edward Burghardt. Chapters XV and XVI. In: DU BOIS, William Edward Burghardt. **Black Reconstruction**: An Essay Toward a History of the Part Which Black Folk Played in the Attempt to Reconstruct Democracy in America, 1860-1880. Oxford: Oxford University Press, 2014 [1935], p. 637-710.

EDMUNDO, Kátia et al. HIV vulnerability in a shantytown: the impact of a territorial intervention, Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, supl. 2, p. 127-134, 2007.

EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. **Witches, midwives and nurses**: a history of women healers. 2ª edição. New York: Feminist Press, 2010

Elias, Norbert. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. **Os estabelecidos e os Outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FANON, Frantz. **The Wretched Of the Earth**. New York: Grove Press, 2005 [1963].

FARMER, Paul. 'An Anthropology of Structural Violence'. **Current Anthropology**, v. 45, n. 3, p. 305-325, 2004.

FERRARA, Andrea Paula. **Orfandade e Estigma**: vivências de jovens órfãos em decorrência da aids. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FERNANDES, Ariene Alexandra. **“É racismo que está aqui, e é isso que vai pautar até o fim”**: o ativismo de mulheres negras sobre violência obstétrica. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2020.

FERNANDES, Camila. **Figuras da causação**: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de Estado. 2017. 250 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, Rio de Janeiro, 2017.

FERNANDES, Florestan. 1965. **A integração do negro na sociedade de classes** (volumes I e II). São Paulo: Dominus Editora, 1965.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; GOMES, Romeu. Prevenção da AIDS no período de iniciação sexual: aspectos da dimensão simbólica das condutas de homens jovens. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3311-3322, 2012.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra**. Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2ª edição. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2000.

FOOTE WHYTE, William. **Sociedade de Esquina**: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FOOTE-WHYTE, W. Treinando a observação participante. In: ZALUAR, Alba. (Org). **Desvendando máscaras sociais**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1990, 74-86.

FRAGA, Livia dos Santos. **A Aids no contexto de relações heterossexuais: decisões e práticas preventivas entre casais grávidos vivendo com HIV**. 2019. 139 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

FRANCH, Mónica. 2008. **Tempos, contratempos e passatempos**: um estudo sobre práticas e sentidos do tempo entre jovens de grupos populares do Grande Recife. 2008. 298 f. Tese (Doutorado em Antropologia e Sociologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Rio de Janeiro, 2008.

GALLEGO, Esther Sollano. La Bolsonaroización de Brasil. **Documentos de Trabajo IELAT**, n. 121, 2019.

GALLEGO, Esther Sollano. Crise da democracia e extremismo de direita. **Friedrich Eberto Stiftung**. Análise nº 42/2018.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 64-89.

GILMORE, Ruth Wilson. Fatal Couplings of Power and Difference: Notes on Racism and Geography. **The Professional Geographer**, v. 54, n. 1, p. 15-24, 2002.

GOES, Emanuelle. **Racismo científico, definindo humanidade de negras e negros**. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/?id=9d545e7987ad746ee41488948cd76b11>. Acesso em: 14 jan 2021.

Gonzalez, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios intervenções e diálogos. 1ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

GOFFMANN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito; MINAYO, MCS. O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em ciências sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas. **Physis**, v. 23, n. 3, p. 763- 782, 2013.

GROPPO, Luisa Antonio. **Juventude**: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas. Lisboa: Difel, 2000.

HALL, Stuart. Race, articulation and societies structured in dominance. In: UNESCO. **Sociological Theories**: Race and Colonialism. Paris: UNESCO 1980, p. 305-345.

HARDON, Anita; POSEL, Deborah. Secrecy as embodied practice: beyond the confessional imperative. **Culture, Health & Sexuality**, v. 14, S1, p. 1-13, 2012.

HAMDY, Sherine. When the state and your kidneys fail: Political etiologies in an Egyptian dialysis ward. **American Ethnologist**, v. 35, n. 4, p. 553-569, 2008.

HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias: Biografias Juvenis. In: HEILBORN, Maria Luiza et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond & Fiocruz, 2006, p. 30-58.

HIRSCH, Jennifer. Desire Across Borders: Markets, Migration, and Marital HIV Risk in Rural Mexico. **Culture, Health and Sexuality**, v. 17, S1, 20-33, 2015.

HIRSCH, Jennifer. Gender, sexuality, and antiretroviral therapy: using social Science to enhance outcomes and inform secondary prevention strategies. **AIDS**, v. 21, S5, S21-S29, 2007.

HUGUET, Claudio Ribeiro. 2005. **Adolescentes pobres e o tráfico de drogas em favelas do Rio de Janeiro**: aproximação sociológica e psicanalítica ao problema. 2005. 349 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

HUNTER, Mark. 2010. **Love In The Time of AIDS**. Inequality, Gender And Rights In South Africa. Bloomington: Indiana University Press, 2010.

JANNOTTI, Claudia Bonan; SEQUEIRA, Ana Lúcia Tiziano; SILVA, Katia Silveira da. Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate**, v. 3, n. 75/76/77, p. 25-33, 2007.

KALIL, Irene Rocha; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Protagonista da amamentação ou instrumento da política de saúde infantil?: a enunciação da mulher nos materiais

oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno. **Saude soc.**, v. 25, n. 1, p. 31-42, 2016.

KNAUTH, Daniela Riva et al. As Trajetórias Afetivo-Sexuais: Encontros, Uniões e Separação. IN: HEILBORN, Maria Luiza et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p. 267-307.

KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da Identidade entre Mulheres Portadoras do Vírus da AIDS. **Estudos Feministas**, v. 5, n. 2, p. 291-301, 1997.

KAUFFMAN, Jean-Claude. **A Entrevista Compreensiva** - Um Guia Para Pesquisa de Campo. Petrópolis: Vozes, 2015.

LEAL, Andréa Fachel; KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza. A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre os homens. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.18, supl. 1, p. 143-155, 2015.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O totemismo hoje**. São Paulo: Edições 70, 1986.

SILVA, Márcia Regina de Lima; RIOS, Flavia; FRANÇA, Danilo. Articulando gênero e raça: a participação das mulheres negras no mercado de trabalho (1995-2009). In: **Dossiê mulheres negras**: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil [S.l: s.n.], 2013.

SIMMEL, G. The Sociology of Secrecy and of Secret Societies. **American Journal of Sociology** 11, 4: 441-498, 1906.

LIMA, Vinícius Maurício de. **Jovens vivendo com HIV e AIDS, vínculos e sexualidade uma etnografia em uma policlínica do município do Rio de Janeiro**. 2015. 96f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2015

LOCK, Margaret. **Encounters with Aging**: Mythologies of Menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press, 1993.

LOVEMAN, Mara; MUNIZ, Jeronimo; BAILEY, Stanley. 2012. Brazil in black and white? Race categories, the census, and the study of inequality. **Ethnic and Racial Studies**, v. 35, n. 8, p. 1466-1483, 2012.

LUZ, Madel Therezinha. Especificidade da Contribuição dos Saberes e Práticas das Ciências Sociais e Humanas para Saúde. **Saúde Soc.**, v. 20, n.1, p 22-31, 2011.

MAKSUD, Ivia. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. **Physis**, v. 24, n. 1, p. 311-321, 2014.

MAKSUD, Ivia. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. **Physis**, v. 19, n. 2, p. 349-369, 2009.

MAKSUD, Ivia. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1196-1204, 2012.

MASCARO, Alysson Leandro. In: PAULO NETTO, José (Org.). **Marx: a criação destruidora**. IV Curso livre Marx Engels. São Paulo: Boitempo, 2013, p. 15-19.

MATTOS, Ruben Araujo de. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, P. 45-59.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. Maringá: EDUEM, 2003.

MEYER, Dagmar; FELIX, Jeane. "Entre o ser e o querer ser...": jovens soropositivos(as), projetos de vida e educação. **Educ. rev.**, v. 30, n. 2, p. 181-206, 2014.

MONTEIRO, Simone. **Qual Prevenção? Aids, sexualidade, gênero em uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e180410, 2019.

MONTEIRO, Simone et al. The dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 12, e00122215, 2016.

MONTEIRO, Simone et al. A Produção Acadêmica Recente sobre Estigma, Discriminação, Saúde e Aids no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, pp. 61-80.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza; SOARES, Priscilla. The interaction between axes of inequality in studies on discrimination, stigma and HIV/AIDS: Contributions to the recent international literature. **Global Public Health**, 2013.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

NELVO, Romário Vieira. **Tecendo Narrativas e Emoções**: Uma etnografia sobre trajetórias de mulheres com HIV/aids. 2017. 165 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

NEVES, Maria da Graça Camargo. **Adolescentes Infectados por Transmissão Vertical**: percepções sobre o exercício da sexualidade. 2008. 140 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

NICHTER, Mark. The Social Relations of Therapy Management. In: NICHTER, Mark; LOCK, Margareth (Org.). **New Horizons in Medical Anthropology**: Essays in Honour of Charles Leslie. New York: Routledge, 2002, p. 81-110.

NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. **Lolita**: literatura e transgressão. 2012. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, Jane Souto de; MARCIER, Maria Hortense. 1998. A palavra é: favela. In: ZALUAR, Alba; ALVITO, Marcos (Org.). **Um século de favela**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1988, p. 68-113.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean**. Washington: PAHO; UNFPA; UNICEF, 2017.

PAIVA, Vera et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1609-1619, 2002.

PAIVA, Vera et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4199-4210, 2011.

PAIM, Betina Soldateli; SILVA, Ana Carolina Pio da; LABREA, Maria da Graça Alves. Amamentação e HIV/AIDS: uma revisão. **Boletim da Saúde**, v. 22, n.1, p. 67-74, 2008.

PAIS, José Machado. **Culturas Juvenis**. 2ª edição. Lisboa: Imprensa Nacional & Casa da Moeda, 2003.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**, v. 57, n.1, p. 13-24, 2003.

PARKER, Richard. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, Simone Villela, WILZA. (Org.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p.25-46.

PARKER, Richard; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de Camargo. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, S1, p. S89-S102, 2000.

PARKER, Richard. **O Fim da Aids?**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinas de AIDS (ABIA), 2015.

PARKER, Richard. Sexuality, Culture, and Power in HIV/Aids Research. **Annual Review of Anthropology**, v. 30, p. 163-179, 2001.

PAULO NETTO, José (Org.). **Marx: a criação destruidora**. IV Curso livre Marx Engels. São Paulo: Boitempo, 2013.

PELÚCIO, Larissa. Ativismo Soropositivo: A politização da AIDS. **Ilha Revista de Antropologia**, v. 9, n. 1, p.119-141, 2007.

PINHO, Adriana de Araujo et al. Aborto entre mulheres vivendo e não vivendo com HIV/AIDS usuárias de serviços públicos de saúde no município de São Paulo: prevalência, contextos e motivos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 19, n. 4, p. 837-849, 2019.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte: Letramento, 2017.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro. 2ª edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SAAD, Maria Amelia Pedro. **A trama das mulheres invisíveis: Análise da Abordagem do Femicídio Íntimo no Jornalismo Popular**. 2018. 153 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ.

SAHLINS, Marshall. **Metáforas históricas e realidades míticas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

SANTOS, Naila et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. s321-s333, 2009.

SARMENTO, Alexandre Guilherme Motta. **O estigma de ser um adolescente vivendo com HIV/aids**. 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SCAVONE, Lucila. Estudos de gênero: uma sociologia feminista?. **Revista Estudos Feministas**, v.16, n.1, p.173-186, 2008.

SCIAROTTA, Daniely. **O uso de preservativo na população de 15 a 24 anos no Município de São Paulo**. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Católica de Santos, Santos, SP.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Editora: Companhia das Letras. 2000.

SERRANO, Álvaro; NATARENO, Guadalupe. **El impacto socioeconómico del embarazo en la adolescência representa 1,242 millones de dólares o 0.35% del PIB anual para seis países da América Latina**. Disponível em: <<https://lac.unfpa.org/es/news/el-impacto-socioecon%C3%B3mico-del-embarazo-en-la-adolescencia-representa-1242-millones-de-d%C3%B3lares-o>> Acesso em: 17 nov. 2020.

SILVA, Fernando Guimarães Oliveira; OLIVEIRA, Márcio de; MAIO, Eliane Rose. Emancipar ou naturalizar? Pedofilização e educação sexual a partir da problematização das novinhas. **Revista Inter Ação**, v. 42 n. 3, 674–691, 2017.

SILVA, Cristiane Gonçalves et al. Religiosidade, Juventude e Sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 4, p. 683-692, 2008.

SILVA, Daniela Aparecida Cardoso da. **Considerações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens que nasceram com HIV em tratamento em um ambulatório especializado em HIV/aids na cidade de São Paulo**. 2014. 102 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, Leonara Maria. **O HIV às vezes me assombra: Narrativas online de mulheres jovens vivendo com HIV/aids acerca das suas relações afetivo-sexuais** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SILVEIRA, Paloma Silva. **Experiências de abortos provocados de mulheres e homens de estratos sociais médios no Nordeste brasileiro**. 2014. 155 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SILVEIRA, Amanda Braga. **Comunicação pública e campanhas de aleitamento materno: representações da mulher-mãe materializadas na/pela Cartilha para mulher trabalhadora que amamenta do Ministério da Saúde**. 2018. 131 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

SOUZA, Luiza Cosendey. **Expectativas de gestantes adolescentes relacionadas à assistência no pré-natal e parto**. 2018. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

SOUZA, Pedro Gomes Almeida de et al. Perfil Socioeconômico e Racial de Estudantes de Medicina em uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. **Rev. bras. educ. med.**, v. 44, n. 3, e090, 2020.

STARRS, Ann et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. **The Lancet**, v. 391, n. 10140, p. 2642-2692, 2018.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Ambitious Treatment Targets: writing the final chapter of the AIDS epidemic (2014)**. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2670_UNAIDS_Treatment_Targets_en.pdf. Acesso em: 25 mai. 2020.

UNAIDS. **Ending AIDS Progress towards the 90–90–90 targets (2017)**. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf. Acesso em: 25 mai. 2020.

UNAIDS; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report Women and Girls and HIV**. Geneva: WHO, 2020.

VELHO, Gilberto. Ciências sociais e biografia individual. **Estudos Históricos**, n. 38, p. 3-9, 2006.

VARGAS, João. When a favela dared to become a gated condominium: the politics of race and urban space in Rio de Janeiro. **Latin American Perspectives**, v. 33, n. 4, p. 49-81, 2006.

VIDAL, Eglídia Carla Figueiredo. Reprodução e sexualidade de pessoas que (con)vivem com HIV/AIDS : uma abordagem humanística. 2008. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

VICTORA, Ceres Gomes. Uma Ciência Replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde Soc.**, v. 20, n.1, p.104-112, 2011.

VILLELA, Wilza; BARBOSA, Maria Regina. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017.

VONK, Angélica Cristina Roza Pereira; BONAN, Claudia; SILVA, Kátia Silveira da. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1795-1807, 2013.

WILLADINO, Raquel; NASCIMENTO, Rodrigo Costa do; SILVA, Jailson de Souza e. **Novas configurações das redes criminosas após a implantação das UPPs**. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2018.

ZALUAR, Alba; ALVITO, Marcos (Org.). **Um século de favela**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1988.

ANEXO A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

Dados sociodemográfico

Idade / Sexo/Gênero / Cor/Raça/ Escolaridade/ Ocupação / Renda / Moradia / Estado Civil / Religião

BLOCO I – Experiência da doença

O que é para você ser uma jovem que vive com HIV? (Explorar trajetória, diagnóstico, via de transmissão, acesso a serviço de saúde, tratamento, relacionamentos, sexualidade).

BLOCO II – Sentidos e significados relativos à reprodução

Explorar os sentidos e significados relativos a possíveis projetos reprodutivos e/ ou experiência da reprodução, estigma. Você pretende / tem vontade / planeja ser mãe? Poderia falar mais sobre isso? Me conte como foi a experiência de ser mãe. (Explorar acesso à informação, acesso ao serviço de saúde, compreensão acerca dos direitos reprodutivos, gestão do cuidado do/a filho/a)

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Versão 02 – 04/05/2019

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DE 18 A 24 ANOS

Titulo da Pesquisa: Juventude feminina e HIV/AIDS: reprodução em foco.

Pesquisadoras e contato:

Pesquisadora Principal: Profa. Dra. Ivnia Maksud/ E-mail: ivnia.maksud@iff.fiocruz.com.br/ Tel:(21)2554-1730.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz - Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro – RJ/ Tel: (21)2554-1700 - Fax: (21)2553-6730.

Pesquisadora Assistente e Doutoranda: Daniely Sciarotta de Araujo / E-mail: dany.sciarotta@gmail.com / Tel: (21) 97936-9925.

Pesquisadora Assistente: [REDACTED]

Nome do sujeito de pesquisa: _____

Você está sendo convidada a participar, voluntariamente, da pesquisa “Juventude Feminina e HIV/Aids: reprodução em foco”, tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira.

Leia com atenção todas as informações antes de concordar:

- 1) Este estudo tem por objetivo principal compreender os sentidos e significados acerca da reprodução na perspectiva de jovens mulheres vivendo com HIV.
- 2) Você foi escolhida por se enquadrar no público alvo da pesquisa: jovens mulheres com idade entre 16 e 24 anos que vivem com HIV. Mas a participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A pesquisadora principal deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ela julgar necessário para o seu bem-estar.
- 3) Você será entrevistada sobre os temas de HIV/Aids e reprodução. A metodologia utilizada é a entrevista baseada em roteiro semiestruturado, ou seja, através de assuntos escritos em um papel, a pesquisadora fará perguntas sobre você em relação ao HIV e reprodução. A entrevista dura aproximadamente 30 minutos e será realizada no mesmo dia do seu atendimento no [REDACTED]

As entrevistas serão gravadas em áudio. Os áudios serão destruídos.

Os resultados poderão ser publicados posteriormente em revistas científicas. A pesquisadora também realizará observação participante no serviço de saúde, ou seja, você encontrará a pesquisadora observando a rotina das jovens dentro do [REDACTED] pelo período de 01 ano. A observação participante consiste em conhecer a estrutura física, a dinâmica de atendimento do [REDACTED] e iniciar aproximações com as jovens por meio de conversas nos ambientes do ambulatório.

1

Rubrica Participante da Pesquisa: _____

Rubrica Pesquisadora que obtive o termo: _____ Rubrica Pesquisadora Principal: _____



- 4) Há garantia da privacidade. Sua identidade será mantida em segredo (sigilo). A equipe de pesquisa se compromete em manter sigilo, anonimato e confidencialidade das questões expostas nas entrevistas. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Quanto aos riscos mínimos, a pesquisa não apresenta riscos diretos à você. Como riscos indiretos, as perguntas podem gerar algum desconforto, mas você pode optar por não responder.
- 5) Não há benefícios diretos para as participantes da pesquisa. Os benefícios indiretos relacionados a esta pesquisa são que os resultados poderão beneficiar pessoas que vivem com HIV/aids, à medida que também poderão ser compartilhados com o Ministério da Saúde, ONG/AIDS e participantes da pesquisa.
- 6) Você receberá uma cópia idêntica deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinadas pelas pesquisadoras do estudo.
- 7) A sua participação neste estudo não implicará em custos, ou seja, você não terá qualquer despesa com a participação neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Os Comitês de Ética em Pesquisa servem para avaliar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e demais providências necessárias, através do e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br, ou dos telefones: (21) 2554-1730/fax: (21) 2552-8491.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do [REDACTED] também se encontra à disposição através do telefone: (21) [REDACTED]

"Eu, _____
concordo em participar desse estudo.

Li, entendi todo o conteúdo deste termo de consentimento, fui devidamente esclarecida e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Pesquisadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

Pesquisadora Principal: Dra. Ivina Maksud

Assinatura _____



Versão 02 - 04/05/2019

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES
DE 16 E 17 ANOS**

Título da Pesquisa: Juventude feminina e HIV/AIDS: reprodução em foco.

Pesquisadoras e contato:

Pesquisadora Principal: Profa. Dra. Ivya Maksud/ E-mail: ivya.maksud@iff.fiocruz.com.br/ Tel: (21)2554-1730.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz - Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro - RJ/ Tel: (21)2554-1700 - Fax: (21)2553-6730.

Pesquisadora Assistente e Doutoranda: Daniely Sciarotta de Araujo / E-mail: dany.sciarotta@gmail.com / Tel: (21) 97936-9925.

Pesquisadora Assistente: [REDACTED]

Nome do sujeito de pesquisa: _____

Você está sendo convidada a participar, voluntariamente, da pesquisa "Juventude Feminina e HIV/AIDS: reprodução em foco", tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira.

Leia com atenção todas as informações antes de concordar:

- 1) Este estudo tem por objetivo principal compreender os sentidos e significados acerca da reprodução na perspectiva de jovens mulheres vivendo com HIV.
- 2) Você foi escolhida por se enquadrar no público alvo da pesquisa: jovens mulheres com idade entre 16 e 24 anos que vivem com HIV. Mas a participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A pesquisadora principal deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ela julgar necessário para o seu bem-estar.
- 3) Você será entrevistada sobre os temas de HIV/AIDS e reprodução. A metodologia utilizada é a entrevista baseada em roteiro semiestruturado, ou seja, através de assuntos escritos em um papel, a pesquisadora fará perguntas sobre você em relação ao HIV e reprodução.

A entrevista dura aproximadamente 30 minutos e será realizada no mesmo dia do seu atendimento no [REDACTED]

[REDACTED] As entrevistas serão gravadas em áudio. Os áudios serão destruídos.

Os resultados poderão ser publicados posteriormente em revistas científicas. A pesquisadora também realizará observação participante no serviço de saúde, ou seja, você encontrará a pesquisadora observando a rotina das jovens dentro do [REDACTED] pelo período de 01 ano. A observação participante consiste em conhecer a estrutura física, a dinâmica de atendimento do [REDACTED] e iniciar aproximações com as jovens por meio de conversas nos ambientes do ambulatório.

Rubrica Participante da Pesquisa: _____ Rubrica Responsável Legal: _____

Rubrica Pesquisadora que obteve o termo: _____ Rubrica Pesquisadora Principal: _____



- 4) Há garantia da privacidade. Sua identidade será mantida em segredo (sigilo). A equipe de pesquisa se compromete em manter sigilo, anonimato e confidencialidade das questões expostas nas entrevistas. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Quanto aos riscos mínimos, a pesquisa não apresenta riscos diretos a você. Como riscos indiretos, as perguntas podem gerar algum desconforto, mas você pode optar por não responder.
- 5) Não há benefícios diretos para as participantes da pesquisa. Os benefícios indiretos relacionados a esta pesquisa são que os resultados poderão beneficiar pessoas que vivem com HIV/aids, à medida que também poderão ser compartilhados com o Ministério da Saúde, ONG/AIDS, participantes da pesquisa e seus pais ou responsáveis legais.
- 6) Você receberá uma cópia idêntica deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinadas pelas pesquisadoras do estudo.
- 7) A sua participação neste estudo não implicará em custos, ou seja, você não terá qualquer despesa com a participação neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Os Comitês de Ética em Pesquisa servem para avaliar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e demais providências necessárias, através do e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br, ou dos telefones: (21) 2554-1730/fax: (21) 2552-8491.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) [redacted] também se encontra à disposição através do telefone: (21) [redacted]

"Eu, _____,
concordo em participar desse estudo.

Li, entendi todo o conteúdo deste termo de assentimento, fui devidamente esclarecida e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Nome do Responsável _____

Assinatura do Responsável _____

Pesquisadora que obteve o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

Pesquisadora Principal: Dra. Ivin Maksud

Assinatura _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Versão 02 - 04/05/2019

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS E
RESPONSÁVEIS LEGAIS.**

Titulo da Pesquisa: Juventude feminina e HIV/AIDS: reprodução em foco.

Pesquisadoras e contato:

Pesquisadora Principal: Profa. Dra. Ivia Maksud/ E-mail:
ivia.maksud@iff.fiocruz.com.br/ Tel:(21)2554-1730.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
- IFF/Fiocruz - Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro - RJ/ Tel: (21)2554-
1700 - Fax: (21)2553-6730.

Pesquisadora Assistente e Doutoranda: Daniely Sciarotta de Araujo / E-mail:
dany.sciarotta@gmail.com / Tel: (21) 97936-9925.

Pesquisadora Assistente: [REDACTED] / E-mail:
[REDACTED] / Telefone: [REDACTED]

Nome do sujeito de pesquisa: _____

Pedimos autorização para a participação voluntária da sua dependente legal na pesquisa "Juventude Feminina e HIV/Aids: reprodução em foco", tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira. A pesquisa tem como objetivo compreender os sentidos e significados acerca da reprodução na perspectiva de jovens mulheres vivendo com HIV.

- 1) Este estudo tem por objetivo principal compreender os sentidos e significados acerca da reprodução na perspectiva de jovens mulheres vivendo com HIV.
- 2) Ela foi escolhida por se enquadrar no público alvo da pesquisa: jovens mulheres com idade entre 16 e 24 anos que vivem com HIV. Mas a participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá retirar sua autorização, encerrando assim a participação de sua dependente legal. A pesquisadora principal deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ela julgar necessário para o seu bem-estar.
- 3) Sua dependente legal será entrevistada sobre os temas de HIV/Aids e reprodução. A metodologia utilizada é a entrevista baseada em roteiro semiestruturado, ou seja, através de assuntos escritos em um papel, a pesquisadora fará perguntas sobre para sua dependente legal em relação ao HIV e reprodução. A entrevista dura aproximadamente 30 minutos e será realizada no mesmo dia do seu atendimento no [REDACTED]. As entrevistas serão gravadas em áudio. Os áudios serão destruídos. Os resultados poderão ser publicados posteriormente em revistas científicas. A pesquisadora também realizará observação participante no serviço de saúde, ou seja, você encontrará a pesquisadora observando a rotina das jovens dentro do [REDACTED] pelo período de 01 ano. A observação participante consiste em conhecer a estrutura física, a dinâmica de atendimento do [REDACTED] e iniciar aproximações com as jovens por meio de conversas nos ambientes do ambulatório.

1

Rubrica Responsável Legal: _____

Rubrica Pesquisadora que obteve o termo: _____

Rubrica Pesquisadora Principal: _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

- 4) Há garantia da privacidade. A identidade de sua dependente legal será mantida em segredo (sigilo). A equipe de pesquisa se compromete em manter sigilo, anonimato e confidencialidade das questões expostas nas entrevistas. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem a identificação de sua dependente legal. Quanto aos riscos mínimos, a pesquisa não apresenta riscos diretos à ela. Como riscos indiretos, as perguntas podem gerar algum desconforto, mas ela pode optar por não responder.
- 5) Não há benefícios diretos para as participantes da pesquisa. Os benefícios indiretos relacionados a esta pesquisa são que os resultados poderão beneficiar pessoas que vivem com HIV/aids, à medida que também poderão ser compartilhados com o Ministério da Saúde, ONG/AIDS, participantes da pesquisa e seus pais ou responsáveis legais.
- 6) Você receberá uma cópia idêntica deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinadas pelas pesquisadoras do estudo.
- 7) A participação de sua dependente legal neste estudo não implicará em custos, ou seja, não terá qualquer despesa com a participação neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação.

Os Comitês de Ética em Pesquisa servem para avaliar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e demais providências necessárias, através do e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br, ou dos telefones: (21) 2554-1730/fax: (21) 2552-8491.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de [REDACTED] também se encontra à disposição através do telefone: (21) [REDACTED]

"Eu, _____,
responsável por _____, autorizo a
participação dela no estudo.

Li, entendi todo o conteúdo deste termo de consentimento, fui devidamente esclarecido(a)
e autorizo a participação de minha dependente legal.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Pesquisadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pais e
Responsáveis Legais

Nome _____

Assinatura _____

Pesquisadora Principal: Dra. Ivya Maksud

Assinatura _____

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL FEDERAL DOS
SERVIDORES DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO/HFSE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Juventude feminina e HIV/Aids: reprodução em foco

Pesquisador: Ivia Maksud

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04723118.0.3001.5252

Instituição Proponente: Hospital dos Servidores do Estado/RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.339.868

Apresentação do Projeto:

Trata-se das respostas das pendências contidas no Parecer Consubstanciado do CEP-HFSE, nº 3.262.395, datado de 12.04.19.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa encontram-se estabelecidos no Parecer Consubstanciado do CEP-HFSE, nº 3.262.395, datado de 12.04.19, que coloca o projeto de pesquisa em situação de pendência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios encontra-se estabelecida no Parecer Consubstanciado do CEP-HFSE, nº 3.262.395, datado de 12.04.19, que coloca o projeto de pesquisa em situação de pendência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os comentários e considerações sobre a pesquisa encontram-se estabelecidos no Parecer Consubstanciado do CEP-HFSE, nº 3.262.395, datado de 12.04.19, que coloca o projeto de pesquisa em situação de pendência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As considerações sobre os termos de apresentação obrigatória encontram-se estabelecidas no Parecer Consubstanciado do CEP-HFSE, nº 3.262.395, datado de 12.04.19, que coloca o projeto de pesquisa em situação de pendência.

As pendências foram as seguintes:

Endereço: Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios
Bairro: Saúde **CEP:** 20.221-903
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2291-3131 **Fax:** (21)2233-9503 **E-mail:** cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

HOSPITAL FEDERAL DOS
SERVIDORES DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO/HFSE



Continuação do Parecer: 3.339.888

Pendência 1- o TCLE para pais e responsáveis legais que deverá ser adequado nos seguintes itens: a) Convite de participação na pesquisa (primeiro parágrafo) onde se lê: "Pedimos autorização para participação voluntária de sua dependente...", seja acrescentada a palavra "legal" ou seja: "Pedimos autorização para participação voluntária de sua dependente legal"; b) no item 2 do TCLE deverá ser corrigido a seguinte frase: "A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar sua autorização." Recomenda-se: "A qualquer momento você poderá retirar sua autorização, encerrando assim a participação da sua dependente legal"; c) no item 3 do TCLE a palavra "jovem" deve ser substituída por dependente legal e deverá ser explicado com mais detalhes sobre a "observação participante" – o participante da pesquisa e seu responsável legal deverão saber de todos os procedimentos detalhados sobre a pesquisa; d) no item 4 do TCLE em relação aos riscos, obedecendo ao disposto no Capítulo IV, Art. 21 da resolução 510/16 do CNS, a pesquisadora deverá graduar nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado, considerando sua magnitude em função de características e circunstâncias do projeto; e) no item 5 do TCLE, onde se lê: "... poderão ser compartilhados com o Ministério da Saúde e ONG/AIDS deverá ser incluído os participantes da pesquisa e seus pais e responsáveis legais (retorno de resultados); f) no item 6 do TCLE a palavra documento deverá ser substituída pela palavra termo de consentimento - TCLE; g) no final do termo deve ser declarado que o responsável legal se considera esclarecido e autoriza a participação de sua dependente legal; h) o campo de rubrica do responsável pela jovem, deve ter a palavra "legal"; i) no campo de assinatura do pesquisador responsável pela obtenção do TCLE a palavra investigador deve ser substituída por pesquisador; e j) em todo documento a palavra jovem deverá ser substituída por dependente legal. RESPOSTA: A pesquisadora apresenta a versão 2.0 do TCLE para pais e responsáveis legais onde atende todos os itens solicitados. Pendência atendida.

Pendência 2 – o TCLE para participantes de 18 a 24 anos que deverá ser adequado nos seguintes itens: a) item 3 do TCLE deverá ser explicado com mais detalhes sobre a "observação participante" – o participante da pesquisa deverá saber de todos os procedimentos detalhados sobre a sua participação na pesquisa; b) no item 5 do TCLE, onde se lê: "... poderão ser compartilhados com o Ministério da Saúde e ONG/AIDS deverá ser incluído os participantes da pesquisa e seus pais e responsáveis legais (retorno de resultados); c) no item 6 do TCLE a palavra documento deverá ser substituída pela palavra termo de consentimento – TCLE; d) no final do termo deve ser declarado que a participante se considera esclarecida e concorda em participar do estudo; e e) no campo de

Endereço: Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios
Bairro: Saúde CEP: 20.221-903
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2291-3131 Fax: (21)2233-9503 E-mail: cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

HOSPITAL FEDERAL DOS
SERVIDORES DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO/HFSE



Continuação do Parecer: 3.339.888

assinatura do pesquisador responsável pela obtenção do TCLE a palavra investigador deve ser substituída por pesquisador.

RESPOSTA: A pesquisadora apresenta a versão 2.0 do TCLE para participantes de 18 a 24 anos onde atende todos os itens solicitados. Pendência atendida.

Pendência 3 – o Termo de assentimento livre e esclarecido para participantes de 16 e 17 anos que deverá ser adequado nos seguintes itens: a) item 3 do termo de assentimento deverá ser explicado com mais detalhes sobre a "observação participante" – o participante da pesquisa deverá saber de todos os procedimentos detalhados sobre a sua participação na pesquisa; b) no item 5 do termo de assentimento, onde se lê: "... poderão ser compartilhados com o Ministério da Saúde e ONG/AIDS deverá ser incluído os participantes da pesquisa e seus pais e responsáveis legais (retorno de resultados); c) no item 6 do termo de assentimento a palavra documento deverá ser substituída pela palavra termo de assentimento – TALE; d) no final do termo deve ser declarado que a participante se considera esclarecida e concorda em participar do estudo; e) no campo de assinatura do pesquisador responsável pela obtenção do termo de assentimento a palavra investigador deve ser substituída por pesquisador e f) os campos de rubrica deverão ser corrigidos para rubrica do responsável legal pela participante.

RESPOSTA: A pesquisadora apresenta a versão 2.0 do Termo de assentimento livre e esclarecido para participantes de 16 e 17 anos onde atende todos os itens solicitados. Pendência atendida.

Pendência 4 - A pesquisadora principal deverá incluir um termo de consentimento livre e esclarecido para o participante selecionado para ser o "informante chave" da pesquisa que deverá ser assinado posteriormente pelo mesmo, tal exigência deve-se ao fato do participante ter o direito de saber que estará ajudando ao pesquisador principal a ser aceito e inserido no grupo de pesquisa.

RESPOSTA: A pesquisadora anexou o TCLE para informante chave conforme foi solicitado. Pendência atendida.

Todas as pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado do CEP-HFSE, nº 3.262.395, datado de 12.04.19 foram atendidas.

Recomendações:

O projeto de pesquisa apresenta um cronograma de aproximadamente 12 meses de desenvolvimento; sendo assim, o pesquisador principal deve enviar ao CEP-HFSE um relatório

Endereço: Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios
 Bairro: Saúde CEP: 20.221-903
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2291-3131 Fax: (21)2233-9503 E-mail: cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

HOSPITAL FEDERAL DOS
SERVIDORES DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO/HFSE



Continuação do Parecer: 3.339.688

parcial da pesquisa na data de reunião ordinária deste Comitê, em 11.11.2019 e um relatório final em 08.06.2020.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se aprovado por este Comitê, estando de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 e a Norma Operacional nº 001/2013, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

Foram analisados os seguintes documentos:

- Protocolo de Pesquisa, versão 01 – 30.10.2018;
- TCLE para pais e responsáveis legais, na versão 2.0 de 04.05.19;
- TCLE para participantes de 18 a 24 anos, na versão 2.0 de 04.05.19;
- Termo de assentimento livre e esclarecido para participantes de 16 e 17 anos, na versão 2.0 de 04.05.19;
- TCLE para informante-chave, na versão 2.0 de 04.05.19; e
- Documentos em anexo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao2_informantechave.pdf	22/05/2019 09:55:50	Marcos Henrique Manzoni	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1279904.pdf	04/05/2019 22:30:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_INFORMANTE_CHAVE.pdf	04/05/2019 22:24:37	Ivira Maksud	Aceito

Endereço: Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios
 Bairro: Saúde CEP: 20.221-903
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2291-3131 Fax: (21)2233-9503 E-mail: cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

HOSPITAL FEDERAL DOS
SERVIDORES DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO/HFSE



Continuação do Parecer: 3.539.888

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_PARA_PAIS_E_RESPONSAVEIS_LEGAI_VERSAO_2.pdf	04/05/2019 22:23:54	Ivia Maksud	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_VERSAO_2.pdf	04/05/2019 22:23:25	Ivia Maksud	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_VERSAO_2.pdf	04/05/2019 22:23:06	Ivia Maksud	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	04/05/2019 22:18:49	Ivia Maksud	Aceito
Outros	POSIC_DO_PESQ_PRINCIPAL.pdf	21/03/2019 16:35:09	Ivia Maksud	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	19/03/2019 22:53:30	Ivia Maksud	Aceito
Outros	CARTA_AUTORIZACAO_CHEFIA_SERVICO_NOVA_VERSAO.pdf	28/02/2019 15:07:17	Ivia Maksud	Aceito
Outros	LISTA_CENTROS_PARTICIPANTES.pdf	06/02/2019 21:11:25	Ivia Maksud	Aceito
Outros	DECLARACAO_PRIMEIRO_CENTRO.pdf	06/02/2019 21:10:22	Ivia Maksud	Aceito
Outros	DECLARACAO_ORCAMENTARIA.pdf	06/02/2019 21:08:13	Ivia Maksud	Aceito
Outros	DECLARACAO_IDENTIDADE_DOCUMENTACAO.pdf	06/02/2019 21:07:21	Ivia Maksud	Aceito
Outros	CARTA_ENCAM_AO_CEP.pdf	06/02/2019 21:05:55	Ivia Maksud	Aceito
Outros	CARTA_COORD_ASSISTENCIA.pdf	06/02/2019 21:03:27	Ivia Maksud	Aceito
Outros	ANUENCIA_DIRETOR.pdf	06/02/2019 21:02:19	Ivia Maksud	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_DANIELY.pdf	17/12/2018 14:57:31	Ivia Maksud	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_IVIA.pdf	17/12/2018 14:56:50	Ivia Maksud	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_DOUTORADO.pdf	17/12/2018 11:38:35	Ivia Maksud	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_MENORES.pdf	17/12/2018 11:36:50	Ivia Maksud	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	17/12/2018 11:09:35	Ivia Maksud	Aceito

Endereço: Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios

Bairro: Saúde CEP: 20.221-903

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2291-3131 Fax: (21)2233-9503 E-mail: cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

HOSPITAL FEDERAL DOS
SERVIDORES DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO/HFSE



Continuação do Parecer: 3.339.868

Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	17/12/2018 11:09:35	Ivia Maksud	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	17/12/2018 11:09:24	Ivia Maksud	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 22 de Maio de 2019

Assinado por:
Marcos Henrique Manzoni
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios
Bairro: Saúde CEP: 20.221-903
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2291-3131 Fax: (21)2233-9503 E-mail: cep-hse@hse.rj.saude.gov.br