

Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres *

doi: 10.5123/S1679-49742015000300019

Gender, stigma and health: reflections on prostitution, abortion and HIV/AIDS among women

Wilza Vieira Villela

Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo-SP, Brasil

Simone Monteiro

Instituto Oswaldo Cruz, Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: discutir os aspectos do acesso à saúde decorrentes dos estereótipos de gênero e de estigmas específicos, entre prostitutas, mulheres que abortam e mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) no contexto brasileiro. **Métodos:** trata-se de revisão narrativa da literatura, referente a pesquisas recentes realizadas no Brasil. **Resultados:** as barreiras no acesso à saúde de mulheres que se prostituem, abortam ou estão infectadas pelo HIV decorrem das conexões entre agravos à saúde, estereótipos de gênero, estigma da aids e desigualdades sociais, e aumentam a vulnerabilidade social dessas mulheres. **Conclusão:** ações no âmbito da gestão, na esfera legislativa e em outros setores que interferem na saúde, ao lado de práticas cotidianas dos serviços de saúde, podem contribuir para ampliar esse acesso mediante intervenções centradas no reconhecimento da autonomia das mulheres e na garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Estigma Social; Prostituição; Aborto; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Literatura de Revisão como Assunto.

Abstract

Objective: to discuss access to health as affected by aspects arising from gender stereotypes and gender-specific stigmas among women prostitutes, women who have abortions and women with HIV in Brazil. **Methods:** a narrative literature review of recent Brazilian studies. **Results:** barriers to access to health services by prostitutes, women having abortions and women living with HIV are a consequence of the connections between health problems, gender stereotypes, AIDS-related stigma and social inequalities and increase these women's social vulnerability. **Conclusion:** actions in the health management, in legislative spheres and other sectors that affect health, together with daily health service practices, may contribute to expanding access through interventions focused on recognition of women's autonomy and guarantee of their sexual and reproductive rights.

Key words: Social Stigma; Prostitution; Abortion, Acquired Immunodeficiency Syndrome; Review Literature as Topic.

* O estudo recebeu o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Processo nº 400149-2011 – e da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) – Processo E-26/1111.116/2013.

Endereço para correspondência – Wilza Vieira Villela

Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rua Botucatu, nº 740, 4º andar, Vila Clementino, São Paulo-SP, Brasil. CEP: 04023-900.
E-mail: wilza.villela@gmail.com

Introdução

É bastante conhecido o impacto das desigualdades de gênero no perfil de morbimortalidade de mulheres e homens. Estudos apontam que, ao lado das particularidades biológicas, atribuições culturais relativas a ser mulher e ser homem contribuem para a ocorrência de agravos específicos e distinções no acesso a tecnologias de atenção e cuidado à saúde.¹ Ainda nessa direção, tem-se analisado os agravos à saúde decorrentes da associação entre estereótipos de gênero e estigmas específicos,² sendo destacado que o estigma compromete o exercício da cidadania e o usufruto dos direitos, sobretudo o direito à saúde.³

O estigma compromete o exercício da cidadania e o usufruto dos direitos, sobretudo o direito à saúde.

Tendo por base a definição de estigma de Goffman⁴ como uma característica do sujeito que, transformada socialmente em atributo negativo, desqualifica-o e cria obstáculos para seu acesso aos bens materiais e simbólicos, argumenta-se que a escolha das marcas que vão operar como estigmas não é arbitrária; ela ocorre na intercessão de uma situação, característica ou comportamento com eixos sociais de produção de desigualdades, como gênero, raça/etnia, classe social, sexualidade e outros.⁵ O estigma atua com maior ou menor eficácia nas interações sociais, a depender da intensidade com que os eixos de produção de desigualdade operam em cenários específicos. Em contextos mais igualitários, a produção e disseminação de processos de estigma tende a ser menos expressiva.

O caso do estigma relacionado à epidemia de aids ilustra essa perspectiva. Sua origem deriva das conexões entre populações historicamente mais atingidas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) – como gays, usuários de drogas injetáveis e prostitutas – e os processos históricos de homofobia, da rejeição social ao uso de algumas drogas e à prática de sexo por dinheiro pelas mulheres. Ou seja, o estigma em relação ao HIV/aids foi produzido em função das vias de transmissão do vírus (sexual e sanguínea) e das normas sociais pré-existentes

à epidemia, referidas à prescrição de comportamentos (especialmente os sexuais) para mulheres e homens com base em estereótipos de gênero e na normatização da sexualidade. Cabe lembrar que os processos de estigmatização de outras doenças, como a tuberculose e os cânceres, foram construídos a partir da percepção de inadequação do comportamento de seus portadores.⁶ Nesse sentido, a análise das conexões – entre estigma e saúde – não pode prescindir de um escrutínio das dinâmicas de produção de eixos de desigualdades em torno dos quais se organizam, em suas expressões específicas a cada contexto.³

As relações entre doença, estigma, normas sociais e marcadores sociais de desigualdade não se restringem à atribuição de qualidades morais negativas aos portadores. O estigma opera, igualmente, na redução do acesso aos serviços e cuidados em saúde, às informações e recursos sobre saúde e à possibilidade de usufruir da vida de modo pleno e com dignidade.⁷ Saúde e doença não são duas faces de uma mesma moeda. Se a doença está relacionada à lesão ou disfunção, a saúde se realiza na concretização, total ou parcial, dos projetos de bem-estar dos indivíduos. Embora os projetos possam ser diferentes, serão influenciados pela inserção dos sujeitos em realidades socioculturais específicas, segundo a classe social, raça/etnia, exercício da sexualidade e normas de gênero no contexto em que se inserem.⁷

As normas de gênero – conjunto de prescrições sociais constitutivas do sentido de masculinidade ou feminilidade –⁸ afetam sujeitos de ambos os sexos, determinando padrões de comportamento, atuação na vida cotidiana e exercício da sexualidade. Para as mulheres, as normas de gênero associam a prática do sexo ao amor e à reprodução, criando o pressuposto da maternidade como desejo último de todas, tratada com prioridade sobre as demais alternativas de realização individual. As mulheres que infringem essas normas, exercendo a sexualidade como um trabalho remunerado, como as prostitutas, que recusam uma gravidez, como as mulheres que provocam um aborto, ou que são portadoras do HIV, muitas vezes sem ter infringido qualquer norma e sim “herdando” a marca de desvio relacionada à aids, são especialmente afetadas por processos de estigma e suas consequências para a saúde.

Este artigo objetiva discutir, no contexto brasileiro, aspectos do acesso à saúde decorrentes dos estereótipos de gênero e de estigmas específicos, entre prostitutas, mulheres que abortam e mulheres vivendo com HIV, a partir da análise crítica de pesquisas recentes realizadas no país. Pretende-se assim contribuir com a reflexão sobre as relações entre gênero, estigma e saúde, visando estimular práticas de cuidado mais inclusivas e equitativas.

Mulheres, prostituição e saúde

Estima-se que um por cento (1%) da população feminina brasileira entre 15 e 49 anos de idade (quase meio milhão de pessoas) esteja envolvida em atividades de sexo comercial ou transacional.⁹ De acordo com pesquisa realizada em 2010, junto a 2.523 prostitutas em dez cidades brasileiras,¹⁰ cerca de metade dessas profissionais têm até 30 anos de idade, nunca esteve casada, não completou o ensino fundamental e exerce a profissão há menos de seis anos. O principal local de trabalho é a rua, seguido de bares ou boates. Aproximadamente metade delas cobra R\$50,00 ou menos por programa, realizando, em média, 15 programas por semana. Cerca de 20% dessas mulheres não realizou exame ginecológico nos últimos três anos e destas, a metade refere nunca ter ido ao ginecologista; aproximadamente 40% do total de mulheres entrevistadas não buscou o serviço de saúde da última vez que teve problema de saúde sexual.¹⁰ Estudos etnográficos sobre prostituição revelam variações nas motivações e condições do trabalho sexual feminino, embora confirmem os efeitos do estigma sobre as mulheres que se prostituem.¹¹ Expresso em discursos e práticas morais, médicas e jurídicas, o estigma se concretiza nas situações de violência e vulnerabilidade que afetam suas vidas.¹²

O apartamento das prostitutas dos serviços de saúde não é um fenômeno recente. Uma das primeiras ações de Saúde Pública no Brasil foi a organização de serviços de atenção materno-infantil, visando reduzir a mortalidade das crianças e mães na gravidez e parto.¹³ Não eram serviços para as mulheres “da rua” porque, até a implantação do SUS, o modelo de atenção à saúde exigia vínculo de trabalho.

Contudo, a universalização da assistência à saúde e a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1986, visando ampliar as ofertas de atenção à saúde das mulheres para além da reprodução, não mudou esse cenário substantivamente.¹³ A partir de uma concepção de integralidade voltada para a ampliação das ofertas, o PAISM não privilegiou qualquer grupo específico de mulheres. Embora o texto da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde das Mulheres –¹⁴ sucessor do PAISM a partir de 2004, explicita o reconhecimento das distintas necessidades de saúde das mulheres, não foi pensada qualquer estratégia para ampliar o acesso à saúde das prostitutas. Talvez não tenha sido um lapso e sim um entendimento de que as prostitutas foram contempladas no esforço de ofertar atenção à saúde com qualidade para todas as mulheres, em qualquer fase da vida. Contudo, essa ausência viola o princípio da equidade, sem o qual não se pode assegurar a universalidade do direito à saúde tal como definido na Constituição Brasileira.¹⁵

É possível supor que a invisibilidade das demandas específicas das mulheres prostitutas corresponda a uma postura do Estado Brasileiro de *laissez-faire* na abordagem do tema, de não criminalizar a prostituição e sim as atividades associadas a ela. Tal postura deixa as mulheres que se prostituem em situação de extrema desproteção, dado que não podem exigir condições de trabalho higiênicas e seguras. Ou seja: sob a aparência de que se respeita o direito da mulher se prostituir, ocorre, de fato, uma desassistência a suas necessidades de conforto e segurança no trabalho, o que dificulta o enfrentamento das situações de violência e do estigma de que são alvo.

O mesmo pode ser considerado em relação à saúde. O trabalho de satisfazer desejos e fantasias sexuais masculinas mediante pagamento traz demandas específicas de saúde que não se restringem ao desenvolvimento de habilidades para o uso do preservativo com clientes. Os demais aspectos da saúde sexual e reprodutiva, e da saúde geral, deveriam ser considerados diante das condições de precariedade em que o trabalho sexual é exercido¹⁶ e a necessidade de facilitação do acesso aos serviços de saúde. O horário de funcionamento das unidades, a rotina de vida e o temor de ser mal atendida, em função do estigma, afastam as prostitutas dos serviços de saúde,

fazendo com que apresentem risco aumentado para vários agravos como depressão,¹⁷ aborto provocado,¹⁸ hepatite B¹⁹ e outros.

Embora a resposta brasileira ao HIV/aids tenha ampliado o acesso das prostitutas aos serviços de prevenção e cuidado, a prevalência da infecção nesse grupo é, aproximadamente, dez vezes maior que entre as demais mulheres.²⁰ Apesar de as prostitutas estarem presentes nas políticas de aids desde seu início, o volume de ações dirigidas a elas tem sido reiteradamente menor, em comparação com as ações dirigidas a outros grupos populacionais sob maior risco de infecção. Mesmo durante a vigência do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), que destinou verba específica para projetos de prevenção do HIV entre mulheres, as prostitutas foram menos contempladas.²¹ Ademais, ao longo da epidemia do HIV/aids, os projetos desenvolvidos para as prostitutas, em geral, utilizaram-se de metodologias atualmente reconhecidas como pouco eficazes no sentido de reduzir a prevalência de infecção nesse grupo, como é o caso da educação entre pares.²²

A vulnerabilidade ao HIV das prostitutas, decorrente do estigma e da exclusão social, pode ser evidenciada na maioria dos países, onde esse grupo apresenta maiores taxas de prevalência de infecção pelo HIV/aids que outras mulheres.²³ Ao mesmo tempo, o mapeamento global das ações mais efetivas na redução da vulnerabilidade ao HIV entre as trabalhadoras sexuais mostra a relevância de ações como o reconhecimento da prostituição enquanto trabalho, a redução das várias formas de violência sobre as prostitutas, a ampliação de práticas de prevenção e cuidado em saúde e de empoderamento dessas profissionais, mediante atuação de organizações e lideranças sociais em parceria com os governos locais.²²

Existe, portanto, um aspecto circular na relação entre estigma, prostituição e saúde: estereótipos de gênero promovem uma dupla moral em relação ao exercício da sexualidade, pela qual mulheres alugam seus corpos para que homens tenham prazer sexual embora essa busca de prazer por parte dos homens seja apoiada e reforçada como insígnia de masculinidade. Ou seja: a prostituição de mulheres confirma um privilégio masculino em relação à se-

xualidade e, ao mesmo tempo, desqualifica a mulher que se prostitui. Deste modo, a estigmatização das prostitutas obscurece as desigualdades de gênero que marcam a inserção social da prostituta. As mulheres que se prostituem são vistas como intrinsecamente “más”, o que “justifica” seu menor acesso a direitos e recursos, o que lhes aumenta a vulnerabilidade a vários agravos, especialmente os ligados à saúde sexual e mental.

Entretanto, a maior prevalência de problemas de saúde entre mulheres prostitutas não é apreendida como consequência da sua exclusão social. O estigma opera no sentido de ocultar a relação de determinação entre vulnerabilidade e agravo. Prevalece a ideia de que as prostitutas são mais doentes por não seguirem as normas de gênero relativas ao exercício da sexualidade por mulheres. A doença seria o preço a pagar pelo desvio. E assim, o estigma se perpetua.

Aborto e estigma

A indução do abortamento no Brasil está regulamentada no Código Penal, que a tipifica como crime contra a vida, punível com um a três anos de detenção. Essa prática não é considerada crime quando objetiva salvar a vida da mulher ou quando a gravidez resulta de estupro. A criminalização do aborto contribui para a manutenção das altas taxas de morbimortalidade materna, comprometendo o alcance dos compromissos firmados em relação aos objetivos de desenvolvimento do milênio.²⁴ Nos últimos anos, tem crescido o número de abortamentos realizados com autorização judicial, em mulheres cujos fetos portam anomalias incompatíveis com a sobrevivência fora do útero.²⁵

Dado que a indução do abortamento é considerada crime, torna-se difícil conhecer com exatidão sua prevalência e as complicações associadas. Segundo a Pesquisa Nacional sobre o Aborto,²⁵ uma em cada cinco mulheres brasileiras com menos de 40 anos de idade já realizou ao menos um aborto na vida. Correlata a essa alta proporção é a magnitude da curetagem pós-aborto, o procedimento obstétrico mais realizado em hospitais públicos no Brasil, depois do parto.²⁶ Em 2013, os serviços do SUS registraram 187.517 curetagens pós-aborto, ao lado de 5.658 esvaziamentos uterinos pela técnica de aspiração

manual intrauterina, utilizada nos casos do abortamento não punível.²⁶

Ressalte-se que o abortamento é um procedimento relativamente seguro, quando feito em boas condições. As complicações que motivaram as internações e os eventuais óbitos decorrem da situação de clandestinidade em que o aborto foi realizado. Por exemplo, o método mais utilizado para a indução do aborto atualmente, o misoprostol, embora eficaz e com poucos efeitos colaterais, a ponto de ser responsável pela expressiva redução das complicações pós-aborto no Brasil e em todo o mundo,²⁷ não pode ser vendido nas farmácias brasileiras.²⁷ Este impedimento faz do aborto objeto de um comércio ilegal – muitas vezes associado ao comércio de drogas –, inviabilizando quaisquer garantias acerca da legitimidade e qualidade dos comprimidos adquiridos e o acesso a qualquer orientação para seu uso.

A prática do abortamento e suas complicações tem diminuído no país, em decorrência do maior acesso à anticoncepção.²⁷ Entretanto, um grande número de mulheres ainda realiza abortos e parte destas utiliza métodos menos efetivos e potencialmente mais danosos. O grau de insegurança na prática do abortamento é diretamente relacionado à vulnerabilidade social: o óbito por aborto tem maior incidência entre mulheres jovens, pobres e negras.²⁸ Em contrapartida, jovens com maior nível de renda e maior escolaridade, têm menos chances de engravidar que as mais pobres ou menos escolarizadas e mais possibilidade de realizar um aborto seguro.²⁷

Metassíntese realizada com 398 relatórios de pesquisa e estudos empíricos mostra que no Brasil, o aborto é realizado, predominantemente, por mulheres entre 20 e 29 anos de idade, vivendo algum tipo de relacionamento estável, que trabalham, tem até oito anos de estudo e ao menos um filho vivo.²⁹ Os principais motivos que as levam a interromper a gravidez são: impossibilidade de ter o filho naquele momento da vida; falta de condições econômicas; instabilidade no relacionamento conjugal/afetivo; recusa do parceiro em assumir a paternidade; e falta de apoio familiar.²⁹ Uma em cada três mulheres não conta com qualquer apoio, seja do parceiro, da família ou de amigos, para realizar o aborto, e duas em cada três decide sozinha pela sua realização. Apenas duas

em cada cinco mulheres contaram com orientação de profissional de saúde antes de usar a medicação. Das que buscaram um hospital durante ou após o aborto, cerca da metade referiu alguma forma de maltrato ou violência por parte dos profissionais, incluindo ameaças de denúncia à polícia. Relatos de maus tratos e de falta de qualidade no atendimento são recorrentes em pesquisas sobre o tema.

Segundo o Código de Ética Médica, é vedado ao médico causar dano ao paciente ‘por ação ou omissão’, significando que um médico não pode deixar de atender, ou atender mal, mulheres em situação de aborto inseguro. Entretanto, essa não tem sido a prática mais frequente nos serviços. Ao contrário, mulheres que iniciaram o aborto em casa e recorreram ao hospital para concluir o processo foram denunciadas à polícia pelos médicos que as atenderam. Mesmo nas situações em que a lei permite a realização do aborto, nem sempre a mulher recebe atendimento de qualidade. O serviço não está disponível em todas as unidades do SUS ou privadas, e há profissionais que se recusam a realizar o procedimento alegando objeção de consciência. Nestes casos, seria dever do profissional encaminhar a paciente para outro colega, garantindo a ela a assistência necessária.³⁰ Do mesmo modo que caberia ao gestor local tomar as providências necessárias para assegurar esse fluxo entre colegas ou entre serviços.³⁰

Recusa do atendimento, postergação, negligência e imputação de sofrimentos desnecessários às mulheres, inclusive com tentativas de dissuadi-las da interrupção da gravidez, são situações frequentemente vivenciadas pelas mulheres que buscam um aborto permitido por lei. Vários são os fatores a contribuir para essas situações: valores religiosos, estigmatização das mulheres que provocam aborto, medo de que esse estigma “contamine” o profissional que faz o procedimento, preconceitos e estereótipos de gênero relativos à autonomia sexual das mulheres e seus direitos reprodutivos, sem deixar de mencionar a desqualificação do relato da mulher pelo profissional por ela atendido.³¹

A mesma situação de negligência ocorre no atendimento às complicações do aborto inseguro. No Brasil, desde 2005, seguindo uma orientação da Organização Mundial de Saúde, há uma normatização relacionada à atenção humanizada a esses casos.³² Não obstante a morbimortalidade relacionada ao

aborto inseguro estar relacionada aos meios utilizados em sua prática, existe uma relação direta de suas decorrências com a qualidade da atenção recebida. De acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento,³² as mulheres que experimentam complicações resultantes do aborto inseguro devem ter prioridade no atendimento, a ser realizado dentro de padrões de excelência técnica, de forma acolhedora e humanizada, visando reduzir o sofrimento da mulher, as complicações e principalmente, o óbito materno.

No entanto, pesquisas têm mostrado o não cumprimento da norma técnica:³⁰ o acolhimento é falho, os profissionais tendem a tratar de modo distinto as mulheres em processo de abortamento e as parturientes, preterindo-as em favor das últimas na ordem de atendimento, o tratamento é frio e distante. Interrogatórios sobre a responsabilidade ou intenção da mulher de abortar são realizados sob o pretexto de que essas informações são necessárias para orientar o procedimento técnico. As mulheres nem sempre são informadas sobre os procedimentos e o direito à privacidade, com frequência, não é respeitado: há relatos de mulheres expostas nos corredores após a curetagem, ainda sob efeito da anestesia, e de compartilhamento de salas de pré-parto ou enfermarias com mulheres que estão dando à luz.²⁹

Assim se observa a relação complexa entre estigma, desigualdades de gênero e saúde. Mulheres que contrariam uma determinada norma de gênero – no caso, a maternidade – são estigmatizadas e sofrem restrições em seu acesso à saúde. O estigma relacionado ao aborto encobre a realidade de que a gravidez é fruto do encontro entre uma mulher e um homem, de que ambos são igualmente responsáveis. E como não existe contracepção totalmente segura, a disponibilidade da contracepção de emergência é limitada e nem sempre as mulheres têm total controle sobre sua sexualidade. A ocorrência de gestações não planejadas é um fato que deveria ser abordado na perspectiva da saúde, e não submetida a julgamentos morais.

O estigma associado à decisão de interromper a gravidez, somado ao processo de criminalização dessa prática, fomenta a ideia de que o aborto é uma ação pouco responsável da mulher, para corrigir um erro seu. Tal enfoque obscurece a análise das

particularidades socioeconômicas relacionadas à prática do aborto, além da influência de uma cadeia de situações na tomada dessa decisão, decorrentes das desigualdades entre homens e mulheres. A estigmatização e a criminalização do aborto também contribuem para que seja realizado em condições inseguras e arriscadas, principalmente entre mulheres pobres e menos escolarizadas. Os benefícios decorrentes da não criminalização do aborto em diversos países têm fundamentado reivindicações da sociedade civil brasileira, para que o país avance nessa direção.

Estigma e HIV/aids entre mulheres

Embora as mulheres prostitutas já estivessem presentes nos dados dos primórdios do advento da HIV/aids, a preocupação com a chamada “feminização” da epidemia só ocorreu quando um número cada vez maior de mulheres não prostitutas passou a figurar nas estatísticas. Esse crescimento proporcional – em que pese o fato de, no continente africano, a epidemia sempre ter afetado mais as mulheres – trouxe a preocupação com a reprodução entre mulheres vivendo com HIV/aids (MVHA), em virtude do potencial da transmissão vertical do HIV (TV).³³ As primeiras ações de enfrentamento da epidemia do HIV/aids entre mulheres dirigiram-se à disseminação de habilidades para a negociação do uso do condom com seus parceiros e a reduzir as chances de transmissão do HIV para o feto, mediante ampliação da testagem de mulheres grávidas durante o pré-natal.³⁴

Ao mesmo tempo, no âmbito dos estudos acadêmicos e dos movimentos sociais, foram produzidas evidências de que a epidemia do HIV/aids entre mulheres estava diretamente relacionada às desigualdades de gênero.³⁵ A falta de autonomia sexual das mulheres é traduzida na dinâmica das relações interpessoais e nas práticas dos serviços de saúde, nem sempre capacitados a fornecer os meios para a mulher usufruir de sua sexualidade com poucos riscos. São exemplos dessas lacunas a desvinculação entre oferta de contracepção e prevenção do HIV, limites na abordagem da sexualidade, falhas no aconselhamento pré e pós-testagem.³⁶

A evidência de que a aids entre mulheres decorre das desigualdades de gênero explica, em parte,

como se produz o estigma relacionado às mulheres vivendo com HIV/aids, tendo em vista que elas não fazem parte de grupos já estigmatizados antes de epidemia: homens que fazem sexo com homens, prostitutas e usuários de drogas injetáveis. Ao assumir que o estigma relacionado ao HIV/aids que afeta as mulheres não é apenas mais um desdobramento do estigma mais geral relacionado ao HIV, cabe assinalar que outros processos de estigmatização se articulam na construção do estigma vivenciado por elas. A análise do perfil socioeconômico das mulheres com HIV/aids fornece indicações sobre a dinâmica específica de (re)produção do estigma. No geral, são mulheres de baixa escolaridade,²⁰ com pouca ou nenhuma renda e maior probabilidade de sofrer violência por parceiro íntimo.³⁷ Outros estudos confirmam as diferenças entre homens e mulheres em termos de exercício da sexualidade e nas práticas de prevenção do HIV.³⁸

Tem sido observado que mulheres infectadas a partir de relações amorosas ou conjugais são surpreendidas pelo diagnóstico do HIV. Não é raro que essas mulheres se percebam como vítimas e compartilhem os preconceitos relativos às pessoas com HIV/aids. A ideia de ter sido “enganada”³⁹ pelo parceiro aponta que a adesão às normas de gênero relativas à sexualidade, ao amor romântico ou à conjugalidade não foi suficiente para garantir a estabilidade da vida de esposa e mãe propugnada por essas mesmas normas. Diante do medo de ser discriminada, a mulher tende a não compartilhar o diagnóstico. A não revelação contribui para a perpetuação do estigma e interfere na qualidade de vida e na adesão ao tratamento. O estigma encobre a complexidade dos processos que reduzem a autonomia das mulheres em relação a suas trajetórias sexuais, amorosas e reprodutivas, como a idealização romântica dos relacionamentos, a falta de envolvimento dos homens com a prevenção na esfera sexual, a coerção sexual e as diversas formas de violência.⁴⁰

Nos serviços de saúde, práticas que contribuem para a perpetuação do estigma relacionado ao vírus também podem ser observadas, como o estímulo à esterilização das mulheres infectadas, a oferta exclusiva do preservativo como método de prevenção sexual ou a priorização da redução da transmissão vertical entre gestantes, em detrimento de ações voltadas para a construção de um viver com HIV.⁴¹

De fato, outro aspecto a ser considerado na análise dos processos de estigma em relação às mulheres vivendo com HIV diz respeito à reprodução. O atual cenário da epidemia no Brasil, marcado pelo aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/aids e pela disseminação das ações de redução da transmissão vertical, permite que um número maior de pessoas soropositivas opte por ter filhos. Ao mesmo tempo, a ampliação da testagem anti-HIV no pré-natal aumentou o diagnóstico do HIV nas mulheres em idade reprodutiva, significando que a partir da gravidez ou no parto, muitas que se consideravam distantes da aids tomam conhecimento da sorologia positiva. A forma como os profissionais comunicam o diagnóstico e constroem a relação com a mulher pode ajudar a minimizar o impacto da revelação da soropositividade e do estigma associado.⁴² Entretanto, são frequentes os relatos de maus tratos em serviços de saúde durante a realização da testagem anti-HIV e após o diagnóstico do *status* sorológico da mulher.⁴²

Embora os estereótipos de gênero e as limitadas condições de vida comprometam a autonomia sexual feminina e potencializem a exposição das mulheres ao HIV/aids, o estigma relacionado à aids (ao aborto e ao trabalho sexual) contribui para invisibilizar as desigualdades de gênero que determinam sua vulnerabilidade à infecção. O enfrentamento do estigma relacionado ao HIV/aids em mulheres implica mudanças micro e macroestruturais, e intervenções culturais, capazes de impactar na desconstrução dos estereótipos de gênero e ampliar a autonomia sexual feminina. O encobrimento operado pelo estigma dificulta a prevenção do HIV pelas mulheres, retarda a busca por diagnóstico e fomenta as consequências negativas do diagnóstico tardio. Além disso, interfere na qualidade de vida pós-diagnóstico, haja vista as dificuldades da publicização da condição sorológica e o isolamento e restrição da rede social de apoio.

Considerações finais

Este trabalho teve o propósito de demonstrar que os estereótipos de gênero e estigmas específicos resultam das desigualdades sociais e contribuem para produzir normas e prescrições de conduta, com impactos na saúde. A partir de três situações

fortemente estigmatizadas envolvendo mulheres, prostituição, abortamento provocado e infecção pelo HIV, discorreu-se sobre como o estigma opera na redução do acesso dessas mulheres aos recursos e serviços de saúde, resultando em violações de direitos e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade das mulheres ao adoecimento e à morte.

Nas três situações apontadas, buscou-se demonstrar as maneiras como o estigma encobre as desigualdades sociais e de gênero, mascarando os jogos de poder que se articulam em torno do controle da autonomia sexual das mulheres. O estigma aparece, assim, como um instrumento eficaz nesses jogos, comprometendo o exercício de relações humanas mais justas, igualitárias e saudáveis. Cabe lembrar que o estigma da prostituição opera, sinergicamente, com o estigma relacionado ao aborto e à aids, favorecendo a discriminação das mulheres infectadas, das mulheres prostitutas, das mulheres que abortam e, sobretudo, daquelas pertencentes a ambos os grupos.

O reconhecimento da relação entre vulnerabilidade, processos de estigmatização e os eixos de desigualdades

social e de gênero sugere que a ampliação do acesso à saúde dos três casos apresentados (prostituição, aborto e aids) implica intervenções estruturais e culturais, nos âmbitos micro e macro, capazes de fomentar a autonomia das mulheres e garantir seus direitos sexuais e reprodutivos. Tal tarefa é difícil e complexa mas não impossível. Ações na esfera da gestão, legislativas e em outros setores que, direta ou indiretamente, afetam a saúde, ao lado de práticas cotidianas dos serviços de saúde, podem contribuir para desvelar os eixos de produção de desigualdade que dão origem e alimentam um dado estigma, visando sua desconstrução e superação, no caminho de uma maior justiça social.

Contribuições das autoras

Villela W e Monteiro S contribuíram igualmente na concepção, elaboração e revisão final do manuscrito.

Ambas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

- Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy and inconvenient truths. *Lancet*. 2013 May;381(18):1783-7.
- Weiss M, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med*. 2006 Aug;11(3):277-87.
- Parker R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 25-46.
- Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
- Hatzenbuehler M, Phelan J, Link B. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013 May;103(5):813-21.
- Sontag S. *Doença como metáfora, Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
- Gulliford M, Figueiroa-Munoz J, Morgan M. Meaning of access in health care. In: Gulliford M, Morgan M, editors. *Access to health care*. Danvers (MA): Routledge; 2013.
- Butler J. Regulaciones de género. *La Ventana*. 2005;23:7-35.
- Pinho A. *Trocas afetivo-sexuais e econômicas e AIDS na fronteira entre Angola e Namíbia [tese]*. Rio de Janeiro (RJ): Ensp/Fiocruz; 2012.
- Szwarcwald C. *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo: relatório de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Oliva JM. *Devir puta*. Rio de Janeiro: UERJ; 2013.
- Silva AP, Blanchette T. Amor um real por minuto: a prostituição como atividade econômica no Brasil urbano. In: Correa S, Parker R, organizadores. *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções, paradoxos*. Rio de Janeiro: ABIA; 2011. p. 192-33.
- Costa A. Planejamento familiar no Brasil. *Bioetica*. 1996 nov;4(2):1-13.
- Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à*

- saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Corrêa S, Pimenta P, Maksud I, Deminicis S, Olivar M. Sexualidade e desenvolvimento: a política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ABIA; 2011.
 16. Jayme J, Chacham A, Morais M. Mulheres da "Zona Grande": negociando identidade, trabalho e território. *Sex Salud Soc.* 2013 ago;(14):138-63.
 17. Schreiner L, Paim LL, Ramos F, Cunha Filho EV, Martins DM, Silva Junior CL, et al. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2004 jan-abr;26(1):13-20.
 18. Madeiro A, Rufino A. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina, Piauí. *Cienc Saude Coletiva.* 2012 jul;17(7):1735-43.
 19. Passos ADC, Figueiredo JFC, Martinelli ALC, Villanova MG, Nascimento MP, Gaspar AMC, et al. Hepatitis B among female sex workers in Ribeirão Preto/São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2007 Dec;10(4):517-24.
 20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Bol Epidemiol Aids DST.* 2013 dez;2(1):1-64.
 21. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Análise do contexto da prostituição em relação a direitos humanos, trabalho, cultura e saúde no Brasil: levantamento nacional e contexto internacional. Rio de Janeiro: ABIA; 2013.
 22. Kerrigan D, Wirtz A, Baral S, Decker M, Murray L, Poteat T, et al. *The Global HIV Epidemics among Sex Workers.* Washington: International Bank for Reconstruction and Development; 2013.
 23. United Nations Programme on HIV/AIDS. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.* Geneve: United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013.
 24. Drezett JV. Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. *Reprod Clim.* 2013 set-dez;28(3):89-91.
 25. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com a técnica de urna. *Cienc Saude Coletiva.* 2010 jun;15 supl 1:959-66.
 26. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Datasus [Internet]. 2014 [citado 2014 fev 2]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
 27. Villela W, Barbosa R. *Aborto, saúde e cidadania.* São Paulo: UNESP; 2011.
 28. Paixão M. Desigualdades de cor ou raça nos indicadores de mortalidade materna no Brasil: evidências empíricas recentes. Brasília: UNIFEM; 2011.
 29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos básicos de saúde).
 30. Soares G. Acesso ao aborto legal e ao abortamento inseguro: a barreira dos valores. In: Villela W, Saar E, organizadores. *Rumos para Cairo + 20.* Brasília: UNFPA; 2009.
 31. Villela W, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento das mulheres que sofrem violência. *Saude Soc.* 2011 jan-mar;20(1):113-24.
 32. Ministério da Saúde (BR). Norma técnica: atenção humanizada ao abortamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno; nº 4).
 33. Greig A, Peacock D, Jewkes R, Msimang S. Gender and Aids: time to act. *AIDS.* 2008 Aug;22 Suppl 2:S35-43.
 34. Ministério da Saúde (BR). Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 35. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexuality of women living with HIV in São Paulo. *Cad Saude Publica.* 2002 Nov-Dec;18(6):1609-20.
 36. Carneiro AJ, Coelho E. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: olhar da integralidade. *Cienc Saude Coletiva.* 2010 jun;15(1):1217-26.
 37. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saude Publica.* 2011 abr;45(2):365-72.
 38. Pascom AR, Szwarcwald CL. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. *Cad Saude Publica.* 2011;27 supl 1:S27-S35.
 39. Meyer D, Santos LH, Oliveira DL, Wilhems D. "The shameless woman" and "the responsible cheater": analyzing gender representations in Public Service announcements for HIV/AIDS prevention. *Estud Fem.* 2006;1:1-27.

40. Villela W, Barbosa R, Portela AP, Oliveira L. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2012 jul;17(7):1709-19.
41. Sant'anna AC, Seigl EM. Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. *Psicol Reflex Crit*. 2009;22(2):244-51.
42. Fonseca PL, Iriart JA. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. *Interface*. 2012 abr-jun;16(41):395-407.

Recebido em 28/05/2014

Aprovado em 20/12/2014