

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**“A AIDS TEM UM ROSTO DE MULHER”:
DISCURSOS SOBRE O CORPO E A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA**

Larissa Costa Duarte

Porto Alegre
2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**“A AIDS TEM UM ROSTO DE MULHER”:
DISCURSOS SOBRE O CORPO E A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA**

LARISSA COSTA DUARTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de doutora em antropologia social

Área de concentração: Antropologia Social

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiola Rohden

Porto Alegre, março de 2018

CIP - Catalogação na Publicação

Costa Duarte, Larissa

"A AIDS TEM UM ROSTO DE MULHER": DISCURSOS SOBRE O CORPO E A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA / Larissa Costa Duarte. -- 2018.

223 f.

Orientadora: Fabiola Rohden.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. HIV/AIDS. 2. Feminismo. 3. Análise do discurso. 4. Antropologia da saúde. 5. Gênero e sexualidade. I. Rohden, Fabiola, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Alexandra, com quem partilho valores fundamentais sobre a produção de conhecimento.

Agradeço ao CNPq, que financiou esta pesquisa e possibilitou a existência deste trabalho. Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no qual fui tão bem recebida seis anos atrás quando cheguei para fazer o mestrado e onde pude crescer enquanto pesquisadora mas, especialmente, enquanto pessoa.

Agradeço à banca de qualificação, composta pelas professoras Daniela Knauth e Paula Sandrine Machado, que me ajudaram a entender melhor a complexidade deste objeto e a perseguir outros rumos e objetivos de pesquisa.

Agradeço à minha orientadora, Fabiola Rohden, com quem tive o prazer de trabalhar nas duas etapas da pós-graduação. Seus ensinamentos, conselhos e direcionamentos foram e sempre serão inestimáveis. Embora eu ainda tenha um pouco de inveja daquele show do Nirvana, ter tido a oportunidade de aprender e conviver com você é algo pelo qual serei sempre grata.

Agradeço ao meu querido amigo, Lucas Riboli Besen. Obrigada por ter atravessado a pós ao meu lado – seu amor, humor e carinho estão entre as melhores coisas que aconteceram nesse tempo. Que muitas pessoas tenham a honra que tive de conhecer uma pessoa tão generosa quanto você.

Agradeço a Julia Garcia, que segurou minha mão tantas vezes nessa difícil reta final. Quando você veio assistir minha defesa de mestrado quatro anos atrás não tínhamos ideia da importância que viríamos a ter uma para a outra. Obrigada pelo amor, paciência, carinho e por me fazer rir mesmo em tempos sombrios. Obrigada pelos novos sonhos e pelos sonhos antigos dos quais não me deixou desistir. Nada disso seria possível sem o seu amor.

Agradeço ao Gabriel, que veio para Porto Alegre apenas com um par de sonhos e muita coragem, como fiz tanto tempo atrás. Que nossos caminhos continuem sempre a se cruzar.

Aos dois últimos, agradeço toda a ajuda técnica e, especialmente, por não terem permitido minha Brenda interior vencer dessa vez.

RESUMO

“A AIDS TEM UM ROSTO DE MULHER”: DISCURSOS SOBRE O CORPO E A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA

Desde sua eclosão na década de 1980 na forma de epidemia, a AIDS tem sido principalmente associada a homossexuais masculinos: inicialmente partindo da literatura médica, essa visão espalhou-se também para o público leigo e mantém-se viva no imaginário popular, ainda que, a partir da década de 1990, tenha havido um movimento para reconhecer a parcela cada vez mais vitimada pela síndrome: mulheres heterossexuais. A essa progressão, deu-se o nome de feminização do HIV/AIDS, uma narrativa sobre uma suposta mudança no perfil da epidemia. No entanto, é possível encontrar informações sobre ocorrências da doença em mulheres desde muito antes, e é por meio de uma análise discursiva acerca do tema que este trabalho nasce: embora a epidemia da AIDS nunca tenha deixado de ter mulheres como parte expressiva de seus portadores, os discursos e narrativas desde 1980 vêm sistematicamente falhando em incluí-las e direcionar políticas de prevenção e combate que levem em consideração as particularidades das vivências femininas ou a complexidade de sua vulnerabilidades – parte de um sistema intricado de influência bidirecional entre cultura e materialidade. Utilizando metodologias, conceitos e textos de diversas áreas de produção de conhecimento, me proponho a analisar a inserção do corpo feminino na narrativa da epidemia HIV/AIDS privilegiando a historicidade e as diferentes versões desse objeto.

Palavras-chave: feminização; AIDS; HIV; mulheres; análise do discurso; feminização do HIV/AIDS; epidemia; feminismo; gênero; medicina; ciência

**“AIDS HAS A WOMAN’S FACE”:
DISCOURSES ABOUT THE BODY AND THE FEMINIZATION OF THE EPIDEMIC**

ABSTRACT

Since its occurrence in the 1980s in epidemic form, AIDS has been mainly associated to homosexual males: initially put forth by medical literature, this view spread to the non-expert audience as well and is kept alive in people’s imaginations, even though by the 1990s there has been a movement towards recognizing the group increasingly victimized by the syndrome: heterosexual women. This progression has been dubbed feminization of HIV/AIDS, a narrative about a supposed change in the profile of the epidemic. However, it is possible to find information about occurrence of the disease in women since much earlier, and it is through a discursive analysis around the subject that this work came to be: even though the AIDS epidemic has never been without women as an expressive part of its carriers, mainstream discourse and narratives have since the 1980s systematically failed to include them and direct prevention and treatment politics that take into account particularities of femalehood or the complexity of its vulnerabilities – part of an intricate system of bidirectional influence between culture and materiality. By using methodologies, concepts, and texts from several fields of generation of knowledge, I propose to analyze the insertion of the female body in the HIV/AIDS epidemic focusing on the historicity and the different versions of this object.

Keywords: feminization; AIDS; HIV; women; females; discouse analysis; feminization of HIV/AIDS; epidemics; gender; medicine; science

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS** – Síndrome da imunodeficiência adquirida
- ARVs** – Antirretrovirais
- AZT** – Zidovudina
- CD4** – Células CD4 ou Linfócitos T-CD4
- CDC** – *Center for Disease Control*
- CRS** – *Cambridge Reference Sequence*
- DNA** – Ácido desoxirribonucleico
- ECR** – Ensaio Clínico Randomizado
- FDA** – *Food and Drug Administration*
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IO** – Infecção oportunista
- ITRNs** – Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos
- LINFÓCITOS T** – Células CD4 ou Linfócitos T-CD4
- MMWR** – *Morbidity and Mortality Weekly Report*
- NEJM** – *The New England Journal of Medicine*
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- RNA** – Ácido ribonucleico
- SIV** – Vírus da Imunodeficiência Símia
- UNAIDS** – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS

SUMÁRIO

O CORPO COMO MATÉRIA, O CORPO COMO METÁFORA	11
Notas do quarto.....	11
Lendo a AIDS partir de novos textos	12
Uma palavra seguida de outra.....	16
O caminho até aqui	20
Corpo de conhecimento.....	23
O caminho até lá.....	33
O ROSTO DE UMA MULHER	36
Uma breve história da feminização.....	39
Tráfego, carne e informação	48
Um conto de dois domínios.....	49
A cultura em nosso sangue	52
Sobre corpos, rostos e como fazer teoria durante uma epidemia	56
O CORPO DE UMA MULHER.....	64
O genoma de uma mulher.....	64
Se anda como um pato e grasna como um pato.....	68
Como se produzem fatos científicos.....	73
Como se produzem corpos	77
O corpo múltiplo	81
Os tropos de uma mulher	83
O CORPO INVISÍVEL.....	87
Notas do campo	87
O paradoxo da invisibilidade	91
Ninguém investigou	95
Alguém investigou	100
A jornada da heroína	102
A cor e o sexo invisíveis	104
Uma série de intersecções infortunadas	108
A sexualidade invisível.....	113

O CORPO DISCREPANTE	119
Notas do campo	119
A ênfase na diferença e a ficção da alteridade	122
A naturalização do abuso	133
O corpo ideal	139
Inclusão e diferença na biomedicina.....	144
O corpo neutro.....	148
O peso dos corpos.....	154
O CORPO REPRODUTOR	160
Notas do campo.....	160
Reflexões de um corpo-máquina	162
A carne do mundo.....	166
Corpos cativos	171
O paradoxo da maternidade	174
O direito de ser mãe	176
O dever de ser mãe	180
MATANDO O ANJO NA CASA	184
Notas do campo.....	184
Últimas considerações.....	189
Aprendendo a soletrar e matar anjos.....	195
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	197
APÊNDICE 1	215
ANEXO I.....	216
ANEXO II.....	217
ANEXO III.....	219
ANEXO IV	223

1 O CORPO COMO MATÉRIA, O CORPO COMO METÁFORA

“Uma palavra seguida de uma palavra seguida de uma palavra é poder.”¹
 — Margaret Atwood, *Spelling*

1.1 Notas do quarto

Enquanto escrevo este texto, um dos gatos da casa – Morgana, porque, como na maioria dos lares com bichos, os animais têm seus próprios nomes, mais para nosso conforto que para o deles – pula sobre a escrivaninha onde está meu computador para alcançar uma cômoda mais alta. Atrás de mim, ouço minha namorada digitando e cantarolando a música de abertura de uma série antiga que está tocando na TV. Vez ou outra me distraio por algum barulho mais acintoso que pode indicar uma briga entre os bichanos, ou por um estrondo nas ruas do centro, ou mesmo pelos vários objetos à minha frente: presentes, retratos, livros e peças de variados tamanhos e cores que evocam todo tipo de memória. Meus dedos tocam as teclas empoeiradas do teclado, às vezes de maneira rápida, às vezes com hesitação – de vez em quando se estendem a um pote de castanhas e nozes, ou a um copo de água ou cerveja. As interpretações de todos estes estímulos são processadas pelo meu corpo, por meio dele, nele.

Mas um corpo é, sem dúvida, muito mais que o local onde o externo e o interno – nossa mente, nossas emoções, ou como mais quisermos chamar – se encontram. Dependendo de nossa história, crenças, ideologias particulares, um corpo pode ser um composto de átomos, de células, uma combinação de gametas; uma combinação de hidrogênio, oxigênio, carbono, cálcio, fósforo; um composto de células e tecidos; a estrutura física de algo orgânico, vivo ou morto; uma criação divina; um templo sagrado; um bioproduto químico que tragicamente desenvolveu ansiedade e autoconsciência; matéria orgânica ocupada por uma consciência transcendental, pelo menos até o momento da morte; um lugar de diferenças; um lugar de poder. Seja como for, “o corpo ocupa um papel central em comunicar identidades individuais e culturais”². Em todos os casos, fatores como classe, etnia, religião, sexo, gênero, influenciam profundamente as interpretações e valorações

¹ ATWOOD, Margaret. *Spelling*. Londres: Oxford University Press, 1981.

² TALLEY, 2013, p.21

sobre corpo que os indivíduos fazem sobre os seus próprios e os dos demais. Além disso, tais percepções do corpo são guiadas por narrativas e redes discursivas específicas que desfrutam de níveis diferentes de autoridade nas sociedades em que são produzidas e em que circulam.

Meu corpo pode ser perfeitamente localizado enquanto escrevo esse texto: sou uma mulher jovem sentada em uma cadeira de escritório em um apartamento de três dormitórios em uma grande capital do quinto maior país do mundo e da principal economia da América Latina. Aqui, onde vivo, sou branca e tenho acesso a todos os privilégios destinados desde o berço a esse grupo de pessoas. Sou filha de pais de classe média, que puderam bancar a minha educação até a entrada na faculdade. Sou filha de pais que tinham um projeto e que repetiam quase todos os dias que o conhecimento era o bem mais precioso que eu podia obter. Claro, tenho inúmeras ressalvas quanto a esse pensamento hoje, mas pode ser que ele seja verdade quando se tem comida na mesa e um teto todo seu.

Mas, mesmo desfrutando de tantos privilégios – muitos dos quais tão garantidos que nem me ocorreu mencionar –, ainda sou mulher. Apesar de estar em condições de muito mais conforto, segurança e direitos que a maior parte das mulheres do mundo, ainda há algo em nossa composição que não se refere a roupas, hábitos, comportamentos ou uma suposta natureza. É algo que nos une na maneira como vivemos e experimentamos a vida – é a partilha desses artifícios que desenvolvemos para perdurar em um mundo que não foi feito para nós. E, assim, deixamos notas umas para as outras sobre as injustiças e percalços que passamos, a fim de nos tornarmos mais preparadas e fortes. O trabalho, a arte, as vidas de cada uma das mulheres nos cantos mais remotos do mundo são um agradecimento a nossas antecessoras e um aviso para aquelas que nos sucedem. Então, enquanto escrevo, eu agradeço. Eu celebro, apenas sobrevivendo neste corpo, a vida de todas nós.

1.2 Lendo a AIDS partir de novos textos

Imaginem como seria se – além de todas as vulnerabilidades a que estamos submetidas meramente pelo fato de que a composição de nossos corpos está associada aos significados culturais de feminilidade – estivéssemos particularmente

sujeitas a contrair uma infecção incurável, a desenvolver seus sintomas agudos, a adquirir uma série de doenças venéreas dolorosas e difíceis de curar, a transmitir a doença para os nossos filhos, a sofrer violência física e psicológica dos homens em quem confiamos no momento em que nossa saúde está mais debilitada. Imaginem se esse vírus, com sua estranha predileção por corpos femininos, fosse o maior responsável pela morte de mulheres com idade entre 15 e 44 anos no mundo inteiro³. Imagine se fôssemos a maioria entre todas as pessoas infectadas. Imaginem se toda uma geração de crianças tivesse ficado órfã de mãe por conta dessa doença e tenha sido relegada ao precário sistema de tutela de países, cidades e bairros empobrecidos. Imaginem se milhões de crianças fossem contaminadas por este vírus apenas porque a outra opção seria deixá-las morrer de fome. Essa certamente não é a maneira como o HIV/AIDS tem sido historicamente representado, mas deveria ter sido.

Paula Treichler disse: “Seja lá qual for, a história da AIDS é uma história, ou múltiplas histórias, lida principalmente a partir de um texto que não existe: o corpo do homem homossexual” (1999, cap.1: p.24)⁴. Mas essa história também foi escrita a partir de textos menos lidos, como, por exemplo, a partir do corpo da mulher. Nesse sentido, a primeira coisa que eu gostaria de esclarecer é que este trabalho definitivamente não é um *trecho* da história desta doença, sobre acontecimentos *tangentes*, ou sobre *parte* da população afetada – ele é, simplesmente, um texto sobre a doença. Meu objetivo nesta pesquisa são dois: compreender como a AIDS performou igualdade e diferença entre corpos femininos e masculinos ao longo de sua história, especialmente por meio da teia discursiva e textual da biomedicina; e analisar discursivamente a narrativa da feminização, ou o fenômeno do aumento e da progressão da epidemia entre mulheres.

Sabemos há muito tempo que o HIV/AIDS *também* afeta mulheres, e esse tem sido um dos muitos problemas com as representações da doença. Embora tenha havido alguma resistência por parte da comunidade científica, reconheceu-se desde cedo que – de algum modo difícil de compreender – corpos femininos também tinham susceptibilidade à infecção pelo vírus. Mas foram necessários muitos

³ WOMEN’S HEALTH - FACT SHEET N°334. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

⁴ Este modelo de citação se faz necessário porque na edição digital do livro no aplicativo Kobo a numeração das páginas é zerada a cada capítulo.

trabalhos sobre mulheres e a epidemia nessas quase quatro décadas da AIDS para que esse fato fosse completamente incorporado à narrativa hegemônica sobre a história da doença – este é mais um deles. Ou, como prefiro que seja descrito, este é um trabalho sobre mulheres, linguagem, e sobre o poder discursivo da ciência.

Sobre isso, é preciso dizer que a antropologia nem sempre esteve tão confortável com a centralidade do discurso quanto está hoje. De certo, parte deste complexo aparentemente insuperável decorre do pensamento de que análise do discurso é para os críticos de arte, e não para os cientistas, com os quais estivemos, em nossa história, tão preocupados em ser associados. Em algum momento, no entanto, por meio de autocríticas disciplinares e intersecções essenciais com outras disciplinas como a filosofia e a linguística, o discurso passou a ocupar um lugar incontestável dentro das análises da disciplina se consolidando principalmente por meio dos estudos sobre gênero e sexualidade.

Outra categoria emprestada da literatura e linguística que se tornou preciosa à antropologia – antes mesmo de o discurso tornar-se uma discussão central – foi a noção de metáfora. Desde Frazer, Tylor, Franz Boas (1911), passando por Evans-Pritchard (1956), Jakobson e Halle (1956) e Lévi-Strauss (1962)⁵ – que foi largamente influenciado por todos os anteriores. A maioria dos autores clássicos da disciplina fizeram uso em maior ou menor escala deste conceito para explicar comportamentos e performances culturais, mas o estruturalismo, sem dúvida, promoveu a metáfora a um lugar central da análise. Nesse sentido, um dos autores que merece destaque por ter dado ênfase a essa proposta foi James Fernandez.

Fernandez é conhecido por suas etnografias em várias regiões do continente africano, mas foi o seu trabalho com um grupo étnico de criadores de gado nas Astúrias, Espanha, que proporcionou material para o desenvolvimento de suas teorias largamente baseadas na intersecção entre a literatura e a antropologia. Considero que o autor em questão é o primeiro a se aproximar, ainda que tangencialmente, da ideia de metáfora como usada por parte das ciências sociais na contemporaneidade. De acordo com David C. Conrad, “A preocupação de Fernandez com a expressão figurativa se aplica ao comportamento humano metafórico bem como às figuras de linguagem. Ele está preocupado com a origem dos tropos, sua emergência, e como eles afetam as situações humanas” (1988,

⁵ FERNANDEZ, 1974

p.515). Isso posiciona Fernandez entre os primeiros autores a tentar ir além da metáfora como símbolo, estética, referente, semiótica, figura de linguagem. É claro, o autor estava limitado pelas cordas das questões de seu tempo, disputas e contexto – como o boneco de madeira que não virou exatamente um menino de verdade que todos somos.

Embora tenha, portanto, a preocupação de dizer que, enquanto antropólogos, não somos de modo algum “poetas do comportamento” ou “críticos literários” (1974) – ressalvas compreensíveis considerando o cenário de instabilidade que cercava a disciplina –, Fernandez deu indicações de que interpretava a metáfora de maneiras que só seriam plenamente exploradas décadas depois com os estudos sociais da ciência, especialmente, por autoras feministas que tratam da questão da materialidade, como Donna Haraway, Nelly Oudshoorn, Amade M'charek, Karen Barad, apenas para citar algumas das que compõem meu quadro de referências. Quando o autor diz que as “metáforas conformam a base de toda investigação e dão vida a elas” (FERNANDEZ, 1974, p.119), ou que, de certo ponto de vista, “tudo que é criado pela mente é uma metáfora” (Idem), ou ainda, quando define a metáfora como “movimento que influencia” ou “dispositivos retóricos que levam a performances”, ele se aproxima, ainda que acidentalmente, de uma concepção e terminologia bastante contemporâneas.

Não entrarei nos pormenores destas aproximações teóricas, mas gostaria de enfatizar como a ideia de metáfora está presente desde o surgimento da antropologia, primeiro como um recurso narrativo universal – muito conectado ao imaginário do homem primitivo, fosse ele o diacrônico ou o sincrônico – usado para a expressão de sentimentos e pensamentos rudimentares, rituais, para a organização social cotidiana (FERNANDEZ, 1974); e mais tarde, como crítica e reflexão sobre a ciência e conhecimento produzidos por diversas áreas, incluindo a própria antropologia, no que alguns consideram parte das viradas teóricas pós-modernas a que farei referência adiante no texto. Nesse segundo caso, podemos dizer que a apropriação da noção de metáfora decorre de uma revisão fundamental na maneira como se compreendia a produção de conhecimento, pois havia agora uma tentativa de olhar para o discurso não mais como descrição da realidade, mas como produtor da realidade, ou ainda, como um movimento que tem influência sobre a mesma.

Mas por que insisto em falar sobre metáfora nas primeiras páginas deste trabalho, antes mesmo de detalhar os pormenores desta pesquisa? Bem, antes de

tudo, adianto que ainda falarei muito sobre linguagem nas páginas seguintes, não apenas porque minha história com a antropologia está estreitamente ligada a uma breve trajetória no curso de letras e a uma longa história com a literatura, mas porque este é um trabalho que tem, entre seus principais propósitos, pensar sobre o poder do discurso científico seguindo uma tradição majoritariamente promovida pelos estudos feministas e pesquisas sobre medicina e saúde. Este é um texto sobre como textos produzem corpos, e sobre como estas representações, por assim dizer, tem efeitos e consequências materiais dramáticas para muitas pessoas.

1.3 Uma palavra seguida de outra

Imagino que depois dessa longa discussão é provavelmente imperativo explicar melhor do que tratam as demais centenas de páginas deste trabalho. Algumas indicações já foram dadas: este é um metatexto sobre como corpos femininos são produzidos pelas redes da biomedicina partindo de uma análise das narrativas produzidas sobre HIV/AIDS, especialmente a narrativa da feminização como fenômeno global de saúde. É claro, concordamos, levando em conta os incontáveis exemplos etnográficos coletados ao longo deste século de disciplina, que o corpo é construído em variadas frentes e por múltiplos discursos, e que as interpretações e crenças hegemônicas sobre este tópico não são imutáveis – especialmente porque nossas representações do corpo são informadas, acima de tudo, pelas ciências biomédicas cujos conhecimentos passam por modificações e atualizações periódicas. Por outro lado, uma vez que uma interpretação passa a ser privilegiada sobre as outras, é preciso muito tempo e contestação para que seja revista, e à essa resistência que Nelly Oudshoorn (1994) chama de o poder das estruturas que já existem.

A esse respeito, Michel Foucault certamente foi o principal autor a mobilizar uma virada discursiva das ciências sociais, a começar por *Arqueologia do Saber*, obra na qual rechaça essa pretensão em distinguir com tanta clareza e ênfase os grandes tipos, gêneros ou formas de discurso, como a ciência, literatura, filosofia, religião, história, ficção, etc (2009, p. 22). O autor argumenta que tais categorias não existiam quando muitos dos textos que apreciamos foram escritos, e mesmo quando os textos já foram escritos dentro dos limites de uma disciplina, elas jamais deixaram

de ser categorias reflexivas, complexas e relacionais em vez de esotéricas e intrínsecas (Idem). Alguns anos mais tarde, Foucault arriscou conceituar este elemento igualmente poderoso e abstrato:

Os discursos são elementos táticos, ou blocos, que operam no campo das relações de força; podem existir discursos diferentes e até contraditórios dentro da mesma estratégia; pelo contrário, eles podem circular sem mudar sua forma de uma estratégia para outra. Estratégias contrárias acessam discursos contemporâneos até um período particular do passado, se faz necessária a utilização de dados criados no período – isto é, reunir e analisar textos. (FOUCAULT, 1978, p.101-102)⁶

As colocações do autor implicam que todas essas “modalidades” de discursos – se assim quisermos chamar – foram e continuam sendo produzidas pelos mesmos processos, ferramentas, figuras de linguagem. Claro, é preciso ter em mente que Foucault não inventou a crítica do discurso – lócus de análise explorado por áreas variadas de conhecimento há vários séculos, incluindo as já citadas linguística e filosofia e, até mesmo, a medicina –, mas é seguro afirmar que ele elevou a prática a patamares inéditos, institucionalizando uma metodologia e um tipo de abordagem muito característica a que se convencionou chamar de análise foucaultiana do discurso.

Para mim, a dissolução das fronteiras disciplinares é possivelmente a maior contribuição de Foucault para a produção de conhecimento, isso porque sua obra e metodologia conseguiram reunir toda sorte de estudiosos, disciplinas e áreas de pesquisa ao seu redor. O autor popularizou esse conhecimento até então de nicho, que era a análise do discurso, e equipou uma série de gerações para realizá-las em alto nível, aliando o conjunto de ferramentas que disponibilizou àquele cunhado no contexto disciplinar dos outros pesquisadores.

Esse apagamento das fronteiras rígidas entre as redes de produção de conhecimento fez com que as mais diversas disciplinas olhassem não apenas para as proposições do autor, mas também de muitos outros anteriores a ele, que destacavam o poder do discurso como sendo não apenas descrever, mas especialmente de produzir versões do mundo social. Desse modo, a importância de analisar estes elementos táticos criticamente vem precisamente de colocar em perspectiva tudo o que se estabeleceu por meio de sofisticados processos históricos

⁶ Todas as traduções deste trabalho são da própria autora.

como verdade absoluta. A análise crítica do discurso é, portanto, uma tentativa de recuperar e compreender as complexas relações entre a linguagem, as práticas e o poder.

Por mais que as ciências humanas, em geral, tenham investido muito mais tempo e esforços nessa prática analítica, preciso ressaltar que um dos trabalhos recentes que mais aprecio sobre o assunto no que concerne à aplicação prática desse quadro conceitual veio da área da saúde. Em 2013, Kuper et al. escreveram um breve artigo⁷ sobre educação e medicina no qual ressaltam a importância crítica do discurso para a formação de pesquisadores e cientistas. Os autores são muito objetivos em sua leitura das teorias foucaultianas e muito instrumentais em sua interpretação sobre a instituição de regimes de verdade. A seguir estão alguns dos pontos centrais em que a análise do discurso é essencial para a produção de conhecimentos médicos de acordo com Kuper et al:

Fazer mudanças significativas na educação médica requer questionar ideias tidas como verdades sobre o que a educação médica é e o que deveria ser. As abordagens históricas, discursivas e de análise de texto, que são utilizadas amplamente e com sucesso fora da pesquisa de educação médica, podem aprimorar nosso campo ajudando-nos a "fazer coisas estranhas" aceitas como "normais" ou "naturais". A história não é um desenvolvimento linear para uma melhoria progressiva, mas sim uma construção fluida incorporando múltiplas perspectivas contextuais. A análise do discurso permite que os pesquisadores compreendam os efeitos e as relações de linguagem, práticas e poder em nossos pressupostos atuais sobre educação médica. A análise de texto, embora frequentemente usada em conjunto com a análise do discurso, também pode ser útil para a realização de muitos outros tipos de pesquisa qualitativa. (2013, p.849)

Para Kuper et al., a análise do discurso e do texto é tão importante para a disciplina médica precisamente porque a literatura científica está entre os gêneros textuais a que atribuímos maior confiabilidade – ou melhor, porque este é o gênero que consideramos ter a maior proximidade com a realidade. Nesse sentido, é essencial manter em mente que essa realidade não é a-histórica, rígida e especialmente não é desconectada das demais redes discursivas. Aplicando tais pressupostos ao contexto do HIV/AIDS, Treichler acrescenta:

⁷ KUPER et al. Looking back to move forward: using history, discourse and text in medical education research: *AMEE guide* no. 73. 2013

A AIDS não se diferencia nesse aspecto de outras construções linguísticas que, no ponto de vista do senso comum, transmitem ideias preexistentes e representam entidades do mundo real, mas que na verdade não fazem nenhum dos dois (...) [ela] é construída por meio da linguagem e em particular por meio dos discursos da medicina e da ciência; essa construção é “verdade” ou “real” apenas de algumas maneiras específicas – por exemplo, na maneira como tem sucesso em direcionar pesquisas e facilitar o controle clínico sobre a doença. (...) Nós não podemos olhar através da linguagem para determinar o que a AIDS realmente é. Em vez disso, devemos explorar o lugar onde essa determinação realmente acontece e interferir no ponto onde o significado é criado: na linguagem. (1999, cap. 1: p.2)

O discurso, portanto, é produzido, reproduzido e disseminado pelas mais variadas frentes e das mais diversas maneiras: dado o contexto apropriado, uma fotografia é discurso, uma música, uma camiseta azul ou vermelha, uma imagem, quatro ou cinco notas tocadas em uma ordem específica, as cores do arco-íris, uma roupa preta. Convencionou-se, no entanto, que o formato mais puro, respeitável, verdadeiro e objetivo de disseminar o discurso médico e científico é o texto. Bem, você está *lendo* esta tese em vez de assistir a um *ballet* em três atos que coreografei, não é mesmo? Quando unimos então um gênero cuja autoridade se consolidou no século XIX e XX por meio da standardização nosológica e cientifização, como foi a medicina, e um formato universalmente estimado e validado, como o texto, temos a literatura médica.

Outro autor da área da saúde – dessa vez da psicologia – que teve grande sucesso em organizar e sintetizar pontos-chave da análise crítica do discurso de maneira prática foi Ian Parker (2002). Resumo, a seguir, os aspectos do quadro de referências montado por este autor a partir de uma perspectiva majoritariamente foucaultiana da crítica ao discurso que me guiaram nesta empreitada não apenas de análise, mas também de compreensão de um objeto tão abstrato como fundamental.

Optei por partir das interpretações de Parker⁸ porque entendo que elas têm grande valor instrumental e operam como ótima revisão da vasta literatura sobre análise do discurso. Os principais pontos que destaco são: a) o mundo é textual, os objetos são, a todo momento, colocados em palavras; b) os discursos têm história e devem ser pensados sempre em relação ao tempo; c) os discursos são constituídos a partir de declarações que oferecem uma versão de mundo descrita como realidade; d) é preciso prestar atenção à maneira como a

⁸ Que, por sua vez, se baseiam no trabalho de Shaw e Greenhalgh (2008)

linguagem é usada, como os objetos são descritos e referidos, e na terminologia usada para produzi-los; e) descrever discursos é criar discursos, e por isso eles devem ser sempre pensados como uma trama embolada e cheia de nós de argumentos; f) os discursos e o poder estão tão próximos que falar de um é falar do outro.

Dito isso, explicitarei a seguir os tipos de material, objetos, metodologia, teoria e ferramentas conceituais que utilizei na produção deste trabalho com o propósito de analisar criticamente os discursos sobre o corpo feminino na epidemia HIV/AIDS. Também narrarei brevemente a trajetória que me levou a este tema explicitando a localização ativista e acadêmica a partir da qual produzi esta pesquisa e que é tão essencial para compreendê-la enquanto trabalho acadêmico, mas também como empreendimento político, pois se é verdade o que Margaret Atwood afirma e uma palavra seguida de uma palavra seguida de uma palavra é poder, então, é também por meio da linguagem que podemos tomá-lo.

1.4 O caminho até aqui

Minha aproximação com o tema HIV/AIDS enquanto pesquisadora pode ser considerada um tanto quando tortuosa. Embora eu tenha, ainda criança, tido contato com a síndrome na posição de parente de uma pessoa infectada, até alguns anos atrás esta questão de saúde enquanto experiência coletiva só existia para mim como uma abstração bastante vaga da experiência e da vivência singular do sujeito enfermo. Foi só ao longo dos dois anos da pesquisa que culminou em minha dissertação sobre pornografia feminista⁹ que me vi inquietada pela síndrome enquanto fenômeno sócio-histórico, pois, uma vez que seu advento é essencial para compreender o mercado erótico contemporâneo, senti necessidade de dedicar um capítulo da dissertação à análise deste evento.

Foi, portanto, destas leituras sobre o impacto da síndrome e da epidemia nas concepções e no comportamento sexual do ocidente que surgiu meu interesse em compreender como a AIDS “veio à existência” – como ela foi instituída como fato científico e problema médico entre disputas de várias ordens. Foi também a partir

⁹ COSTA, Larissa. *Pornotopia: história, desafios e reimaginações das pornografias feministas*. 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

daí que atentei para as experiências muito diferenciadas de determinados grupos sociais diante da então nova “doença”: toda a bibliografia com que tive contato apontava para o fato de que marcadores econômicos, sexuais, étnicos, etários e outros haviam produzido manifestações muito variadas da síndrome. Desde então interessei-me particularmente pela questão de como manifestações tão acintosamente diferenciadas do que seria, a princípio, um único evento pandêmico, se conformaram de tal modo porque a AIDS esteve desde o início fundamentada na concepção da diferença entre corpos e populações enquanto fatos biomédicos.

Nos momentos iniciais do doutorado, quando esta tese era apenas um projeto, eu pretendia me valer de técnicas de pesquisa documental e de campo para realizar um trabalho comparativo e uma narrativa sobre como a síndrome da imunodeficiência adquirida tem sido materializada de maneiras inteiramente distintas nas regiões correspondentes à África Subsaariana e à Europa Ocidental e América do Norte. Partindo de conceitos-chave como “marcadores de diferença”, “interseccionalidade” e “materialidade” pretendia investigar como estas duas variantes regionais da síndrome.

Conquanto muitos destes objetivos tenham permanecido, meu objeto de pesquisa sofreu mudanças significativas. Tal virada se deu especialmente depois da qualificação da tese na qual as professoras Daniela Knauth e Paula Sandrine Machado apontaram, entre outras coisas, que partes importantes dos meus dados eram antiquados – especialmente, como destacou a professora Knauth, sob a luz das recentes diretrizes do 909090 que trazia mudanças significativas sobre como a relação entre o HIV e a AIDS se relacionavam.

Embora sejam parte essencial da prática e da qualidade acadêmica, as críticas frequentemente nos colocam em um lugar de desconforto e insegurança. Entrei em uma espiral de desconfiança sobre minha capacidade de tratar de um tema com uma literatura tão ampla e tão dinâmica como é a da AIDS, e especialmente sobre minha capacidade de produzir algo que oferecesse qualquer tipo de dado, interpretações ou perspectivas frescas para o campo ou para a disciplina. Por outro lado, foram esses mesmos apontamentos que me levaram a buscar novas informações, expandir meu leque de autores e leituras, e a, posteriormente, chegar no interesse de pesquisa que culminou nessa tese.

Quando retomei a pesquisa da tese alguns meses depois de me dedicar à escrita de artigos e outros empreendimentos dentro do programa de pós-graduação,

a primeira coisa que fiz foi ler sobre o 909090 – estas três dezenas repetidas que me encaravam feio toda vez que eu abria meu caderno de notas. Reproduzo aqui o resumo da estratégia como descrita no próprio documento:

Está se formando um movimento forte de construção de uma nova **narrativa** sobre o tratamento do HIV e uma nova meta definitiva e ambiciosa, porém alcançável: Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus. Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente. Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. (UNAIDS, 2016, p.1)

Mas não ficou claro imediatamente porque, além de ambicioso, as novas diretrizes (ou, como descrito, as novas narrativas) eram um divisor de águas na história epidemia. O motivo para a estratégia receber tanto destaque – e gerar alguma controvérsia – advém da recomendação que indivíduos soropositivos fossem tratados com antirretrovirais a partir do momento do diagnóstico, não mais precisando atingir os antigos padrões de referência que se baseavam na contagem de células CD4¹⁰. De acordo com a nova abordagem, um número expressivamente mais alto de pessoas no mundo entrariam obrigatoriamente em um regime de medicalização.

Apesar desta mudança que provavelmente será vista em retrospectiva como um dos grandes marcos do combate à epidemia, foi outra questão abordada pelo 909090 que chamou a minha atenção. Um dos aspectos que mais saltam aos olhos no documento é a ênfase sobre a feminização da epidemia, a progressão assustadora da infecção entre mulheres e o destaque dado às necessidades específicas dessa população. Claro, essa não foi a primeira vez que as mulheres receberam atenção das políticas globais de saúde no que se refere à AIDS – mas a ênfase e centralidade dada à necessidade de controlar a epidemia dentro deste grupo foi ímpar.

Nesse mesmo período, deparei-me com uma entrevista – que retomarei mais adiante no texto – sobre o crescimento do número de mulheres na epidemia que me causou grande impacto, e foi aí que tive o estalo. A relação entre meu objeto de

¹⁰ O tipo celular (também chamados de linfócitos T) que é destruído pela infecção pelo HIV. O vírus se liga a uma molécula que se expressa na superfície destes linfócitos e que se chama CD4. Uma pessoa “saudável” deve apresentar algo em torno de 1000 células CD4 para este volume de plasma – se este número for inferior a 200 o indivíduo transita da categoria de portador de HIV e passa a ser percebido enquanto paciente com AIDS.

interesse naquele momento e toda minha formação acadêmica e atuação política voltadas para o estudo e combate das desigualdades de gênero convergiam de um modo que, até então, eu não havia sido capaz de enxergar. Convencida de que minha pesquisa seria melhor localizada nas proximidades do que chamamos hoje de estudos feministas da ciência e olhando para minha história como pesquisadora e ativista, reformulei meu objeto. Ficou claro que não era possível – ao menos para mim – escrever sobre diferença, ciência e materialidade sem prestar conta da centralidade que os estudos feministas tiveram, não apenas sobre minha formação, mas sobre o próprio campo dos estudos sociais da medicina, da ciência, e da tecnologia. Nesse sentido, a qualificação foi uma experiência igualmente dura e essencial; ela foi um ponto de virada indispensável.

Embora acredite que meu trabalho tenha amadurecido em diversos aspectos nesses dois últimos anos em que o reconstruí praticamente do zero, tenho certeza de que ainda tenho muito a conhecer sobre o campo. Mas, por mais que o objetivo de toda pesquisa seja proporcionar informações fidedignas, tenho a convicção de que, para produzir conhecimento de maneira relevante, é preciso ir além disso. Nesse sentido, procurei entregar aqui uma análise discursiva de qualidade baseada em um conjunto de dados vasto e cuidadosamente avaliados. Mais que isso, tentei produzir um trabalho, como tantos outros que admiro, tão sólido quanto declaradamente politizado – qualidades que para mim, longe de se obstarem, se complementam.

1.5 Corpo de conhecimento

Este é um trabalho antropológico não muito diferente de vários outros cuja fonte principal de análise advém de materiais escritos. Retomando a discussão que levantei na dissertação – pesquisa na qual também trabalhei tendo como campo primariamente arquivos – considero que trabalhos com fontes documentais sejam cada vez mais recorrentes e bem elaborados. Nesse quesito associo a crescente aproximação da antropologia – tanto com as disciplinas que pertencem ao seu “sistema” de afinidades teóricas e temáticas, quanto com aquelas que se encontram mais distantes neste espaço – como responsável por essas experimentações metodológicas que acabam por ser naturalizadas na medida em que produzem

reflexões tidas como relevantes. Neste aspecto, aprecio particularmente a colocação de Olivia da Cunha, à qual também faço referência na dissertação (2004, p.293):

documentos não falam e o diálogo com eles — quando alvo de experimentação — implica técnicas não exatamente similares às utilizadas no campo. No entanto, os antropólogos têm pretendido bem mais do que ouvir e analisar as interpretações produzidas pelos sujeitos e grupos que estudam, mas entender os contextos — social e simbólico — da sua produção. Aqui me parece residir um ponto nevrálgico que possibilita tomarmos os arquivos como um campo etnográfico. Se a possibilidade de as fontes "falarem" é apenas uma metáfora que reforça a idéia de que os historiadores devem "ouvir" e, sobretudo, "dialogar" com os documentos que utilizam em suas pesquisas, a interlocução é possível se as condições de produção dessas 'vozes' forem tomadas como objeto de análise — isto é, o fato de os arquivos terem sido constituídos, alimentados e mantidos por pessoas, grupos sociais e instituições.

Tendo dito isso, esclareço que esta tese tem se inspirado metodologicamente em trabalhos tais quais os levados a cabo por Paula E. Treichler (1999), Nelly Oudshoorn (1994), Fabíola Rohden (2000), Steven Epstein (1996; 2007), Amade M'charek (2010; 2013) – cujas pesquisas operam nestas intersecções entre história, medicina e ciências sociais tratando com responsabilidade o tipo de material e o contexto em que foram produzidos sem deixar de levar em conta em nenhum momento as idiossincrasias deste tipo de etnografia.

Ainda nessa questão, concordo com Kuper et al. quando afirmam que, assim como na maior parte das metodologias qualitativas, quatro métodos compõem os pilares fundamentais da análise do discurso: entrevistas, grupos focais, observação e análise de textos (2013, p.855). A análise crítica do discurso pode ser feita a partir de um, alguns, ou todos esses métodos sem comprometer a qualidade, no entanto, cada um parece mais apropriado a um tipo de interesse em particular.

Tomemos a observação, por exemplo. Existem limitações evidentes e intransponíveis no método de observação: ela precisa ser feita em um local específico e necessariamente no presente limitando assim o acesso a dados e principalmente a perspectivas e interpretações que prevaleceram no passado. Um dos pontos fortes desta metodologia, por outro lado, é que ela não apenas oferece uma amostragem sólida dos discursos que detêm a hegemonia no presente, mas também permite um vislumbre de tendências e discursos emergentes (KUPER et al., 2013). No que se refere ao universo médico científico, a observação pode ser

realizada tanto em seus ambientes próprios de trabalho - o hospital, a clínica, o laboratório -, como nos locais destinados à disseminação do discurso entre seus pares, como nas universidades, salas de aula, congressos, seminários e outros.

Sobre as entrevistas e grupos focais, podemos dizer que também sofrem as limitações do tempo e espaço – mas permitem, ao contrário da observação, que o passado seja acessado por reminiscências e experiência de vida dos envolvidos. O contato pessoal, tão celebrado enquanto metodologia nas ciências sociais, é indiscutivelmente um meio termo privilegiado de acesso aos discursos do presente e passado simultaneamente, mas é preciso manter em perspectiva que as narrativas oferecidas pelas pessoas hoje estão profundamente embebidas de significados atuais de modo que entrevistas, mesmo quando recuperam eventos do passado, são mais representativas dos discursos em circulação no momento (Kuper et al., 2013).

Em contraste com os métodos previamente mencionados, os textos operam, portanto, como fossilizações de discursos de várias épocas – e esse é seu principal trunfo enquanto objeto de análise. Se, como estabeleci previamente, a crítica do discurso precisa levar em conta a historicidade das convicções e verdades, recuperar os discursos que circulavam e predominavam no passado, torna-se uma empreitada essencial, e para “acessar discursos contemporâneos a um período particular no passado, torna-se necessário usar dados criados naquele período – isto é, reunir e analisar textos”. (KUPER et al., 2013, p.855)

Como já estabeleci anteriormente, textos são um objeto de análise primordial para esta tese – seja na forma de documentos e artigos científicos, diretrizes e documentos de instituições globais de saúde, arquivos de imagens, livros historiográficos. Mas acredito que os outros métodos de análise do discurso possuem qualidades particulares que podem adensar significativamente uma pesquisa majoritariamente documental. Valorizando, sempre que possível, o método de observação e o contato interpessoal, investi em três empreendimentos que foram absolutamente centrais para a conformação deste trabalho como lhes apresento.

O primeiro deles se refere ao curso de Epidemiologia para Biomedicina lecionado pelo Dr. Jair Ferreira e Dr. Sergio Luiz Bassanesi que cursei no Instituto de Ciências Básicas de Saúde (ICBS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) ao longo do segundo semestre de 2015. O contato direto com esses especialistas me proporcionou não apenas um maior entendimento sobre as definições, terminologias, gramática e os aspectos biológicos da AIDS enquanto

síndrome e epidemia, mas também me permitiu compreender alguns dos aspectos singulares da manifestação da doença em diferentes contextos. Além disso, se a ideia de materialidade é tão central à minha narrativa, o entendimento dos aspectos fundamentais da questão a partir de categorias biomédicas me pareceu um exercício imprescindível para pensar em como tais materialidades não podem ser dissociadas dos processos culturais de assimilação e da performance da doença.

A disciplina de epidemiologia funcionou principalmente como um primeiro avanço e aproximação em direção ao universo da AIDS e, principalmente, dos discursos que a cercam. É preciso lembrar que o interesse nesse tema é bastante recente em minha vida de modo que, quando assumi a responsabilidade de ingressar em um cenário de pesquisa tão sólido e histórico como o do HIV, vi-me também diante do desafio de aprender um “novo idioma”. Claro, não concluí o curso com fluência no tema – na verdade, acho imprescindível reconhecer que ainda tenho um longo caminho para percorrer nesse sentido. Mas devo meu agradecimento aos professores que me aceitaram como aluna especial, debateram comigo dentro e fora de sala como fariam com qualquer de seus estudantes e permitiram que eu tivesse a confiança para transitar em um contexto inteiramente novo com a possibilidade de me comunicar e pedir direções.

Além dessa experiência incipiente entre os alunos de biomedicina, duas oportunidades etnográficas realizadas na cidade de São Francisco foram de grande importância para este trabalho e serão mencionadas em mais detalhes em momentos pontuais da minha narrativa: o congresso *Improving the Management of HIV Disease®: An Advanced CME Live Course in HIV Pathogenesis, Antiretrovirals, and Other Selected Issues in HIV Disease Management* promovido pela *The International Antiviral Society–USA*¹¹ (IAS–USA) em 25 de maio de 2017 na *University of Berkeley*, e visitas e entrevistas realizadas no abrigo *A Woman’s Place*¹² nos meses de maio e junho com funcionárias e residentes.

¹¹ “A missão do IAS-EUA é melhorar a prevenção, tratamento, cuidados e qualidade de vida para pessoas portadoras ou com risco de adquirir o HIV, vírus da hepatite C ou outras infecções virais através de uma educação de alta qualidade, relevante, equilibrada, visando as demandas do público. Além de informações de profissionais e cientistas que estão ativamente envolvidos em cuidados médicos e pesquisas. (...) [Ele] tem uma missão claramente definida e ampla rede de especialistas experientes e comprometidos na gestão do HIV e outras infecções virais, e é reconhecido por programas educacionais independentes de alta qualidade.” ABOUT IAS–USA. Disponível em: <<https://www.iasusa.org/about>>. Acesso em: 12 out. 2017.

¹² “*A Woman’s Place* (AWP) é o único serviço residencial de apoio de 24 horas em São Francisco oferecendo abrigos de emergência e programas de tratamento de longa duração para mulheres e mulheres transexuais com

O que eu procurei ao longo de toda a viagem e dessas duas experiências em particular foi vivenciar os discursos em redes variadas, mas em primeira mão. Sendo assim, se as aulas de epidemiologia funcionaram como uma introdução ao idioma, a viagem a São Francisco – considerada por muito tempo como o epicentro da epidemia – foi uma experiência de imersão completa. No entanto, deixarei para relatar esses eventos em mais detalhes em capítulos posteriores.

Além dos dois episódios mencionados, também realizei entrevistas com duas pessoas que foram muito importantes para este trabalho e a quem devo extensos agradecimentos: Bebe, a assistente social que me guiou nas visitas ao *A Woman's Place* e a pesquisadora e médica Regina Barbosa, que atua na Universidade Estadual de Campinas e integra o Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. Embora eu tenha abordado as duas com uma entrevista semiestruturada, o que se desenvolveu foi muito mais uma conversa informal onde as duas responderam às questões principais que levei, mas também tiraram dúvidas sobre o campo, terminologias e a história da epidemia, sempre com gentileza e entusiasmo. Embora boa parte destas trocas de ideias não estejam reproduzidas neste trabalho, seu valor inestimável está presente em cada uma das páginas que se seguem.

Finalmente, explico os procedimentos de seleção e organização dos textos analisados. Evidentemente, como um dos maiores acontecimentos na área medicina do último século, pesquisas sobre HIV/AIDS estão presentes em praticamente qualquer publicação sobre saúde, o que tornou a seleção documental um desafio por si só. Algumas perguntas essenciais precisavam ser respondidas antes que eu definisse um recorte para a análise textual: 1) que tipo de textos?; 2) como eles seriam obtidos?; 3) produções de que período?; 4) por que aqueles textos e não outros?

Para tomar estas decisões essenciais, guiei-me largamente pelos apontamentos de Parker (2002) e Kuper et al. (2013). O primeiro passo foi decidir com que tipo de texto trabalhar levando em conta o público de destino: textos

necessidades especiais devido a problemas psicológicos, violência sexual ou doméstica, abuso de drogas e álcool, e problemas relacionados ao HIV + / AIDS. (...) [Ele] também aceita vítimas de agressão sexual e violência doméstica, bem como mulheres transgêneros e idosos com necessidades médicas especiais. Alguns dos programas especializados incluem um sistema de abrigo, um programa de 18 meses para realizar a transição habitacional, o programa CARE voltado para mulheres afro-americanas e transgêneros com HIV, e um programa de abuso de substâncias. ” A WOMAN’S PLACE. Disponível em: <<http://www.catsinc.org/a-woman-s-place.html>>. Acesso em: 12 out. 2017.

publicados com a intenção de serem lidos pelo maior público possível, como revistas, jornais, livros e publicações online?; textos com conteúdo privado ou destinados a um pequeno grupo, como e-mails, cartas, cadernos de notas?; textos credíveis (ou com autoridade), como são referidos, por exemplo, os artigos em periódicos médicos?

Minha questão principal – e isso eu já delimitara – é analisar o poder da ciência de produzir corpos, como essas operações se dão por meio da linguagem e do discurso e quais as suas consequências. O discurso que me interessava analisar, era o da feminização do HIV/AIDS. Havia, portanto, um interesse expresso em montar um corpo de publicações credíveis que pudesse ser tomado como representativo do discurso científico dominante, que fizesse sentido dentro da história da epidemia ao mesmo tempo em que fosse objetivamente analisável. Como bem sugerem Daniela Knauth e Paula Machado, acredito que podem ser interpretados como “expressão do discurso hegemônico da medicina” aqueles que tem a autoridade assegurada pelo fato de terem sido produzidos por especialistas, e publicados em periódicos importantes (2013, p. 232). A opção por revistas internacionais em detrimento das nacionais, nesse caso, se justificaria primeiramente em decorrência do foco em um fenômeno que é descrito como global, como é o caso da feminização, e, em segundo lugar, em razão do regime de credibilidade e prestígio em que operam pelos motivos que explicitarei a seguir.

Esse conjunto de indicadores aliados aos meus interesses de pesquisa me deram um bom indicativo de onde procurar: a quase totalidade dos materiais publicados em periódicos de medicina no último século podem ser acessados online pela base de dados internacional chamada PubMed/Medline¹³, mas seria no mínimo contraproducente revisar todo o conteúdo publicado nos últimos quase quarenta anos sobre mulheres e HIV/AIDS. Além disso, eu ainda tinha uma decisão igualmente pertinente a ser tomada: quando.

Era do meu interesse analisar o discurso médico sobre as mulheres e a feminização desde os momentos mais embrionários da epidemia, o que me deixava com um ponto de partida claro: artigos publicados a partir de 1981 (ano em que a

¹³ A PubMed/Medline é uma base de dados norte-americana que reúne publicações de revistas médicas do mundo inteiro. Seu acervo é o maior dentre aqueles referente a pesquisas médicas (o segundo maior pertence à base Global Health). “MEDLINE is the U.S. National Library of Medicine’s premier bibliographic database covering the fields of medicine, nursing, dentistry, veterinary medicine, the preclinical sciences, health administration, and the health care system”. Disponível em: <<http://www.library.usyd.edu.au/databases/health.html>>. Acesso em: 31 de out. 2016

epidemia foi reconhecida e das primeiras pesquisas sobre AIDS). Meu ponto final, no entanto, precisou ser decidido baseando-me majoritariamente em conveniência. Delimitei, desse modo, que as últimas publicações que comporiam este trabalho seriam do ano de 2016, afinal, não seria produtivo acompanhar o que estava sendo publicado sobre meu objeto de pesquisa ao mesmo tempo em que escrevia a tese.

Decidi, portanto, que, no que concernia à análise textual, trabalharia com textos entendidos como credíveis publicados em um período que cobre aproximadamente 35 anos de história e acessados por meio da base de dados PubMed/Medline priorizando os arquivos de periódicos médicos que tivessem as seguintes características: estivessem entre as principais publicações do gênero no cenário global e possuíssem um fator elevado de impacto¹⁴ – o que lhes tornaria, em algum nível, representativos do discurso científico hegemônico; que me permitem acompanhar os discursos sobre a epidemia desde o início até hoje – uma das características privilegiadas para a análise crítica do discurso, como mencionado.

Levando esses fatores em consideração, decidi que o cerne de artigos científicos que analisaria para este trabalho seria formado pelo *The New England Journal of Medicine* (NEJM) e *The Lancet*. Embora nenhum dos dois sejam periódicos médicos especializadas em HIV/AIDS, ambos estão entre os cinco periódicos de medicina mais importantes do mundo (SUMATHIPALA et al., 2004; LANCASTER et al., 1989; SENGUPTA E KUMARI, 1991; Epstein, 1996) além de publicarem pesquisas desde o ano 1 da epidemia sendo representantes respectivamente as teorias e impressões prevalentes entre cientistas dos Estados Unidos e Europa. Com a expansão impressionante da epidemia pelo mundo, emergiram, inevitavelmente, periódicos dedicados exclusivamente ao estudo do HIV/AIDS. No entanto, ao longo de todo esse tempo, o *The Lancet* e o NEJM detiveram as posições de primeiro e segundo lugar no quesito fator de impacto de publicações sobre medicina a maior parte do tempo, o que reforça o lugar central que ocupam nas redes de produção do saber médico e científico. Além disso, vale destacar que ambos os periódicos mantiveram um volume relevante de artigos sobre HIV/AIDS ao longo das décadas, competindo em impacto e citações com algumas publicações direcionadas.

¹⁴ O Fator de Impacto é uma métrica da cientometria que avalia a quantidade de citações recebidas por um periódico. Esse parâmetro é indicativo da influência das revistas avaliadas.

Creio que é inegável a importância das duas revistas para a medicina no âmbito da saúde global e para a epidemia da AIDS em específico, mas considero essencial destacar o quanto é problemático e sintomático que um periódico estadunidense e outro britânico possam ser tomados como representativos de um discurso científico prevalente e de um sistema de pensamento dominante. Na literatura médica, esse fenômeno é chamado de divisão 10/90 (SUMATHIPALA et al., 2004):

Os órgãos nacionais e internacionais preocupados com a ética da pesquisa precisam enfrentar o maior desafio ético - as enormes desigualdades na pesquisa global em saúde. Assim, menos de 10% dos recursos de pesquisa do mundo destinam-se a 90% dos problemas de saúde. Embora 93% do fardo mundial de mortalidade evitável ocorra nos países em desenvolvimento, muito pouco financiamento de pesquisa é direcionado para problemas de saúde nesses países. Esta divisão no financiamento da pesquisa é refletida pelas preocupações quanto à divisão na proporção de publicações decorrentes da pesquisa médica em países em desenvolvimento. Uma pesquisa recente de seis periódicos psiquiátricos líderes revelou que apenas 6% dos artigos eram originários ou descreveram dados provenientes de regiões do mundo que representavam mais de 90% da população global (2016, p.1)

Essa desigualdade exorbitante, antes de prejudicar a análise do discurso médico, fornece uma série de informações essenciais para entender os processos de produção de textos e corpos que estão operando aqui, como deixarei mais evidente adiante no texto. Feita essa ressalva importantíssima, reforço algumas das principais qualidades que me fizeram privilegiar¹⁵ as revistas *The Lancet* e NEJM em detrimento de escolhas mais notoriamente dedicadas à síndrome: 1) como o tempo é um fator central para a principal metodologia e uma das teorias centrais que utilizo na tese, era essencial que os textos analisados compreendessem a epidemia desde o seu início; 2) essas publicações são valiosas enquanto expressão de um discurso predominante da ciência, uma vez que durante todos os 35 anos cobertos pelos textos analisados ambas se mantiveram entre os 25% de periódicos com maior Fator de Impacto tanto nos tópicos Medicina Geral como Doenças Infecciosas (índice Q1)¹⁶; 3) o NEJM e o *The Lancet* ocupavam, respectivamente, o primeiro e segundo lugares de periódicos de medicina geral com maior fator de impacto em 2014 e

¹⁵ Artigos de outros periódicos também foram avaliados em algumas ocasiões.

¹⁶ SCIMAGO JOURNAL & COUNTRY RANK. Disponível em: <<http://www.scimagojr.com/>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

2015¹⁷¹⁸.

Tendo estabelecido esses detalhes essenciais, restava definir como eu encontraria em quase quatro décadas de publicações as intersecções entre gênero e HIV que eu procurava. O primeiro filtro que usei, evidentemente, foi a palavra-chave AIDS – pois nos anos iniciais da epidemia o vírus ainda não havia sido descoberto – e HIV, HTLV-III e LAV (nomes pelos quais o vírus foi chamado por algum tempo). Finalmente, apliquei filtros dentro do filtro com as palavras *feminization, woman/women, female/females, sex, gender, mother, mother-to-child, vertical transmission, breastfeeding, prostitute/prostitutes* e *sex workers*¹⁹.

Tais palavras-chave foram selecionadas de acordo com minhas leituras exploratórias sobre gênero e HIV que indicaram que a maior parte das pesquisas realizadas sobre mulheres e a epidemia se referiam aos seguintes temas: transmissão vertical (ou de mãe para filho) e prostituição. Nesse caso, enquanto palavras-chave mais gerais, como *women, female* e *gender* tinham por intenção captar quaisquer artigos que mencionassem tais palavras no corpo do texto ou título, as demais foram pensadas com a intenção de encontrar pesquisas sobre mulheres que não necessariamente as mencionasse diretamente. Dentre as centenas de correspondências encontradas, selecionei aqueles que analisavam especificamente a síndrome/epidemia entre mulheres e descartei os que continham as palavras-chave, mas tinham outros tópicos por objeto de análise. Por fim, cheguei à contagem presente no Quadro 1 do Apêndice, que contabiliza todos os artigos que cumpriram os requisitos mencionados. Todos eles foram cuidadosamente analisados e alguns são diretamente referidos em citações ao longo desta tese.

Essas duas revistas serviram como base

Apesar de ter concentrado esforços nas duas revistas, não abri mão de citar, mencionar ou analisar publicações de periódicos variados com que me deparei ao

¹⁷ ABOUT THE LANCET. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/lancet/about>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

¹⁸ FACT SHEET. Disponível em: <<http://www.nejm.org/page/media-center/fact-sheet>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

¹⁹ Antes de prosseguir é preciso destacar que, ainda hoje, as definições sobre sexo e gêneros utilizadas por parte expressiva da literatura médica são hipersimplificadas (MILLER, V. et al, 2003) e foram resumidas pelo *Institute of Medicine* da seguinte maneira: sexo é geneticamente determinado, gênero se refere a identificação da pessoa como homem ou mulher. A questão, por exemplo, de pessoas transgênero ou transexuais apenas muito recentemente passou a ser aventada em artigos sobre HIV/AIDS e, ainda sim, sempre de maneira incipiente. Quando os artigos científicos citados ou mencionados nesta tese se referem, portanto a mulheres, é a definição de sexo como geneticamente/cromossomicamente definido que está sendo operado.

longo da pesquisa e que considere relevantes. De fato, uma série de textos inseridos no mesmo regime de credibilidade do *The Lancet* e do NEJM – embora pertencentes à arena das políticas de saúde muito mais que da produção de conhecimento científico – também é usada para análise textual e discursiva ao longo deste trabalho: os relatórios produzidos pelo UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS).

Sobre esse último, vale mencionar a divisão utilizada por Miguel B. Fontes (1999, p. 93). De acordo com o autor, existem três tipos principais de agência atuando em diferentes frentes no que concerne a epidemia HIV/AIDS: 1) Agências bilaterais: são agências de cooperação internacional de certos países desenvolvidos que têm como objetivo fomentar políticas programas projetos e ações que tem por objetivo o desenvolvimento econômico de países em desenvolvimento; 2) Agências multilaterais: são agências especializadas de cooperação internacional das nações unidas que, oficialmente, não são ligadas a nenhum governo, como é o caso da Organização Mundial de Saúde; 3) Agências multi-bilaterais: são aquelas permitem que agências bilaterais canalizem fundos para um país específico, como é o caso do programa UNAIDS.

O UNAIDS pode ser descrito como um esforço global de saúde para gerir e monitorar a epidemia da AIDS em escala mundial (pandemia). Ele opera dentro do sistema das Nações Unidas e é responsável por definir diretrizes baseadas em dados e estatísticas reunidos em todo o mundo. Na prática, a função do UNAIDS é advogar pelos direitos das pessoas vivendo com HIV – especialmente nas regiões de maior vulnerabilidade –, acompanhar de perto a evolução da epidemia e proporcionar respostas estratégicas e suporte técnico por meio de parcerias entre governos de diferentes países e o setor privado²⁰.

O valor dos documentos produzidos por essa instituição para esta pesquisa jaz, portanto, nos seguintes aspectos: eles permitem acessar, se não a progressão da epidemia, pelo menos a percepção global da epidemia em diferentes momentos, e permitem avaliar quais questões eram mais centrais e em que momento na perspectiva da saúde pública. É preciso ter em mente, no entanto, o abismo que há entre os objetivos e o público que estes dois tipos de textos credíveis estão tentando alcançar: enquanto os periódicos são essencialmente comunicações entre pares, os

²⁰ WHO WE ARE. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/howweare/about>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

textos produzidos e promovidas pelas instituições de políticas e saúde global estão falando simultaneamente com médicos, cientistas, investidores, governos, e também com o público leigo interessado.

Essas diferenças de formato e intenção também precisam ser levadas em conta para outros materiais que compõem esta empreitada analítica e que conta com notícias de revistas e jornais, livros, documentários, relatos pessoais, sites, documentos, leis, fotografias e diversas outras mídias – mas sempre levando em conta que estes movimentos entre redes discursivas são muito mais sutis, complexos e fluidos do que parecem. Discutirei mais a respeito destes movimentos logo a seguir ao introduzir os capítulos que se seguirão e ao descrever outros aspectos da metodologia de análise discursiva aqui empregada.

1.6 O caminho até lá

Diferentes trabalhos exigem metodologias diferentes, mas para além disso, existem muitas opções a serem tomadas pelo investigador. A análise textual, por exemplo, pode ter um escopo limitado com delimitações mais ou menos flexíveis, e há qualidades que serão privilegiadas por essa maior rigidez. Por outro lado, também é possível a opção por uma análise “mais fluida e eclética” (KUPER et al., 2013, p. 855) – modelo em que outro conjunto de características serão exaltadas. Particularmente, achei mais adequado aos propósitos desta tese trabalhar com o segundo tipo.

A vantagem que reconheço na segunda abordagem sobre a primeira advém do fato de que esta permite não apenas identificar redes discursivas mais complexas, mas também tramar uma narrativa mais elaborada. Na análise crítica foucaultiana, por exemplo, essa bidirecionalidade é uma marca fundamental: os textos não servem só para permitir o acesso ao discurso, mas também a outros textos, e a outras mídias: o movimento do discurso para o texto e do texto para o discurso acontece, portanto, todo o tempo (KUPER et al., 2013, p.857).

Esse movimento pendular é exatamente o que procurei realizar nas páginas a seguir: os artigos, as diretrizes, e mesmo os textos que operam em outros regimes de credibilidade que não o da ciência me ajudam a compor o cenário, o contexto, e são usados periodicamente como exemplos de materializações de um discurso

predominante. Os artigos do *The Lancet* e do NEJM serviram, portanto, de ponto de partida para que eu pudesse acessar discussões sobre o meu tema de interesse: eles me levaram a outros artigos, outros tipos de documento, outras redes. Portanto, longe de me limitar a esse conjunto de produções, utilizei a análise textual que fiz a partir das mesmas como patamar para alcançar um universo discursivo maior e mais intrincado.

Não creio ser essencial, desse modo, que cada passo analítico seja acompanhado de um enorme apanhado de textos médicos para que o argumento seja construído com solidez: as análises textuais realizadas neste trabalho devem ser vistas como exemplos e como guias que me conduziram a olhar para uma questão ou para outra. Conquanto sejam parte essencial do discurso científico hegemônico sobre HIV/AIDS, a análise de periódicos científicos é um *meio* para o cumprimento do meu objetivo de produzir uma análise discursiva, e não o seu fim. Além disso, é importante ter em mente que:

Não importa como um texto específico é selecionado, e, não importa como os dados tirados dele serão organizados, o próximo passo na utilização de um texto para pesquisa é, naturalmente, lê-lo e analisá-lo. Esses dois passos, de leitura e análise, estão intimamente ligados. É de se esperar que um pesquisador que lê um texto com um foco específico de pesquisa em mente imediatamente começará a pensar sobre como ele se relaciona com essa questão, com outros textos de pesquisa que ele já leu e com sua compreensão analítica desses textos até o momento. Além disso, as perguntas específicas que se moldaram em sua mente ao ler o texto (e as notas que ela tomara enquanto lê) seriam guiadas por sua orientação teórica e metodológica. Isso não é mais ou menos verdadeiro para uma análise de texto do que para uma análise de observações, entrevistas e grupos focais; a teoria e a metodologia irão orientar o pesquisador para a relevância de diferentes facetas de seus dados e lhe permitirão entrar no processo analítico. (Kuper et al., 2013, p.858).

O que pretendo ressaltar com esta observação é que, evidentemente, nem todos os textos e demais mídias avaliadas reproduzem necessariamente o tipo de discurso sobre o qual pretendo falar. Por outro lado, tenho questões bem definidas de interesse, e claro, foi ao redor delas que delimito meu corpo de pesquisa. Existe, portanto, toda sorte de trabalhos que fogem ao que será analisado aqui e, por vezes, eles serão mencionados, citados e considerados – mas, em última instância, não é sobre eles que estou escrevendo e, como procuro evidenciar, não são eles que constituem o discurso científico prevalente. Cabe a mim a tarefa de demonstrar que os exemplos que escolhi destacar são emblemáticos, relevantes e representativos

de um problema maior.

Finalmente, é a partir destes três grandes interesses – gênero, discurso e ciência – que pretendo analisar nos próximos cinco capítulos algumas das muitas concepções sobre mulheres e seus corpos que foram perpetrados pela medicina tomando como exemplo a epidemia HIV/AIDS e o fenômeno da feminização. Mas, antes de adentrar em uma análise densa sobre estas representações, precisei de dois capítulos para introduzir as principais discussões e preparar o terreno teórico e conceitual que julguei mais apropriado para realizar a análise destes discursos e das materializações que eles performam.

O primeiro capítulo, intitulado *O Rosto de uma Mulher*, apresenta o conjunto de temas pertinentes a este trabalho: a feminização da epidemia, a necessidade da antropologia e das ciências sociais de trabalhar com novas metáforas, as razões para tal, e os quadros referenciais que presumo mais adequados para esta tese. Além de introduzir temas e conceitos centrais, inauguro uma discussão mais geral sobre a divisão entre cultura e materialidade e como ambas se relacionam.

Enquanto isso, o segundo capítulo, *O Corpo de uma Mulher*, explora de maneira mais detalhada *como* um corpo é construído e performado por meio do discurso médico-científico, por meio de quais estratégias, gramáticas e representações. Além disso, faço um breve apanhado do que chamo de versão hegemônica da história da AIDS e de como ela se instituiu. Por fim, introduzo e explico o conceito de tropo, sua origem, e como ele será utilizado na tese além de outros aspectos centrais.

Do terceiro capítulo em diante, efetivamente me debruço sobre diversos materiais etnográficos para analisar os discursos sobre AIDS e feminização e compreender como o corpo feminino foi produzido, reproduzido e performado pela medicina desde eventos passados e ao longo da epidemia. Os três capítulos finais seguem o mesmo formato e tomei a liberdade, como explicarei a seguir, de desenvolvê-los sem preocupação com uma sequência temporal. Mais que isso, o tempo é uma questão que procuro desenvolver sempre em perspectiva utilizando uma ferramenta metodológica chamada objeto dobrado, a qual apresentarei na próxima seção. *O Corpo Invisível*, *O Corpo Discrepante* e *O Corpo Reprodutor* compõem, portanto, uma espécie de trilogia narrativa na qual cada um dos temas se relaciona de maneira diferente com a ideia feminização.

A ideia é relacionar as variadas versões do corpo feminino tradicionalmente

promovidas pela medicina à emergência de uma narrativa sobre como mulheres passaram a compor a maior parte dos infectados na epidemia. Para tal, desenvolvo cada um dos capítulos finais fazendo uso de referências e conceitos interdisciplinares propondo, desse modo, não apenas uma reflexão sobre as questões apresentadas, mas também sobre questões mais abrangentes para a antropologia enquanto disciplina – tanto de uma perspectiva teórica como metodológica no tocante ao problema da diferença, da representação, e da igualmente clássica e antiquada dicotomia cultura/materialidade

2 O ROSTO DE UMA MULHER

“Os meus olhos deviam ter a mesma expressão nos últimos anos, mas nunca notei. Bem que me olhava no espelho para ver que cara a pessoa tem quando sofre muito, mas era sempre o meu rosto. Cada vez mais achava que devia ter mudado muito, não se podia ser a mesma depois de tanta coisa, de tanta dor. Contudo, era eu.”²¹

— Lya Luft, *As Parceiras*

É perverso não se importar?

Na medida em que chegamos ao fim da segunda década do século XXI, a síndrome da imunodeficiência adquirida e a disseminação do HIV parecem assuntos cuja urgência e gravidade estão, a cada instante, mais distantes no tempo. Avanços na ciência – especialmente na qualidade e eficácia dos fármacos antirretrovirais – transformaram a epidemia de HIV/AIDS em algo contornável e em uma questão de saúde que não mais implica na decadência inevitável do sistema imunológico do indivíduo ou no desfecho de morte. Ainda conservamos bem nítidos na memória, no entanto, os rostos, vozes e lembranças daquelas pessoas próximas a nós que encerraram suas histórias com a doença antes de terem a oportunidade de vislumbrar tais avanços. Também recordamos com vividez as perdas irreversíveis de ícones mundiais memoráveis como Freddie Mercury, Rock Hudson, Anthony Perkins, Isaac Asimov, Michel Foucault; e personalidades locais não menos relevantes, como Betinho, Cazuza, Renato Russo.

Mas em um momento histórico tão atribulado como o atual em que os direitos humanos mais básicos pelos quais tantas pessoas lutaram, por vezes a troco de suas próprias vidas, são ameaçados e revogados abertamente e sem represálias, no qual grandes potências encarceram e matam homossexuais²²; no qual a população negra é perseguida, encarcerada, assassinada por forças brutais que atuam com o aval do Estado²³; no qual mulheres são deslegitimadas, desvalorizadas, estupradas

²¹ LUFT, Lya. *As parceiras*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

²² CHECHEN POLICE 'HAVE ROUNDED UP MORE THAN 100 SUSPECTED GAY MEN'. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2017/apr/02/chechen-police-rounded-up-100-gay-men-report-russian-newspaper-chechnya>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

²³ THERE IS NO JUSTICE IN AMERICA FOR BLACK PEOPLE KILLED BY COPS. Disponível em: <http://www.huffpostbrasil.com/entry/philando-castile-no-justice_us_59444c46e4b0f15cd5bb6415>. Acesso em:

e mortas tanto por estranhos como por seus familiares e companheiros²⁴; no qual mulheres lésbicas são invisibilizadas, acuadas e vexadas em seus ambientes de trabalho, abandonadas por muitas de suas famílias, violentadas e agredidas por homens para “corrigir seus desvios”²⁵; no qual pessoas pobres abandonam suas casas com seus filhos pequenos para não serem covardemente mortas pelo governo da pátria em que nasceram, mas que são rejeitadas pelas nações vizinhas, ridicularizadas, vilanizadas²⁶; nos quais pessoas são estigmatizadas e mortas por pertencerem a uma fé, ou por não pertencerem²⁷; no qual homens brancos são escusados por massacres, atos de terrorismo e todo tipo de atrocidade por privilégios raciais históricos e arbitrários que jamais sequer são mencionados²⁸; no qual governos e lideranças de direita e extrema direita ascendem embalados por indivíduos que se veem finalmente legitimados para torná-los públicos²⁹; no qual pessoas morrem de fome e de doenças curáveis há dois ou três séculos por puro descaso e em consequência de um sistema econômico perverso que transformou a saúde e a vida em produtos de luxo³⁰ – em um cenário tal qual o descrito, não é apenas compreensível que a epidemia HIV/AIDS tenha sido relegada a uma questão menor?

Grande parte da minha geração e da posterior (da década de 90 em diante) conheceu a epidemia HIV/AIDS por meio das histórias de vida das personalidades mencionadas, ou de obras do cinema, televisão, teatro e literatura, como *And the*

02 dez. 2017.

²⁴ 30 ALARMING STATISTICS THAT SHOW THE REALITY OF SEXUAL VIOLENCE IN AMERICA. Disponível em: <http://www.huffpostbrasil.com/entry/sexual-assault-statistics_us_58e24c14e4b0c777f788d24f>. Acesso em: 02 dez. 2017.

²⁵ ‘I WAS RAPED TO “CURE” ME OF BEING A LESBIAN’. Disponível em: <<http://www.marieclaire.co.uk/news/corrective-rape-first-person-6626>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

²⁶ SYRIAN REFUGEES: MORE THAN 5M IN NEIGHBOURING COUNTRIES NOW, SAYS UN. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2017/mar/30/syrian-refugee-number-passes-5m-mark-un-reveals>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

²⁷ ISIS SUICIDE ATTACK: MORE THAN 80 KILLED IN SOUTHERN IRAQ. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2017/sep/14/isis-kills-at-least-50-in-southern-iraq-attacks>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

²⁸ MOST OF AMERICA’S TERRORISTS ARE WHITE, AND NOT MUSLIM. Disponível em: <http://www.huffpostbrasil.com/entry/domestic-terrorism-white-supremacists-islamist-extremists_us_594c46e4e4b0da2c731a84df>. Acesso em: 23 dez. 2017.

²⁹ BREXIT, TRUMP, LE PEN AND THE RISE OF THE RIGHT: THE ANGER GOES GLOBAL. Disponível em: <<http://www.independent.co.uk/news/world/brexit-trump-le-pen-and-the-rise-of-the-right-a7443241.html>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

³⁰ AN ENTIRELY CURABLE DISEASE IS A TOP 10 KILLER AROUND THE WORLD. Disponível em: <http://www.huffpostbrasil.com/entry/tuberculosis-top-ten-killer-who-report_us_57feab2be4b0e8c198a5e095>. Acesso em: 23 dez. 2017.

band played on (1987), *Longtime companion* (1989), *Philadelphia* (1993), *Angels in America* (2003), *Rent* (1986), entre outros clássicos e mídias. De certo modo, conhecemos a história da AIDS do mesmo modo que conhecemos a da Segunda Guerra, ou a da Guerra Fria – com um distanciamento no tempo e espaço que talvez não nos permitam ter noção de sua dimensão enquanto evento que transformou cada aspecto da cultura das sociedades que vivenciaram estes momentos, ou que lhes sucederam.

Foi só depois que tive acesso à história da epidemia de uma perspectiva acadêmica que pude refinar minha interpretação sobre alguns aspectos da doença e, como foi muitas vezes necessário, que pude colocar abaixo uma série de convicções erigidas a partir dessa narrativa canônica construída especialmente em torno dos comportamentos de risco e da homossexualidade. Quantas versões da doença do HIV haviam sido subsumidas pela “história oficial”? Apesar de ter desenvolvido uma afinidade quase imediata por esse tema, foi só quando me dei conta da intersecção da epidemia com os contextos históricos que transformaram o corpo feminino no local essencial da diferença sexual e racial na biomedicina contemporânea (JACOBUS et al., 1990) que consegui definir com alguma clareza minha ambição com este trabalho.

Antes de prosseguir, no entanto, gostaria de explicitar que minha experiência com esta epidemia definitivamente não seria tal como a anteriormente descrita caso meu olhar fosse o de uma pessoa com marcadores sociais diferentes daqueles que primordialmente me constituem: mulher, lésbica, sul-americana, classe média, branca. Afinal, campanhas de saúde pública locais e globais frequentemente dispensam atenção especial à vulnerabilidade de grupos aos quais não pertencço, as produções culturais que contemplam personagens soropositivos não me ensinaram a pensar nesta condição como algo que poderia fazer parte do meu universo em qualquer momento da vida, minha educação sexual formal (como a da maioria das pessoas) extremamente precária relegou o HIV/AIDS ao espaço das DSTs que só me acometeriam em virtude de um descuido ou irresponsabilidade.

Não é por acaso, portanto, que as associações imediatas à perda realizadas por nosso imaginário sociocultural em relação à AIDS seja repleta de faces masculinas, brancas, e quase sempre de homossexuais. Não é um fato natural ou uma obviedade que nomes como Gia Carangi, Amanda Blake, Sirpa Lane, Ofra Haza, Prudence Mabele, Nisha Noor, Cláudia Magno não nos ocorram

imediatamente ao pensar na epidemia. A doença do HIV é hoje – e tem sido por vários anos – a principal causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva (15-44) no mundo³¹, mas foi apenas a partir da virada deste século que o número crescente de casos de HIV/AIDS nesta população – tanto no mundo ocidental como no oriental – passou a ser percebido enquanto uma questão prioritária de saúde global. As estatísticas e evidências cada vez mais sólidas finalmente fizeram com que instituições-chave, como a Organização Mundial de Saúde e o UNAIDS, passassem a dar mais atenção ao fato repetidamente apontado por clínicos no trato individual com pacientes, por epidemiologistas analisando de volumes macro de dados, e por cientistas sociais que pesquisavam a doença, pelo menos desde o início da década de 1990. A essa percepção de que as mulheres compunham um universo próprio e em constante expansão dentro da epidemia, chamaram feminização.

2.1 Uma breve história da feminização

Apesar de todas as minhas inseguranças sobre pesquisar HIV/AIDS, não tenho dúvidas de que é possível produzir análises igualmente competentes e variadas sobre um único tema. Além disso, um aspecto fundamental da síndrome parece qualificá-la enquanto objeto permanentemente relevante e inesgotável: a AIDS é uma condição de saúde que se materializa e se manifesta de maneiras absolutamente variadas em contextos específicos nos quais marcadores de diferença³², como raça, etnia, sexo, identidade sexual, classe, desempenham um papel fundamental. Nesse sentido, não podemos dizer que algumas das aflições da contemporaneidade, brevemente mencionadas acima, tenham se sobreposto em relevância às adversidades da epidemia em questão – muito mais que isso, elas decorrem e pertencem às mesmíssimas estruturas de repressão, sujeição e produção de diferença, e são estes mecanismos precisamente que pretendo analisar por meio deste trabalho, mas destacando um grupo de indivíduos historicamente preterido no que concerne à história natural, epidemiológica, clínica, e mesmo

³¹ Idem

³² Muitos autores usam “marcadores sociais da diferença”, mas como tenho como intenção reiterar a inexistência desta fronteira entre o que consideramos natural e social, usarei neste trabalho a terminologia “marcadores de diferença”.

sociocultural do HIV/AIDS: as mulheres.

O Brasil tem uma tradição longa e importante de estudos sobre HIV/AIDS contando com pesquisadores que acompanham a epidemia há muitos anos e estão frequentemente inseridos nas discussões nacionais e internacionais. A produção intelectual brasileira não apenas é vasta como também teve um papel central na revisão de alguns paradigmas antiquados sobre a doença do HIV, como justamente, na questão da feminização. A inserção das mulheres no discurso da saúde pública sobre a epidemia foi tardio, mas poderia ter sido ainda mais não fossem as produções vindas das margens apontarem que os padrões de disseminação observados nos centros urbanos euramericanos não eram condizentes com os dados encontrados nos países “periféricos”.

Devido ao impacto cultural de enormes proporções, a AIDS passou a ser um dos temas mais estudados pela antropologia do corpo e saúde logo que foi observada no cenário nacional. O estudo da epidemia, inclusive, ajudou a consolidar o centro de pesquisa do qual participo hoje. O Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande Sul, que está prestes a completar trinta anos, surgiu em decorrência de uma grande pesquisa porte sobre sexualidade, saúde reprodutiva e AIDS financiada pela OMS. Nesse sentido, sinto uma grande responsabilidade ao levar adiante, junto a outros colegas, o estudo de um tema tão importante para o nosso programa e núcleo de pesquisa. Tenho a impressão de que, depois de um período um pouco menos intenso de produções com essa temática, um novo grupo de estudantes tem se aproximado do assunto atentos às mudanças em andamento promovidas por novas tecnologias, como o PreP, ou recuperando o passado da epidemia sob perspectivas teóricas e metodológicas alternativas e mais interdisciplinares – que é o que pretendo realizar aqui.

Dito isso, quando o impacto desta doença sobre a saúde das mulheres finalmente começou a ser entendido em sua real dimensão, pelo menos duas décadas depois de seu advento, a urgência e a atenção pública massiva que a epidemia recebera nos anos iniciais já haviam largamente dispersado. Mais uma vez, isso aconteceu principalmente em decorrência da dissociação entre AIDS e morte, mas este afastamento não se deveu unicamente aos importantes avanços científicos e tecnológicos que asseguraram a alguns pacientes longevidade e qualidade de vida. Muito mais que isso, é preciso lembrar que falar da história desta

epidemia é falar invariavelmente da publicidade e divulgação em torno desta: de lemas, slogans e toda sorte de bordões que são cunhados como parte de estratégias para alavancar campanhas de saúde pública, diretrizes regionais e globais, e orientações gerais que se destinam, ora aos profissionais de saúde, ora a populações específicas. Richard Parker e Peter Aggleton comentam sobre o lugar ocupado por esse tipo de promoção na atualidade:

Qualquer um que tenha trabalhado internacionalmente com a epidemia HIV sabe a importância das políticas e sabe que a maneira como os problemas são enquadrados influencia a habilidade de adereçá-los efetivamente. É de vital importância, portanto, pensar criticamente sobre como a epidemia global de HIV deve ser descrita e os desafios que isso nos coloca. Também é imperativo que pensemos criticamente sobre uma mudança no discurso de 3 ou 4 anos atrás – que deixou para trás uma visão de “tristeza e melancolia” e assumiu uma postura mais otimista. (AGGLETON & PARKER, p.1552, 2015).

O que os autores discutem neste artigo é primordial e diz respeito a um regime de otimismo promovido especialmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) com suas metas como “O fim da AIDS em 2030” e “uma geração livre de AIDS”, que não apenas desviam a atenção das, mas parecem verdadeiramente negligenciar, repetidas estatísticas que apontam que a infecção por HIV aumenta ano após ano entre diversas populações, tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos. Como Aggleton e Parker bem apontam: “mesmo a olhada mais superficial sobre a epidemia HIV em 2015 sugere que nenhum dos vários slogans e metas promovidos para inspirar uma resposta global chega perto de oferecer uma estimativa acurada dos desafios que confrontamos” (AGGLETON & PARKER, 2015, p.1552).

Mas a frase que quero destacar aqui não foi cunhada pelas grandes instituições de saúde global com o propósito de promover estratégias ou publicizar metas, apesar de que vem sendo usada de maneira recorrente no século XXI depois de ser adaptada e desassociada de seu contexto inicial. “A AIDS tem o rosto de uma mulher” é parte de um discurso de Kofi Annan, secretário das Nações Unidas entre 1997 e 2006. O primeiro registro que encontrei dessa fala data de uma entrevista

2002³³ – período em que fenômeno da progressão da doença entre mulheres começou a ganhar mais destaque. Alavancada pela realidade do novo século, no qual as mulheres caminhavam para o aparentemente inevitável destino de se tornarem as principais vítimas da epidemia, a frase ganhou uma sobrevida imprevista e passou a ser usada em variadas diretrizes de saúde posteriores bem como em outros discursos. Entre as recuperações mais emblemáticas do mote estão certamente a citação direta feita por Nomfundu Eland, representante do setor de saúde da mulher do South African National AIDS Council (SANAC) no congresso *HIV Prevention for Women and Girls summit* em Joanesburgo, e o da vice-presidente da Zâmbia, Inonge Wina, em 2015 fazendo referência direta a meta do UNAIDS anteriormente mencionada: “No nosso continente, a AIDS tem a face de uma mulher. Nós não podemos chegar ao fim da AIDS em 2030 se não empoderarmos nossas mães, irmãs e crianças”.

Partindo da perspectiva do HIV enquanto pandemia, é possível dizer que o perfil da AIDS se distanciou ao longo dos anos de suas vítimas iniciais e se aproximou lenta e progressivamente das mulheres. Este deslocamento é frequentemente referido na literatura médica e das ciências sociais como “feminização da AIDS”, mas a percepção de que esta “virada” ou transformação no quadro da epidemia aconteceria é muito anterior à adoção do conceito. A ideia de feminização de um fenômeno é atribuída à socióloga Ann Douglas em sua obra de 1977, *The Feminization of the American Culture*, mas é possível que tenha sido usada anteriormente. Como o título sugere, a autora faz referência nesta obra à inserção das mulheres no universo das produções culturais – interpretadas principalmente como manifestações artísticas, mas também como o conjunto de hábitos, crenças e práticas que eram tidos como pertencentes ao domínio feminino e, portanto, de menor valor sociocultural.

Embora a ideia de feminização também tenha sido aproveitada em outros âmbitos, é seguro dizer que ela foi mais marcadamente apropriada no estudo de três objetos de pesquisa: o que se referia à feminização da pobreza, à feminização do mercado de trabalho, e à feminização do HIV/AIDS. Em relação ao último caso, parece não haver uma preocupação muito expressa em precisar sua definição: ela é

³³ IN AFRICA, AIDS HAS A WOMAN'S FACE. Disponível em:

<<http://www.nytimes.com/2002/12/29/opinion/in-africa-aids-has-a-woman-s-face.html>>. Acesso em: 01 de jan. 2018.

descrita com simplicidade em numerosos artigos médicos³⁴ como o processo por meio do qual a síndrome, que em seus primeiros anos foi construída como um problema de saúde exclusivamente masculino e homossexual, se propagou expressivamente entre as mulheres nas últimas décadas em uma progressão imprevista. A mudança na constituição da epidemia foi tão expressiva que, hoje, o maior número de pessoas infectadas no mundo são mulheres heterossexuais.

É de uma ironia igualmente sutil e perversa que este processo de feminização do HIV/AIDS traga encerrado em si tantos atributos do que seria uma feminilidade ideal historicamente construída: silenciosa, discreta, paciente, privada, doméstica. Ela aconteceu sem alarde, sem holofotes, e jamais alcançou a projeção necessária para desconstruir completamente a metáfora da “praga gay”. No artigo *Mulheres, Homens e AIDS: o visível e o invisível*, Carmen Dora Guimarães afirma que “a construção social da AIDS tem transformado o processo histórico de exclusão da maioria das mulheres e a inclusão de uma pequena minoria em fato natural” (1994, p.224). Tratando da situação brasileira naquele período, a autora destacou que parecia não haver lugar para mulheres naquela epidemia, a não ser que praticassem algum comportamento de risco, como uso de drogas e prostituição. Apesar de ser um comentário localizado e datado, ele parece se alinhar em larga medida com as impressões criadas e promovidas pela medicina e pela mídia no ocidente e, embora muitas percepções sobre a realidade desta população na epidemia tenham mudado desde então, muitas permaneceram assustadoramente cristalizadas – esse é o caso, por exemplo, da seguinte questão: se a AIDS tem um rosto de mulher, a que mulher pertence esse rosto? Guimarães afirma que, no imaginário que se construiu no Brasil – pelo menos até meados da década de 1990 –, esse rosto era o de uma usuária de drogas ou de uma trabalhadora do sexo, mas a predileção por essa representação também pode ser observada em outros locais e períodos.

O tom desses artigos – desde seus títulos – é representativo de boa parte da literatura médica produzida nos Estados Unidos pelo que são consideradas algumas das redes discursivas mais importantes da medicina no cenário global. Mas o problema de como a epidemia é descrita é, por vezes, mais significativo que seu conteúdo. Em primeiro lugar, o argumento de que a AIDS “surgiu” em 1981 foi desqualificado logo nos primeiros anos da epidemia, pois, embora não se soubesse

³⁴ KAPLAN, 1995; LOFORTE, 2004; MENDELSON, 2005; MANTELL et al., 2006; EZEONU e KOKU, 2008; HIGGINS, 2010; TALLIS, 2012; KANG’ETHE, 2013, 2015; PINCKNEY, 2016

exatamente quando, todas as evidências apontavam para a emergência da doença décadas antes, muito provavelmente na República do Zaire (HOOPER, 1999; SHARP e HAHN, 2011), como voltarei a mencionar adiante. Em segundo lugar, a AIDS realmente foi considerada por muito tempo uma doença majoritariamente de homossexuais – e não há dúvidas de que esta foi e continua sendo uma população desproporcionalmente afetada –, mas essa distribuição epidemiológica era condizente com a realidade da epidemia em regiões muito específicas do mundo.

Existe um sistema intrincado, complexo e estrutural na maneira como o discurso médico é produzido e a crise do HIV/AIDS é emblemática demais nesse sentido. Como Sumathipala et al (2010) bem apontam: as dificuldades começam ainda nos momentos embrionários da pesquisa com as dificuldades de financiamento enfrentada pela maioria dos países em desenvolvimento, depois, mesmo com a pesquisa assegurada, estas pessoas nem sempre têm acesso aos recursos e materiais mais apropriados para a realização do trabalho; mas ainda que tais obstáculos sejam superados, ainda há uma barreira linguística que impede muitos cientistas de escreverem artigos em inglês ou geram insegurança, ainda que dominem o idioma.

No entanto, mesmo com todos os obstáculos mencionados, “Muitos pesquisadores, independentemente de seu país de origem, também preferem publicar seus trabalhos em periódicos com grande impacto e circulação. Isso, inevitavelmente, leva a um foco em periódicos líderes publicados nos EUA ou no Reino Unido” (FENTON, 2004, p. 4). Mas as dificuldades na jornada do pesquisador de países em desenvolvimento não terminam por aí, pois, mesmo nas raras situações em que todos estes percalços desestimulantes são superados, ainda é preciso enfrentar a predileção dos periódicos de alto impacto em privilegiar trabalhos locais que “sejam mais relevantes para o seu público” (Idem). Em artigo publicado pelo *The Lancet* em 2004, Lynda Fenton fala abertamente sobre a questão:

Em 2002, mais de 42 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV/AIDS, quase 70% das quais na África Subsaariana. Nessa região, 58% dos adultos positivos para HIV eram mulheres, fazendo das mulheres africanas o grupo mais severamente afetado pelo HIV/AIDS em todo o mundo. Ainda que a maioria das mulheres infectadas por HIV/AIDS esteja na África Subsaariana, quase toda pesquisa existente sobre violência e o risco feminino de HIV vem dos EUA. Além disso, descobertas de pesquisas sobre comportamento de risco relacionado à violência na América do Norte não podem necessariamente ser aplicadas aos contextos culturais distintamente

diferentes da África Subsaariana. (FENTON, 2004, p.1415)

O que acabo de descrever é parte do ciclo lesivo de produção científica eurocêntrica e estadunidense cujas consequências vão muito além da já perniciosa sub-representação dos contextos, realidades e problemas imediatos das nações que orbitam o centro. No caso do HIV/AIDS, que é apenas um exemplo entre tantos outros, essa estrutura relega os países empobrecidos de fora do eixo americano a importar modelos explicativos que, como em um brinquedo de criança onde uma peça quadrada tenta ser encaixada no molde de estrela, simplesmente não serve.

Não estou afirmando que o discurso predominante sobre a vulnerabilidade homossexual não fosse verdadeiro e bem respaldado – embora tenha a convicção de que, como bem aponta Treichler, ele acabou por eternizar uma narrativa canônica sobre a AIDS que só pode ser descrita como “uma fantasia homofóbica” (1999, cap. 1, p. 9) –, mas a disseminação global deste modelo epidemiológico certamente teve consequências nefastas, tanto para os homossexuais, como para outros grupos que foram deixados para trás. A maneira como os dados foram coletados e reportados, portanto, influenciou inegavelmente a percepção cultural da epidemia, e com a convicção estoica respaldada pela medicina de que a nova doença tinha relação com “comportamentos homossexuais” e o abuso de drogas, a primeira entrada oferecida às mulheres na epidemia foi como usuárias de drogas intravenosas ou parceiras sexuais de homens “em risco”. Em artigo sobre a feminização da epidemia nos Estados Unidos, por exemplo, é possível ler: “Inicialmente, a epidemia de HIV em mulheres era centralizada nas usuárias de drogas; no entanto, em 1995, a transmissão heterossexual já havia ultrapassado a injeção de drogas como modo de transmissão mais comum entre mulheres” (WINGOOD, 2003, p.iii67).

Posteriormente, com a consolidação da hipótese da epidemia heterossexual, outras mulheres acabaram ingressando no grupo restrito de pessoas do sexo feminino que eram percebidas como passíveis de contrair o vírus: as prostitutas. Seja como for, percebeu-se desde o início que a doença não era, como imaginamos que seja verdade para a maioria das doenças, capaz de afetar apenas corpos masculinos. A diferença estava no fato de que estas mulheres foram imediatamente inseridas em um registro em que só podiam ser lidas ou como vítimas, ou como vetores da doença. Um dos muitos problemas com esta dicotomia é que ela implica

que a preocupação com “doadores” virá sempre e inevitavelmente na forma de impedi-los de transmitir alguma enfermidade para os receptores/inocentes, e não de protegê-los e tratá-los. Treichler completa:

No final, [...] as mulheres foram excluídas dos gráficos de “grupos de risco” – assumidas enquanto vias de passagem do vírus, exceções individuais ou populações especiais, como corpos intrinsecamente doentes ou apenas desinteressantes, ou apenas como equivalentes médicos de suas versões masculinas, infantis, ou da “população geral” (TREICHLER, 1999, cap.2, p.53).

Hoje, a feminização da epidemia está entre as principais preocupações de saúde global com as mulheres sendo destacadas em estratégias importantes, como o 909090 ou *Get On The Fast Track*, com adendos importantes sobre como precisam de políticas especiais, como estão mais sujeitas à violência e também sobre sua maior susceptibilidade biológica. É muito importante frisar a importância dessa visibilização e da tentativa das organizações globais de responder às questões de desigualdade, violência e vulnerabilidade que os estudos feministas – dentro e fora da ciência e dentro e fora da academia – vêm apontando há várias décadas.

Mas o problema, novamente, não é o conteúdo dessas iniciativas, mas principalmente a retórica utilizada e o fracasso em reconhecer as raízes das fragilidades a que se referem. A predileção por eufemismos, lítotes, metonímias e toda sorte de recursos retóricos que possam ser empregados para atenuar a brutalidade frequentemente relacionada às razões da feminização da doença tem, como procuro mostrar, duras consequências para a saúde das mulheres em todo o mundo. A resistência em caracterizar as mulheres como uma população de risco – mesmo hoje, depois de reconhecer a atenção precária que lhes foi dada no passado –, é um dos vários problemas de representação que impedem a diminuição das tão mencionadas desigualdades.

O 909090 e *Get on the fast track*, por exemplo, demarcam populações-chave que incluem pessoas que injetam drogas, pessoas transgênero, homens que fazem sexo com homens e seus parceiros sexuais. Conquanto o lugar de perigo em que se encontram as mulheres que se relacionam sexualmente de risco seja frisado, nos documentos originais essas expressões (*drug users, sex workers, sexual partners*) não trazem qualquer marcação de gênero, podendo implicar que não existiriam

características de excepcionalidade entre a experiência das mulheres em relação a contrapartes masculinas.

Desse modo, a vulnerabilidade singular e cheia de especificidades da população feminina desaparece repetidamente em uma simetria presumida, ou ainda, uma universalidade linguística – exceto quando os artigos, diretrizes, pesquisas, reportagens são *especificamente* sobre mulheres, e esta literatura direcionada não é tão vasta quanto poderíamos esperar de uma doença majoritariamente feminina. Mas temos – tanto na generalização quanto na particularização – uma série de informações muito valiosas, pois é justamente o discurso e a linguagem que são o lócus primordial da construção da diferença, não apenas cultural, mas também material. Em seu texto *Sexual differences as a question of ethics* (2002), Judith Butler analisa essa questão a fundo a partir das teorias de Luce Irigaray, chamando atenção para o fato de que a linguagem não é neutra ou indiferente ao sexo – ela constantemente desautoriza a identificação do masculino com o universal ao mesmo tempo em que o performa. A linguagem, na verdade, distrai da percepção de que o que passa por universal é apenas “masculinidade tácita e não-marcada” (2002, p. 335):

não é que alguns valores masculinos ainda por serem nomeados sejam elevados ao status de universal, e sim que, seja quais forem estes valores, a sua própria elevação ao status de universal, essa própria tendência à universalização é o que constitui a caracterização masculina. Por outro lado, esse rompimento ou diferença inassimilável que coloca em questão o movimento de universalização é o que constitui o feminino na linguagem; ele existe, como é, como uma ruptura dentro do universal ou ainda como um protesto dentro deste

Existe, desse modo, uma coexistência na literatura sobre HIV/AIDS de duas realidades na qual as mulheres são presumidas enquanto parte de um todo neste diagrama da epidemia e como um conjunto parcial ou totalmente externo ao “todo”, dependendo do tipo de linguagem e discurso e do que se produz a partir dos mesmos. Esta percepção dos objetos enquanto passíveis de serem performados de maneiras variadas e, por vezes, até contraditórias não é nova às ciências sociais – na verdade, esse tem sido um dos conjuntos de metáforas mais interessantes desenvolvidos nos últimos anos no que diz respeito ao estudo da doença. Na introdução da emblemática coletânea *Body Politics: Women and the discourses of science*, ainda de 1990, Mary Jacobus, Evelyn Fox Keller e Sally Shuttleworth

lembram que “na teoria feminista contemporânea um tópico essencial é determinar as relações entre o corpo feminino enquanto uma figura do discurso e uma presença material ou entidade biológica” (1990, p.3), e isso permanece verdadeiro na contemporaneidade, exceto pelo fato de que alguns dos repertórios conceituais e teóricos mais recentes produziram esta relação de maneira muito mais fluida, complexa e menos fixada, como procurei realizar nesta pesquisa e como explicarei logo a seguir.

2.2 Tráfego, carne e informação

Antes de dar continuidade à reflexão sobre a estreita relação entre HIV/AIDS e diversos aspectos da feminilidade no discurso da medicina, gostaria de explorar ao máximo a noção de “tráfego” de dados entre, para colocar o mais simplisticamente possível, representação e realidade. Guiada especialmente pela interpretação de Marsha Rosengarten (2009) em seu memorável trabalho sobre antirretrovirais, gostaria de explorar os recursos usados pela autora para reapropriar o HIV enquanto metáfora que ilustra perfeitamente sua teoria do tráfego sugerindo, assim, a existência de um mundo que é repleto de “dados” que trafegam entre a “carne” – o sangue, o corpo, o DNA, os vírus, células, órgãos, e as demais entidades que atribuímos ao domínio da biologia – e a “informação” – o social, a economia, o político e demais entidades do domínio da cultura (Idem).

Este recurso interpretativo é muito interessante quando pensamos, por exemplo, em um dos aspectos mais excepcionais do HIV: a taxa de mutação do vírus³⁵ é a maior já reportada entre *todas* as entidades biológicas existentes³⁶. Em meio às incontáveis transformações pelas quais este vírus passa todos os dias, algumas mutações se destacam, desse modo, por alterar mais significativamente o cenário da epidemia – elas podem tornar medicações obsoletas, criar novas linhagens que se comportarão de maneira imprevisível, tornar gerações de pessoas resistentes a determinados tipos de intervenção, reconfigurar a distribuição dos tipos de vírus em uma determinada localidade ou população, e modificar significativamente a maneira com que se dá o contágio vertical (da mulher para o

³⁵ $(4.1 \pm 1.7) \times 10^{-3}$ por base e célula

³⁶ CUEVAS, 2015

bebê) e horizontal (por contato sexual ou outros fluidos), em uma parcela de indivíduos.

É impossível, portanto, prever as transformações pelas quais a epidemia passará e quais acarretará no futuro. Mas, independentemente do que aconteça, um aspecto central do HIV nos obrigou a pensar criticamente sobre como apreendemos os fenômenos do mundo e sobre a artificialidade das categorias que criamos no intuito de simultaneamente entendê-lo, e explicá-lo: o fato de que nenhum dos dois está guiando nesta dança entre natureza e cultura. Contemplemos por um instante, então, o tráfego intrincado entre o biológico e o social que podemos ver refletido na produção científica sobre as origens desta epidemia.

2.3 Um conto de dois domínios

O biólogo Paul M. Sharp e a médica Beatrice H. Hahn nos lembram em um celebrado artigo de 2011 que, ainda que os avanços farmacológicos tenham reduzido significativamente o número de mortes, a AIDS certamente permanecerá como uma das principais ameaças à saúde pública pelas próximas décadas, uma vez que o acesso à terapia não é universal e as perspectivas de uma cura ou vacina efetiva são apenas hipotéticas. O trabalho dos dois está entre o que há de mais sofisticado e completo no que se refere ao estudo da biologia e aspectos materiais do HIV, o que deixa evidente o contraste com o conhecimento largamente processado e simplificado a que temos acesso principalmente pela escola e campanhas de saúde pública.

A maioria de nós tem conhecimento suficiente sobre HIV/AIDS para compreender, por exemplo, que a doença conhecida como síndrome da imunodeficiência adquirida é resultado da infecção por um patógeno do tipo viral (HIV) transmissível por fluidos corporais específicos. Este entendimento, conquanto superficial e grosseiro, detém uma série de informações que suprem nossa preocupação mais imediata por compreensão e causalidade. É curioso pensar, por outro lado, que nos primeiros anos da epidemia, este era essencialmente todo o conhecimento que a comunidade científica detinha acerca do fenômeno. Esta compreensão só começou a se complexificar significativamente a partir de 1986, quando foi descoberto um segundo tipo de vírus capaz de contaminar seres

humanos e causar AIDS. Naquele ano, François Clavel e sua equipe encontraram um “vírus apenas remotamente relacionado ao HIV, mas estreitamente relacionado a um vírus símio que causava imunodeficiência em macacos em cativeiro” (SHARP e HAHN, 2011. p.2) em uma região da África Ocidental – este vírus foi chamado de HIV 2, obrigando, deste modo, a renomeação do primeiro retrovírus para HIV 1. Pouco tempo depois, foi verificada a existência desta família de retrovírus em diversas espécies de primatas na África Subsaariana e nomeada SIV (Vírus da Imunodeficiência Símia). Uma vez que pode afetar diversos tipos de símios, a nomenclatura deve vir acompanhada da espécie a que este se refere, como no modelo a seguir: SIVcpz (chimpanzé), SIVgor (gorila), etc.

Apesar de todas as dúvidas que pairavam sobre a origem “verdadeira” do HIV, testes moleculares comparativos apontaram que o HIV 1, o HIV 2 e os SIVs conhecidos à época partilhavam a mesma linhagem filogenética. Esta constatação deu força à hipótese, hoje largamente hegemônica, de “que o HIV era o resultado de transferência zoonótica de vírus que infectavam primatas na África” (SHARP & HAHN, 2011, p3), ou seja, de que a AIDS decorreria de um tipo específico de infecções interespecies entre símios e humanos. Mas se isso era verdadeiro, como esta transferência teria acontecido, quando, e onde? Sharp e Hahn reconhecem que testes de genética molecular oferecem respostas muito imprecisas para estas perguntas. Enquanto o sequenciamento genético de alguns SIVs sugere, por exemplo, que estes vírus existem há algumas poucas centenas de anos, outras pesquisas do mesmo tipo indicam que eles estão presentes nos símios há mais de 30 mil anos, e algumas hipóteses sugerem ainda que eles existiriam desde antes da separação dos primatas de seu ancestral comum – o que parece plausível uma vez que esta família de vírus já foi encontrada em toda a Ordem de Primatas (que inclui macacos, símios, humanos e lêmures). No artigo *Origins of HIV and the AIDS pandemic* Sharp e Hahn afirmam que os primatas africanos devem ter sido os hospedeiros originais do retrovírus SIV (teoria hegemônica), mas apenas algumas linhas depois sugerem que essa é uma hipótese conjectural, já que nem primatas asiáticos nem primatas do chamado novo mundo foram testados de maneira significativa nesta direção (SHARP e HAHN, 2011, p.6).

A família de vírus SIV já foi encontrada em aproximadamente 40 espécies de primatas, mas ela pode se apresentar de, pelo menos, três formas: 1) como uma linhagem íntegra (ou pura) que é referente a uma única espécie e que é também a

única encontrada na espécie; 2) como uma linhagem mista que aponta para um entrelace de linhagens de SIV de duas espécies diferentes; 3) como linhagens diferentes de uma mesma espécie que se combinaram e formaram ainda uma nova linhagem específica – estes dois últimos são chamados eventos de recombinação e eles frequentemente ocasionam infecções “sem saída”³⁷, ou o surgimento de linhagens do vírus inteiramente novas. Todos estes eventos também acontecem com frequência no que diz respeito ao HIV, mas Sharp e Hahn acrescentam: “o que continua desconhecido é quando e com que frequência estas transferências entre espécies ocorreram, e que impacto isto teve na biologia do vírus e do hospedeiro, e se a AIDS é uma consequência comum da mudança de hospedeiro do SIV” (SHARP e HAHN, 2011, p.4).

A filogenética e a genética molecular permitem fazer sequenciamentos de DNA e comparações entre os vários de tipos de SIVs de modo que se pode estimar qual vírus passou de uma espécie para a outra, e há quanto tempo. O coeficiente da velocidade de mutação do vírus é o que permite esta conjectura. Por exemplo, o HIV 1 é geneticamente próximo do SIVcpz de modo a ser considerado uma mutação deste. Sabemos que a taxa de mutação do HIV 1 é 1.000.000 de vezes mais rápida que a do DNA dos mamíferos (SHARP & HAHN, 2011, p.14); calcula-se então retroativamente quantas mutações precisaram acontecer até que o HIV 1 se aproximasse o máximo possível da estrutura do SIVcpz. O HIV 2, por outro lado, seguiu um caminho genético muito diferente.

Desde a descoberta da segunda linhagem de HIV em humanos, o tipo 2 permaneceu praticamente restrito a alguns países da África Ocidental. É sabido que as taxas virais de portadores de HIV 2 são significativamente mais baixas que a do HIV 1, o que dificulta sua transmissão horizontal e quase anula sua transmissão vertical. Sharp e Hahn acrescentam: “está claro que a história natural da infecção por HIV 2 é diferente consideravelmente da do HIV 1, o que não é surpreendente, já que o HIV 2 deriva de outro lentivirus de primata” (SHARP e HAHN, 2011, p.11). Algumas dessas linhagens de HIV 2 só foram vistas em menos de uma dúzia de pessoas. O modelo hegemônico de parentesco entre os retrovírus símios e humanos montado por Sharp e Hahn está reproduzido no Anexo I, Imagem 1.

Mas, para que um vírus seja bem-sucedido em fazer a travessia de uma

³⁷ Que não podem ser transmitidas para outros indivíduos da mesma espécie.

espécie para outra, é preciso que supere uma série de “obstáculos biológicos”, como as diferenças essenciais entre os hospedeiros, que podem ou não produzir naturalmente proteínas essenciais à replicação viral. Quando a zoonose SIV alcança os seres humanos, as “chances” estão, portanto, a favor de nossa espécie – é improvável, afinal, que a transmissão seja bem-sucedida, e ainda menos provável que ela leve a conformação de uma linhagem de vírus capaz de contaminar outros indivíduos horizontal e verticalmente. Não é estranho, desse modo, que apenas uma de tantas linhagens conhecidas do vírus – o HIV 1 grupo M – tenha conseguido gerar uma infecção pandêmica:

HIV-1 não é apenas um vírus, mas uma série de linhagens chamadas de grupos M, N, O, e P, cada um dos quais resultaram de um evento diferente de transmissão entre espécies. O Grupo M foi o primeiro a ser descoberto e representa a forma pandêmica do HIV-1; ele infectou milhões de pessoas em volta do mundo e já foi encontrado em virtualmente todos os países do mundo (...). Embora membros de todos esses grupos ocasionem a destruição de células T CD4 e AIDS, eles obviamente diferem significativamente na distribuição dentro da população humana (SHARP e HAHN, 2011, p.9-10).

Embora o grupo M subtipo B do HIV 1 seja a variação genética mais prevalente, seus outros 10 subtipos (A1, A2, C, D, F1, F2, G, H, J, K); os grupos N, O e P; e o HIV-2 (grupos A, B, C, D, E, F, G) correspondem a praticamente metade dos infectados no mundo (WAINBERG, 2004; SHARP & HAHN, 2011). A quase totalidade destas pessoas reside na África Subsaariana, onde a epidemia é a mais variada. Apesar de existirem similaridades significativas e uma proximidade material (genética) entre todas estas linhagens e recombinações, é também verdade que elas atuam no corpo dos indivíduos de maneira diversa (WAINBERG, 2004; BUONAGURO et al., 2007).

Ciências como a filogenética e a estatística estimam que os grupos M e O do vírus nomeado como HIV-1 resultaram de eventos de transmissão entre espécies distintas – de símios para humanos – em algum momento entre 1910 e 1930 (SHARP & HAHN, 2011). A teoria mais aceita atualmente é a de que a transmissão ocorreu em acidentes de caça comuns entre grupos da África Central naquele período, provavelmente em decorrência da exposição de um caçador ferido ao sangue do animal caçado (PEETERS et al. 2002). Estas mesmas ciências nos permitem conjecturar que estes eventos de transmissão ocorreram repetidas vezes

ao longo da história, de modo que a epidemia da AIDS não teve início com um único “paciente zero”, mas, sim, com múltiplos indivíduos infectados em momentos diferentes da história.

2.4 A cultura em nosso sangue

Aventando a possibilidade de que o vírus símio seja mesmo milenar, é possível que episódios de contaminação de seres humanos por outros primatas tenham se dado muito antes de 1930 – a diferença é que nestas ocasiões o vírus ou não sofreu mutações que lhe permitissem ser transmitido de humano para humano, ou atingiu populações muito isoladas de modo que a doença permaneceu restrita a um único grupo, desaparecendo, deste modo, antes de cumprir seu potencial pandêmico (SHARP e HAHN, 2011). O mais provável, portanto, é que tenha havido pelo menos algumas epidemias de vírus aparentados ao HIV que passaram completamente despercebidas pelo “primeiro mundo”. Reunindo referências da história oral e amostras antigas de sangue da população local, por exemplo, é possível afirmar que em meados do século XX alguns grupos em partes centrais da África já conheciam a síndrome, tinham um ou mais nomes para a infecção, e conviviam com o fenômeno sem que este despertasse qualquer interesse especial no resto do mundo – que possivelmente teria negligenciado a epidemia como “só mais uma doença tropical” das muitas que assolam o continente e que são sumariamente ignoradas até cruzarem o oceano (HOOPER, 1999).

De todo modo, testes de epidemiologia molecular sugerem que os eventos de transmissão que resultaram na pandemia que enfrentamos hoje, tiveram início em uma área da África Central nas cercanias de Kinshasa, conhecida, na época, como Leopoldville. O fato de que todos os subtipos do HIV-1 grupo M foram identificados nesta região (VIDAL et al. 2000), e de que amostras de sangue coletadas entre 1950 e 1960 terem confirmado que já havia vários subtipos do vírus na localidade no citado período (WOROBAY et al. 2008), dão força a esta interpretação. Além disso, uma indicação de outra ordem ajudou a legitimar esta hipótese e torná-la prevalente: o fato de que Leopoldville era a maior cidade da África Central) no período e de que esta era banhada pelos rios que serviam “como as principais rotas de comércio do período”, de modo que “toda evidência de que se dispõe atualmente aponta para

Leopoldville/Kinshasa como o berço da pandemia da AIDS” (SHARP & HAHN, 2011, p.15):

Na medida em que o HIV-1 grupo M se espalhou globalmente, sua disseminação envolveu uma série de “gargalos” populacionais — eventos fundadores que levaram à predominância de várias linhagens do grupo M, agora chamadas de subtipos, em diferentes regiões geográficas. HIV-1 grupo M é classificado atualmente [2011] em nove subtipos (A–D, F–H, J, K), bem como em mais de 40 formas circulantes recombinadas CRF, as quais foram geradas quando múltiplos subtipos infectaram a mesma população. É possível traçar os padrões migratórios de vários destes subtipos e CRFs. Por exemplo, os subtipos A e D tiveram origem na África central, mas afinal estabeleceram epidemias na África ocidental, enquanto o subtipo C, por exemplo, foi introduzido e prevaleceu no sul da África, de onde se espalhou para a Índia e outros países asiáticos. Subtipo B, que é responsável pela maior parte das infecções por HIV-1 na Europa e nas Américas, surgiu a partir de uma única linhagem africana que parece ter se espalhado no Haiti nos anos 60 e depois seguido para os EUA e outros países ocidentais. O evento de recombinação que deu origem ao CRF01 ocorreu provavelmente na África Central, mas essa linhagem viral não foi notada até o final dos anos 1980, quando causou uma epidemia heterossexual na Tailândia ao mesmo tempo em que o subtipo B do vírus se espalhava entre usuários de drogas. CRF01 domina hoje a epidemia no sudeste da Ásia. Embora a distribuição inicial destes subtipos e CRFs possa ter sido causada principalmente por eventos aleatórios, estudos recentes apontam que vírus de diferentes subtipos variam em suas propriedades biológicas, o que pode influenciar sua epidemiologia. Por exemplo, o subtipo D tem sido associado com uma alta patogenicidade e uma ocorrência aumentada de problemas cognitivos e demência relacionadas à AIDS. Além disso, tudo indica que não apenas a genética, mas a diversidade biológica dos subtipos do HIV-1 grupo M e dos CRF estão aumentando.

Quando o vírus finalmente deu início a rotas de infecção no Novo Mundo — estes caminhos simultaneamente “reais” e “metafóricos” formados por intermédio da cultura e da biologia —, ele permaneceu restrito a circular entre pessoas que, por configurações sociais específicas, eram largamente marginalizadas. Isto contribuiu para que a síndrome não fosse detectada pelas instituições de saúde de maneira tão imediata quanto poderia, de modo que o novo evento só se fez notar quando o número de infectados já era expressivo. Anos mais tarde, quando a comunidade científica se virou para a hipótese viral como explicação mais provável para a etiologia da síndrome, tornou-se possível, finalmente, o desenvolvimento de fármacos capazes de atuar de maneira mais direcionada sobre a infecção. Se, por um lado, os antirretrovirais significaram um grande avanço no sentido de dissociar a doença de uma fatalidade inescapável, por outro, eles acrescentaram à equação um novo desafio: estes fármacos exercem o que se chama de “pressão seletiva” sobre o

vírus, facilitando mutações que podem fazê-lo resistente a intervenções determinadas – mutações estas que já acontecem naturalmente ao longo dos processos de replicação –, tornando necessário, por sua vez, a criação de novos fármacos, que podem implicar em novas mutações, e assim por diante.

Uma vez que o uso de medicações para o tratamento da AIDS – especialmente as mais recentes, consideradas “de ponta” – é profundamente marcado por uma desigualdade de acesso ligada a fatores socioeconômicos e geopolíticos de diversas ordens dentre os quais se destacam o poder de compra quase inexistente de algumas populações afetadas bem como restrições da ordem de patenteamento e livre-circulação, mutações e resistências específicas acabam por se padronizar dentro de populações determinadas. Exames de genética molecular, por exemplo, identificam com facilidade mutações características em determinados grupos. O mesmo é verdade quando observamos as linhagens do vírus, pois se certas recombinações e subtipos são mais comuns em populações africanas, europeias, entre homossexuais, ou usuários de drogas (RAMI, K., 2006; GERETTI, A.M. et al, 2009; PANT PAI, N. et al, 2012), então é como se os aspectos biológicos do vírus pudessem nos revelar trechos desta grande narrativa da história contemporânea – como se pudéssemos, observando sua filogenética e mutações, observar determinados padrões de interação entre populações e grupos, padrões de circulação, hábitos sexuais, poder socioeconômico, e outros. Cada nova infecção, por sua vez, carrega adiante estes dados, e acrescenta outros mais a este registro. Novamente aqui, o que entendemos por cultura, política, biologia e genética nos apontam para a ficcionalidade de suas próprias fronteiras – “carne” e “informação” perdem a rigidez diante do tráfego entre eles.

Rosengarten reitera que, em termos epidemiológicos, a mudança mais significativa ocorrida na epidemia desde o seu advento é o declínio no número de pessoas infectadas pelo vírus que efetivamente desenvolvem AIDS. A dissociação entre HIV e AIDS, segundo a autora, deve ser percebida “como parte de um processo dinâmico onde a natureza do HIV e seu tratamento e prevenção são alterados por um processo que lhes afeta mutuamente” (2011, p.3). Esta importante mudança de direção é frequentemente construída na narrativa hegemônica da epidemia como um divisor de águas: o surgimento dos antirretrovirais e das terapias combinadas são o grande marco desta dissociação entre a infecção e a morte, de modo que é compreensível que este evento seja construído desta maneira. Mas a

autora também nos lembra que esta mudança só faz sentido para as pessoas que têm acesso completo aos ARVs.

Em 2016, alguns resultados inéditos e de grande magnitude foram alcançados: globalmente, o número de adultos infectados caiu 10% em uma década, o número de crianças infectadas verticalmente caiu pela metade em um período de cinco anos, e 53% das pessoas infectadas pelo vírus HIV passaram a ter acesso a tratamentos como antirretrovirais – um crescimento de 20% em relação a 2006. Por outro lado, essa mesma estatística revela que quase metade da população soropositiva ainda não dispõe de qualquer tratamento, o que é apenas um entre vários dados pouco animadores: na região da América Latina, o número de novas infecções permaneceu inalterado nos últimos seis anos; na região da Ásia e Leste Europeu, o número de novos infectados aumentou em 60%, e o número de vítimas fatais, em 30%; e quase 60% dos novos infectados com idade entre 15 e 24 anos globalmente são mulheres³⁸.

No referido *Fact Sheet* publicado pelo UNAIDS em 2016, podemos vislumbrar como os corpos que podem acessar tecnologias de tratamento e prevenção diferem daqueles que não podem no que se refere à maneira como carne e informação interagem; o mesmo é válido para corpos que estão mais vulneráveis à infecção, como é o caso de jovens mulheres em idade reprodutiva. A cultura (economia, relações raciais, relações de gênero) informam a distribuição da matéria (populações de risco, locais de circulação do vírus, triagem e diagnósticos) que, novamente, informam a cultura (investigações e publicações médicas, produção de conhecimento, políticas de saúde), e informam a matéria (tratamentos, o comportamento do vírus em populações determinadas, os modos e tipos de intervenção sofridos pelos corpos). A compreensão destes ciclos é essencial para o que estarei propondo neste trabalho a partir daqui e será aplicada em capítulos posteriores.

2.5 Sobre corpos, rostos e como fazer teoria durante uma epidemia³⁹

³⁸GLOBAL HIV AND AIDS STATISTICS. Disponível em: <<https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

³⁹Título do livro de Paula A. Treichler “How to Have Theory in an Epidemic?”, que, por sua vez, é baseado em um folheto produzido por ativistas homossexuais na década de 80 chamado “How to Have Sex in an Epidemic?”

Gostaria, agora, de ir adiante na tentativa de compreender alguns dos significados possíveis para a proposição de que a AIDS teria o rosto de uma mulher. Foi esta frase, muito mais que o fato de que a síndrome tem progredido desproporcionalmente entre mulheres, que acendeu em mim aquela primeira fagulha capaz de transformar interesse em um projeto de pesquisa. Este tipo de empreendimento intelectual, não preciso dizer, é um grande investimento para qualquer pessoa: além dos recursos materiais volumosos que, por vezes, vêm na forma de livros, por vezes, de uma viagem para encontrar um interlocutor chave; também é essencial um grande investimento psíquico e emocional, tanto no sentido de precisar expor a si mesmo por meio de um trabalho (o que por si só é fonte de infinitas ansiedades), mas também de superar o medo paralisante de fracasso, de não produzir uma literatura à altura do tema, de não fazer jus a experiências das pessoas que, em grande parte, passarão a existir em uma narrativa por meio do seu olhar. Quando o tema é HIV/AIDS, algumas inseguranças adicionais são acrescentadas, como o receio de que tudo que era possível dizer, já tenha, de fato, sido dito sobre a epidemia.

Por outro lado, a enorme quantidade de artigos publicados sobre o assunto todos os anos – tanto no âmbito biomédico como no das ciências sociais – sugere que o tema está longe de ser esgotado. A favor do argumento de que novas produções permanecem necessárias tem-se o fato de que a AIDS é um evento biomédico cujas idiossincrasias vão desde sua emergência súbita até seus contornos epidêmicos e patogenicidade únicos. Em meio a muitas particularidades, destaca-se uma falta de “solidez”, tanto no que concerne seus aspectos culturais, quanto no que toca os biológicos; algo como uma incapacidade intrínseca desta síndrome e deste vírus de permanecerem “os mesmos”, tanto diacrônica como sincronicamente.

Para se ter uma ideia, ainda em 1993 Jonathan Mann et al. sugeriam que o que se entendia naquele momento por uma pandemia de HIV/AIDS era, na verdade, uma interpretação macro de um grande número de epidemias simultâneas – e muito específicas de um ponto de vista biomédico – avançando sobre variados segmentos da sociedade em localidades por sua vez também muito diversas. Deste modo, as múltiplas manifestações do HIV/AIDS acabaram por se tornar objetos de estudo absolutamente singulares não apenas através do tempo, mas também do espaço. A síndrome experimentada por homossexuais na década de 1980, por exemplo, é

distinta da que se manifesta hoje dentro da mesma população, que por sua vez é distinta daquela que assola determinadas regiões do continente africano, daquela que atinge a Ásia, daquela que é uma das principais causas de mortalidade jovens negras nos Estados Unidos, ou de mulheres de meia-idade no Brasil.

É certo que esta propriedade de transformação perene é apenas esperada quando tratamos de um evento enredado em cada mínimo aspecto da cultura das sociedades contemporâneas cuja marca, como há muito se debate na teoria cultural, é mesmo esta instabilidade aparente. No entanto, se desviamos a atenção para o domínio da medicina e da biologia, não podemos negar que o HIV/AIDS se revela enquanto um evento igualmente irresoluto, ainda que analisado a partir do ponto de vista destas redes discursivas cujos objetos nos parecem, por vezes, mais rígidos que aquele que concernem às ciências humanas. Como já disse, tampouco lidamos ao nível da “matéria” com o mesmo vírus de 35 anos atrás, de 10 anos atrás, ou mesmo de ontem. Não lidamos com o mesmo vírus em países diferentes, populações-chave diferentes, entre indivíduos diferentes, ou mesmo em um único hospedeiro. Se levarmos em conta somente o HIV-1, temos conhecimento de pelo menos 4 grupos diferentes, 9 subtipos, e pelo menos 40 formas recombinadas de dois ou mais subtipos deste vírus circulando no mundo neste exato instante. Com uma taxa de mutação espontânea que é tida como “a mais alta já registrada em uma entidade biológica” (SANJUAN et al, 2010) o HIV revela características definidoras, modos de detecção, sinais, sintomas, e propriedades de transmissão tão mutáveis quanto qualquer representação que possamos fazer dos mesmos.

O que me leva a outra fonte de ansiedades: investigações relativas a questões de saúde situam o pesquisador das ciências sociais quase que inevitavelmente em posição de conjecturar sobre o lugar de seu trabalho e sobre a extensão e peso das contribuições geradas por suas reflexões. Stuart Hall (1992, p.285) reflete sobre a importância dos estudos culturais quando as pessoas estão diante de questões de vida ou morte; quando precisam decidir se devem ou não tomar determinada droga; quando o acesso a determinados tratamentos pode definir seu tempo de vida. Hall vai ainda mais longe ao destacar que os estudos culturais sobre corpo e saúde “nos colocam de maneira urgente diante de nossa marginalidade enquanto intelectuais críticos que podem produzir efeitos reais no mundo” (idem).

Evidentemente, ainda que as contestações que emanam das ciências sociais,

do ativismo, das arenas legais no que diz respeito à epidemia não estejam diretamente vinculadas a uma busca pela cura da síndrome, elas estão visivelmente implicadas na maneira como a sociedade e a medicina concebem a doença, os enfermos, grupos de risco, populações, gênero, raça, e na maneira como os recursos são distribuídos entre aqueles que necessitam acessá-los. A teoria cultural, nesse sentido, é imprescindível ao entendimento da história e dos rumos da epidemia porque sempre se dedicou a significar a AIDS como um território de luta e contestação no qual existem pessoas que nunca sequer são mencionadas – ela é imprescindível, acima de tudo, porque é capaz de apontar que os aspectos socioculturais e materiais da epidemia não são apenas indissociáveis: eles são conjuntos de metáforas de que fazemos uso para falar de um processo que é único e que não podemos mesmo apreender fora do discurso, o que não implica dizer que não podemos buscar metáforas mais adequadas para descrevê-los.

Afinal, é justamente entre metáforas e discursos que as humanidades revelam sua permanente relevância. Deste modo, quando Judith Butler relata em *Vida Precária* (2011) a angústia de seus colegas em relação ao lugar das ciências humanas, sobre a possibilidade de elas terem sabotado a si mesmas, e sobre o que elas ainda teriam a oferecer ao nosso tempo, é para a estrutura do discurso que ela sugere que nos voltemos. Talvez tenha sido isso, precisamente, que me impactou tanto no discurso de Kofi Annan: a ideia de que a AIDS tem um rosto de uma mulher é, sem dúvida, assombrosa, mas são os vários discursos e significados performados por meio desta declaração que demanda uma reflexão muito mais profunda e dedicada.

No mesmo trabalho, Butler disserta sobre como a característica definidora do discurso é sua necessidade de incitar uma resposta. Ela retoma o exemplo da reunião descrita acima (onde o discurso prevalente era o de que as humanidades estariam perdendo o valor ou sendo ridicularizadas) para implicar que ser submetido a um discurso é uma demanda do Outro – este Outro que pensamos conhecer tão intimamente na antropologia –, é uma acusação, um apontamento de uma falha ou um pedido para que seja assumido algum tipo de responsabilidade (p.15, 2004). A autora prossegue: “o discurso está presente não apenas quando nos reportamos ao outro, mas (...) de alguma forma, passamos a existir no momento em que o discurso nos alcança, e que algo de nossa existência se torna precária quando esse discurso falha em nos convencer”. (2011, p.15).

Kofi Annan não foi o primeiro a chamar atenção para o fato de que mulheres estavam sendo desproporcionalmente e sigilosamente aniquiladas pela síndrome do HIV, mas seu discurso chamou atenção para a existência de uma doença que foi construída como intrinsecamente diferente da realidade por ele conhecida. A completa invisibilidade das mulheres nesta epidemia – que eventualmente passaria a ser uma invisibilidade velada – traz em si a história de colonizações violentas, de racismos institucionalizados, da maneira perniciosa como parte da ciência moderna concebeu o corpo feminino na medicina. Sua declaração, portanto, tinha um propósito muito maior que o de informar o que muitos já sabiam: seu discurso buscava vincular moralmente pesquisadores, instituições, entidades que detinham o poder de produzir uma história a olhar para questões que foram negligenciadas. Butler prossegue refletindo sobre tal qualidade: “essa implicação realizada por meio do discurso do Outro nos constitui, a princípio, contra nossa própria vontade ou, talvez colocado de forma mais apropriado, antes mesmo de formarmos nossa vontade” (2011, p.15).

É evidente que há muito mais por trás do discurso de Annan que posso apreender, assim como é claro que imprimo interpretações que não necessariamente correspondem a qualquer intenção manifesta. Mas não acredito que isso seja um empecilho a uma reflexão sobre os vários significados do rosto na metáfora proposta. O rosto, é claro, é uma parte do corpo – não uma parte qualquer, mas aquela que nos individualiza mais significativamente, apesar de sua composição estrutural majoritariamente idêntica à de todos os outros rostos. Butler explora e expande o significado do rosto como proposto por Emmanuel Levinas:

A abordagem do rosto é o mais básico modo de responsabilidade. O rosto não está de frente pra mim (en face de moi), mas acima de mim. É o outro diante da morte, olhando através dela e a expondo. Segundo, o rosto é o outro que me pede para que não o deixe morrer só, como se o deixar seria se tornar cúmplice de sua morte. Portanto, o rosto diz a mim: não matarás. Na relação com o rosto eu sou exposto como um usurpador do lugar do outro.

O celebrado “direito de existir” que Spinoza chamou de *conatus essendi* e definiu como o princípio básico de toda inteligibilidade é desafiado pela relação com o rosto. Consequentemente, meu dever de responder ao outro suspende meu direito natural de autopreservação, *le droit vitale*. Minha relação ética de amor pelo outro está enraizada no fato de que o eu [self] não pode sobreviver sozinho, não pode encontrar sentido apenas em sua própria existência no mundo. Expor a mim mesmo à vulnerabilidade do rosto é colocar meu direito ontológico de existir em questão. Em ética, o direito do outro em existir tem primazia sobre o meu, uma primazia

condensada no decreto ético: Não matarás, não colocarás em risco a vida do outro. (2011, p.15)

O rosto, tanto para Butler como para Levinas, não é redutível à boca ou ao fato de que esta é a parte do corpo, dentre todas as outras, com o potencial igualmente criativo e destrutivo de falar. De fato, o rosto é visto por ambos como uma catacrese, como uma maneira corriqueira de se referir a qualquer parte do corpo com o poder de comunicar. Enquanto Levinas significa o rosto como a extrema precariedade do outro, Butler vai mais longe ao dizer que responder ao significado do rosto é acordar “para aquilo que é precário em outra vida ou, antes, àquilo que é precário à vida em si mesma”.

A preocupação de Butler ao jogar o holofote sobre o rosto é explicitamente adentrar em uma discussão sobre ética: “Se o Outro, ou o rosto do outro – que, afinal de contas, carrega o significado de sua precariedade – ao mesmo tempo me tenta a assassinar e me proíbe de agir nesse sentido, então o rosto opera e produz uma luta em mim e estabelece essa luta no coração da ética” (2011, p.19). É evidente que a preocupação de Butler e Levinas com a metáfora do rosto é produzir uma reflexão intensa sobre como se produzem expressões humanas fundamentais como empatia, identificação, e, acima de tudo, ética. Então, gostaria de interpretar a ideia da AIDS como o rosto de uma mulher a partir desta ótica, sem a preocupação pretensiosa de tentar apreender precisamente as intencionalidades pretendidas pelo locutor.

O poder do rosto – seja ele exatamente qual for – é usado o tempo todo para produzir faces que nos aterrorizam, que nos causam inveja, que nos confortam. Butler fala destes diferentes tipos de rostos finamente construídos e endossados e propagados pela mídia: Osama bin Laden, Yasser Arafat, Saddam Hussein. Claro, este é um texto de 2011 – hoje podemos pensar em outros rostos assombrosos: Donald Trump, Vladimir Putin, Bashar al-Assad, apenas para citar alguns. E o mais interessante é que estas linhas unicamente arranjadas para formar o rosto de uma pessoa podem representar, sem uma única alteração em sua constituição, paz ou terror. Por outro lado, temos outros tipos de rostos – muito menos personalizáveis – sendo produzidos por agendas igualmente bem definidas, como no caso da fotografia viral mencionada por Butler onde meninas afegãs sem burca parecem performar a representação máxima de um ato de libertação, mas que pode

igualmente performar o triunfo e uma rationale a favor da violência e dos empreendimentos de guerra promovidos pelos Estados Unidos.

Quando a epidemia de HIV/AIDS eclodiu em São Francisco e Nova York, alguns rostos também foram produzidos: rostos de pessoas marginalizadas por sua sexualidade e que foram construídos enquanto diferentes daqueles da população comum – da população *normal*. Aquelas não eram faces femininas, mas eram faces de um Outro ameaçador que poderia estar em um pôster cartunesco de PROCURA-SE com sua pele branca e purpurinada pousando em frente a um arco-íris. Quando Ronald Reagan foi a público pela primeira vez desde que a epidemia foi descoberta em 1981, sua fala corroborava os traços que a medicina e a mídia haviam capturado e construído. Ele disse em 1987: “Mas sejamos francos, as informações sobre a AIDS não podem ser o que alguns chamam de ‘neutras de valor’. Afinal, em se tratando da prevenção da AIDS, não estariam a medicina e a moral nos ensinando a mesma lição?”⁴⁰. A produção deste rosto extremamente distinto encapsulava todos os pensamentos sobre sexo enquanto um elemento de disputa moral, e da moral enquanto valores marcadamente heterossexuais e reprodutivos. Outras pessoas também tiveram seus rostos produzidos e reproduzidos enquanto símbolo deste terror máximo: como foi o caso da população haitiana, uma das primeiras a serem identificadas como portadora e vetor da doença. Era inevitável que isso acontecesse, tendo em vista a história dos Estados Unidos em produzir os rostos de seus imigrantes como pavorosos e aterrorizantes. A algumas vítimas da epidemia, no entanto, jamais foi garantido o direito a “mostrar” o rosto – o que significa existir enquanto humano, ainda que esta existência possa ser distorcida em algo aterrador. Este foi o caso principalmente dos usuários de drogas intravenosas e das mulheres.

Um dos motivos pelos quais Butler considera Levinas um teórico cujas reflexões ainda são – ou talvez sejam mais que nunca – relevantes, é o fato de que “ele nos fornece uma maneira de pensar a respeito da relação entre representação e humanização, uma relação que não é assim tão direta quanto poderíamos gostar de pensar” (2004, p.23). Ela chama atenção para o fato de que se o pensamento crítico – que, em minha interpretação se refere exatamente às ciências humanas – ainda são necessárias e ainda tem com o que contribuir, é porque elas atuam largamente no domínio da representação, onde a humanização e a desumanização

⁴⁰ REAGAN'S AIDSGATE. Disponível em: <<http://www.actupny.org/reports/reagan.html>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

essencialmente ocorrem. Mas aí nos encontramos diante de um paradoxo:

(...) deparamo-nos com a suposição de que aqueles que ganham representação, especialmente autorrepresentação, detêm melhor chance de serem humanizados. Já aqueles que não têm oportunidade de representar a si mesmos correm grande risco de ser tratados como menos que humanos, de serem vistos como menos humanos ou, de fato, nem serem mesmo vistos. Temos um paradoxo diante de nós, pois Levinas deixou claro que o rosto não é exclusivamente um rosto humano e, mesmo assim, é uma condição para a humanização. Por outro lado, há o uso do rosto, no interior da mídia, no sentido de efetivar a desumanização. Poderia parecer que a personificação nem sempre humaniza. Para Levinas, ela pode muito bem evacuar o rosto que não humaniza; e eu espero mostrar que a personificação às vezes opera sua própria desumanização. Como podemos chegar a saber a diferença entre o rosto inumano, porém humanizador, para Levinas, e a desumanização que também pode ocorrer por meio do rosto? (2004, p.15)

Butler aponta que a violência pode ocorrer na produção dos rostos tanto como no ocultamento, como no caso das figuras públicas mencionadas acima, ou mesmo das meninas afegãs e das pessoas afligidas pela AIDS nos primeiros anos da epidemia. No caso da violência – seja física ou simbólica – duas modalidades podem, segundo a autora, operar no sentido de obliterar a humanização daquelas pessoas estabelecendo quais vidas são habitáveis e daquelas mortes que são ou não passíveis de lamentação. Às vezes estes rostos são produzidos para mostrar que o inumano, ou o menos que humano, se disfarça de humano – eles são produzidos, portanto, para chamar a atenção para o engodo, como algo que é um fac-símile, mas não a coisa real. Outras vezes, o que ocorre é uma produção do rosto pela ausência – seja da imagem, nome ou narrativa – ou seja, uma exclusão da existência. Para Butler, essas são modalidades de apagamento: uma por meio da própria representação, e a outra, pela oclusão.

A história da epidemia HIV/AIDS é repleta, portanto, destas “presenças ausentes” – um conceito fundamental sobre o qual falarei mais adiante. A que me interessa neste trabalho é especificamente a presença ausente de sujeitos femininos. Mesmo quando as mulheres começaram a compor timidamente as estatísticas de novas contaminações e óbitos – e quando estes números foram crescendo ano após ano em uma progressão no mínimo intrigante e seus corpos e rostos foram finalmente vistos, todas as histórias problemáticas de marginalização das mulheres inscritas nas práticas da ciência permaneceram acessíveis pela metáfora da “feminização”. Neste processo epidemiológico por meio do qual as

mulheres passaram da invisibilidade completa para comporem a maior parte de pessoas vivendo com o vírus – o que é muito diferente de terem se tornado visíveis – podemos ver todos os efeitos materiais explícitos da relação nociva entre a ciência e o corpo feminino e dos discursos médicos que performam este último.

Esta pesquisa é, em grande medida, sobre as políticas do corpo feminino e sobre as ficções, discursos e representações da ciência sobre o mesmo. A maneira que escolhi para recuperar esta história foi por meio da epidemia HIV/AIDS na qual os processos de invisibilidade e visibilidade, oclusão e revelação parecem particularmente capazes de revelar a relação de poder entre as ciências médicas e os corpos das mulheres. Como e que tipos de corpos são produzidos pelo discurso científico, onde podemos verificar a construção destas diferenças, em que pontos estas narrativas intersectam a do HIV/AIDS e mais sobre as direções e desafios teórico-metodológicos que me foram indicadas na relação com o objeto serão explicados de maneira mais extensa no capítulo a seguir.

3 O CORPO DE UMA MULHER

3.1 O genoma de uma mulher

A ideia de faltas que protagonizam histórias e que nos permitem acessar personagens e eventos não é recente, mas, assim como Butler, Amade M'charek foi capaz de instrumentalizar e expandir o que há de mais promissor no conceito presenças ausentes: sua construção textual e consequências. Mas para entender as complexas operações por meio das quais objetos têm suas histórias contadas sem jamais sequer serem mencionados é preciso olhar de maneira estratégica para as entrelinhas. Em *Race, Time and Folded Objects: The HeLa Error*, por exemplo, M'charek recupera a crônica de Michel Serres (apud M'charek, 2014) sobre uma nave espacial na qual um cachorro morre para explicar como o animal, agora um mero cadáver excluído de sua presença no mundo social, passa a orbitar o foguete depois de ter sido descartado no espaço. O ato do descarte faz com que, de maneira semelhante a um satélite, o cão entre em um ciclo interminável que consiste em passar periodicamente em frente à janela, atraído pela gravidade da nave, apenas para desaparecer no instante seguinte. Aparecer, desaparecer, reaparecer, desaparecer – “neste universo, os objetos retornam para a gente”, diz a autora (2014, p. 30). Em nosso universo, os objetos capturam as histórias que os levaram à existência mesmo quando são excluídos de suas próprias histórias.

É nessa experimentação sofisticada com os limites da ideia de Serres que M'charek propõe o conceito de *objeto dobrado* – uma metáfora que seria apropriada para enfatizar a temporalidade e a espacialidade dos objetos, dos artefatos, da matéria. A autora propõe que nos objetos dobrados – como em um tecido esticado – o tempo é topológico de modo que momentos diacronicamente distantes podem ser aproximados, bem como os espaços afastados. Para a autora, as ciências sociais tiveram pouco sucesso em apreender como os objetos performam o tempo, o que é problemático uma vez que “garantir uma história aos objetos e atentar para sua temporalidade é crucial para compreender as políticas que eles articulam” (M'CHAREK, 2010, p. 2). Este fracasso decorreria, em grande parte, de nossa dificuldade em abandonar a metáfora dominante do tempo como uma linha reta onde os fatos se sucedem simplisticamente, como dormentes em um trilho. Com isso em

mente, M'charek propõe que o tempo é melhor entendido se descrito como um lenço – uma topologia, de acordo com Serres – que pode ser amassado, dobrado, ou ter suas pontas unidas sobrepondo períodos diversos. Um dos efeitos de nos permitirmos trabalhar com estas dobras criativas é perceber como a história é chamada de volta e recordada nos objetos. “A história nunca é deixada para trás”, diz M'charek, “o cachorro morto continua retornando” (2014, p. 31).

Mas como a ideia de objeto dobrado – tão abstrata, em uma primeira observação – opera efetivamente? Contarei um caso que, conquanto um tanto grosseiro, serve para ilustrar os pontos centrais desta teoria: imagine que você está prestes a abrir um pote de aspirinas ou vitaminas que acabou de comprar na farmácia. Depois de tirar a tampa, você se depara com uma película de metal, e só depois de removê-la é possível acessar os comprimidos. Esta uma situação cotidiana e completamente desinteressante pela qual passamos periodicamente, mas a história é muito mais fascinante se imaginarmos o frasco de pílulas ou a proteção de metal como objetos dobrados a partir dos quais podemos recuperar partes importantes da temporalidade destes objetos.

Em 1982 um homem morreu envenenado por estricnina depois de tomar um comprimido de Tylenol em Chicago. Sete outras pessoas morreram envenenadas por cianureto depois de tomarem a mesma medicação. A investigação policial apontou para sabotagem industrial, mas o caso nunca foi definitivamente resolvido conquanto posteriormente tenha sido considerado o primeiro ato de terrorismo doméstico dos EUA. O conselho de Cook County, cidade do primeiro incidente, votou uma lei poucas semanas depois obrigando todas as farmacêuticas locais a protegerem a boca dos frascos com uma camada de plástico ou metal, o que eventualmente se tornou uma lei federal, e posteriormente, foi adotada como medida de segurança no mundo todo⁴¹. Evidentemente, não pensamos nisso quando removemos a proteção metálica de um frasco, mas esta história está ali, como que materializada por meio daquele artefato. Vejamos então um exemplo mais elaborado de como M'charek performa esta operação de dobramento do objeto.

A autora ficou conhecida principalmente por seu extenso trabalho sobre o Human Genome Diversity Project, e foi ao longo desta pesquisa que viu a

⁴¹ CHICAGO TYLENOL MURDERS: THE FIRST DOMESTIC TERROR INCIDENT. Disponível em: <<http://www.chicagomag.com/Chicago-Magazine/October-2012/Chicago-Tylenol-Murders-An-Oral-History/index.php?cparticle=4&siarticle=3#artanc>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

necessidade de buscar, em suas próprias palavras, metáforas que apreendessem a história, a temporalidade e a localidade dos objetos de maneira mais sofisticada. O HGDP, que faz parte de um modelo de produção científica que alguns autores chamam de *big science*, mobilizou institutos e pesquisadores de diversas modalidades e contou com um orçamento bilionário com o propósito de mapear similaridades e diferenças entre populações para elucidar a história da migração humana. Ao longo desta empreitada o DNA de populações “exóticas” (nativas) passou a ser visto como particularmente valioso porque teria “menos misturas” que o de outros grupos, proporcionando aos cientistas uma maior acuidade na tentativa de traçar padrões migratórios.

Enquanto realizava a pesquisa, M'charek teve contato com uma ferramenta de sequenciamento de DNA mitocondrial conhecida pelo nome de “Anderson”: uma sequência de referência que é conhecida como a representação do genoma de um único indivíduo, um homem europeu, e que funciona como um mapa para pesquisadores interessados em diversidade porque permite que eles sobreponham os genomas de duas pessoas e descubram “trechos” da sequência em que existem diferenças (M'CHAREK, 2015). Anderson também é usado para corrigir ou “editar” outras sequências em que fragmentos de DNA estejam faltando. Duas características deste objeto, no entanto, chamaram atenção da autora: 1) o fato de que Anderson é sabidamente arbitrária, uma vez que é impossível saber qual gene seria o “primeiro” da sequência; 2) o fato de que ela é baseada no material genético de mais de um indivíduo.

A autora explica que, quando Anderson foi determinada, não era importante saber de quem o material genético havia sido extraído porque os cientistas estavam investidos em produzir uma “sequência consenso”, e não em sequenciar um genoma individualizado. Sendo assim, muitos pesquisadores que utilizavam Anderson como referência – e até mesmo alguns dos propositores da sequência – ou desconheciam a origem do DNA que lhes serviu de base, ou ignoravam sua procedência (2013). Eventualmente, no entanto, a autora descobriu que as fontes de material genético utilizadas em Anderson foram duas: uma placenta cedida por uma clínica britânica, e algumas linhas de célula HeLa⁴². Um detalhe importante – que fora omitido ou

⁴² A linhagem celular humana mais antiga e mais comumente utilizada em experimentos laboratoriais. Ela foi criada a partir de células de um câncer cervical retirada de Henrietta Lacks em 1951. A paciente morreu apenas alguns dias depois, mas suas células, cuja grande capacidade de divisão se mostrou excepcionalmente notável,

sumariamente ignorado pela grande maioria dos cientistas – é que HeLa era uma mulher afro-americana (Idem). No entanto, Anderson sempre foi interpretada como o genoma de um homem europeu – ainda que esta fosse a origem de apenas uma parte do material usado para montar a sequência.

M'charek também narra que quando foram apontados erros em Anderson, parte da comunidade científica propôs que esta fosse refeita para a correção dos problemas e também para que fosse uniformizada – ou seja, para que fosse (ou ao menos parecesse ter sido) feita a partir de um único indivíduo. O material genético da placenta foi escolhido para ser a base da sequência “atualizada” em vez do de HeLa e a nova versão “corrigida” foi chamada de *Cambridge Reference Sequence* (CRS). O resultado final, no entanto, não foi de modo algum mais uniforme. M'charek demonstra, por exemplo, que foram mantidas na CRS inúmeros polimorfismos⁴³ de HeLa. Também se decidiu por manter um erro no loci dos genes 3106/3107 para que todo o material já produzido tendo Anderson como referência não fosse inutilizado. No entanto, enquanto Anderson possuía um gene representado pela letra T em determinado loci, na CRS este mesmo gene foi substituído por um C – não porque ele precisasse de correção, mas porque o T identificaria o doador do material como de raça negroide (2013). Poderíamos tentar interpretar esta mudança como uma simples tentativa de individualizar a fonte da nova referência (embora seja emblemático que tenham escolhido o material do indivíduo caucasiano⁴⁴ para esse fim), mas esta hipótese perde força quando pensamos que apesar de terem achado necessário alterar o T (que não era um erro, mas uma mutação referente à raça), não foi imprescindível corrigir o gene duplo (um erro de representação) ou remover os polimorfismos individuais de HeLa que não fossem, por sua vez, referentes à raça.

A longa recapitulação da pesquisa da autora feita aqui tem os seguintes propósitos: demonstrar como os conceitos de raça e sexo operam como presenças ausentes na história de muitos objetos; demonstrar como as histórias permanecem ecoando e literalmente se materializando nestes objetos; demonstrar que o objeto é performado a partir de histórias que o precedem. Toda vez, portanto, que você abre um frasco de remédios ou que um sequenciamento de genoma é feito em um

continuam sendo usadas até hoje.

⁴³ Uma variação fenotípica individual que pode ser separada em grupos definidos como, por exemplo, grupo sanguíneo.

⁴⁴ Categoria mais frequentemente utilizada nos periódicos.

laboratório é como se o cadáver esquecido do cão passasse em frente à janela da nave por uma fração de segundos. Por outro lado, seria impossível viver e especialmente produzir conhecimento pensando em todas estas nuances e narrativas e sem o conforto das ficções convenientes dos fatos, e é sobre eles precisamente que falarei a seguir.

3.2 Se anda como um pato e grasna como um pato, deve ser um pato

Quando os relatos clínicos da AIDS passaram a dar indícios sistemáticos de que a doença era transmitida por contato sexual e pelo sangue (não estando, portanto, restrita à população homossexual) diversos cientistas ao redor do mundo aventaram a hipótese de que aquela síndrome deveria ter um patógeno único, e que ele muito provavelmente era um retrovírus. Os retrovírus (Retroviridae), por sua vez, são um tipo muito específico de organismos que se diferenciam de todos os outros conhecidos e classificados até hoje por possuírem material genético feito de ácido ribonucléico (RNA), e não de ácido desoxirribonucleico (DNA), mas eles são portadores de uma enzima chamada transcriptase reversa que é capaz de produzir DNA a partir de RNA tornando possível que se multipliquem e que seu material genético seja permanentemente incorporado ao da célula hospedeira. Esta família particular de vírus foi classificada em 1971 pelos pesquisadores Howard Temin (da University of Wisconsin) e David Baltimore (do Massachusetts Institute of Technology), que também são tidos como os descobridores de seu processo de replicação ímpar – trabalho que lhes rendeu o prêmio Nobel no ano seguinte.

Ao final da mesma década, a equipe norte-americana de Robert Gallo (diretor do National Cancer Institute's Tumor Cell Biology Laboratory) e um grupo de pesquisadores japoneses encabeçados por Kiyoshi Takatsuki descobriram simultaneamente que retrovírus também podiam se replicar em humanos quando encontraram um patógeno ao qual Gallo chamou de Human T-cell Leukemia Virus (HTLV): um vírus com propriedades imunossupressoras e oncogênicas associado, como sugere a nomenclatura, a certos tipos de leucemia. A descoberta lhe garantiu o prêmio Lasker – condecoração mais importante da biomedicina depois do Prêmio Nobel (EPSTEIN, 1996, p.68).

A proeminência de Gallo no cenário biomédico garantiu que vários

pesquisadores perseguissem imediatamente a hipótese da origem retroviral da AIDS – e, mais importante que isso, a hipótese da similitude do novo patógeno com o HTLV. O que se observa na história desta descoberta, como explicitarei a seguir, remete diretamente à discussão do capítulo anterior sobre a produção de verdades científicas. Compreendo, por exemplo, que Gallo é um personagem excepcionalmente bem-sucedido em executar recrutamentos e traduções – sendo este último um mecanismo de persuasão que lhe garantiu dar coesão a suas hipóteses muitas vezes em detrimento de uma análise mais detalhada das evidências que se apresentavam. Mas até aí, traduções são agenciadas por qualquer indivíduo empenhado na promoção de um ponto de vista – operação esta que, como já pontei, está sendo performada neste próprio texto enquanto construo uma narrativa muito específica sobre um evento e trago à existência uma versão nova do mesmo. O que separa Gallo de outros pesquisadores igualmente empenhados em suas próprias promoções é o sucesso de sua empreitada.

É evidente que as suposições de Gallo faziam sentido dentro das redes discursivas em que estavam sendo operacionalizadas. Deste modo, a hipótese levantada pelo pesquisador de que o HTLV e a AIDS deviam estar relacionados era muito coerente uma vez que já se sabia de antemão que o HTLV atacava linfócitos T, que este era transmitido pelo sangue e por sêmen, e que havia muito que se conhecia o fato de que retrovírus causam imunodeficiência em animais (como no caso da leucemia felina) (EPSTEIN, 1996, p.68). No entanto, como Fleck sugeriu ainda no início do século passado, plausibilidade é um instrumento de convencimento frágil quando dissociado de procedimentos bem-sucedidos de mobilização e recrutamento. A história da instituição da própria sífilis (FLECK, 2010), dos hormônios sexuais (OUDSHOORN, 1994), e do genoma humano (M'CHAREK, 2010) são apenas alguns poucos exemplos dentro de vários que podem demonstrar a sistemática maneira de operar que se repete ao longo da história das “descobertas” científicas.

Mas Robert Gallo, não teve sucesso somente em traduzir uma hipótese para seus pares, ele também contava com uma capacidade extraordinária de promover e centralizar redes em torno de si. Deste modo, quando começou a coletar amostras de sangue de pacientes diagnosticados com AIDS em busca de sinais de infecção por HTLV, ele imediatamente incentivou que pesquisadores de todo os Estados- Unidos comessem a fazer a mesma verificação. Indícios de contaminação pelo

retrovírus em questão foram, de fato, verificados em alguns pacientes. Ainda assim, é improvável que as estatísticas levantadas tivessem o mesmo impacto se promovidas por um pesquisador menos estabelecido. Sendo assim, muito embora o HTLV tenha sido encontrado em apenas um pequeno número de pessoas, a reputação de Gallo lhe rendeu o apoio da comunidade científica norte-americana. As repetidas publicações na prestigiada revista Science naquele mesmo ano decretaram de vez a credibilidade da hipótese da origem retroviral da epidemia e de sua provável associação com o HTLV (EPSTEIN, 1996; ENGEL, 2006).

Mas uma vez que a nenhuma teoria é garantido o benefício da unanimidade, outros cientistas promoviam simultaneamente pesquisas em direção expressivamente diferentes daquela perseguida pela equipe de Gallo. O mais proeminente destes grupos foi aquele formado na França pelo imunologista Jacques Leibowitch, que também fez suas apostas na hipótese de que o patógeno da AIDS era um retrovírus, mas que, ao contrário de Gallo, não assumiu o pressuposto de que ele seria uma variação do HTLV. Como não possuía a expertise e nem o aparato instrumental material para colocar sua tese à prova, Leibowitch procurou se associar a Luc Montagnier – importante virologista que trabalhava com oncologia viral no Instituto Pasteur.

Sem a pressão de ter o HTLV como legado científico, a equipe francesa não incorreu na mesma precipitação de buscar indícios da presença daquele vírus nos pacientes com AIDS – antes de tudo, eles se ocuparam em confirmar que a infecção tinha, de fato, uma etiologia viral. Sendo assim, a equipe de Montagnier assumiu que, se um vírus fosse o causador da síndrome, seria mais fácil encontrá-lo em pessoas que estivessem no início do quadro clínico da AIDS – ou seja, pessoas que ainda tivessem uma boa contagem de linfócitos T uma vez que células vivas são essenciais para a replicação dos vírus. Eles procuraram então coletar amostras de sangue e tecido de pacientes que preenchessem esses requisitos, e tiveram sucesso, a partir destes materiais, em fazer pequenas culturas de linfócitos T dos indivíduos infectados. Em pouco tempo a equipe também foi capaz de observar em laboratório a ocorrência de transcriptase reversa – operação esta que repetiu o mesmo padrão nas várias culturas acontecendo muito frequentemente no início dos testes e diminuindo em intensidade com a passagem dos dias. Este comportamento parecia indicar que: 1- o vírus estava matando as células hospedeiras; 2 – ele era, de fato, um retrovírus (EPSTEIN, 1996, p.70).

Pouco tempo depois de conseguir cultivar as células T de pacientes com AIDS em ambiente controlado, o grupo de Luc Montaigner teve sucesso em confirmar a presença de um novo tipo de vírus ao qual chamariam mais tarde de Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) – um patógeno que diferia do HTLV na composição proteica, mas que também atuava por meio do acoplamento às células T. Quando Montagnier procurou Gallo para trocar informações sobre suas pesquisas, este último insistiu para que o primeiro enviasse um artigo para ser publicado na revista Science junto a uma série de papers de sua autoria. Como Montagnier (1983) não havia preparado um resumo para o artigo, Gallo o escreveu em seu lugar [verificar Anexo I, Figura 2].

Como podemos ver nesta imagem escaneada da publicação original (MONTAGNIER, 1983) o leitor não tem qualquer motivo para imaginar que o resumo em questão não teria sido escrito pela mesma equipe que produziu o artigo. Mas o que é mais notável: o resumo estabelece logo de início que o vírus de Montaigner “bem como os vírus HTLV previamente isolados” pertencem à mesma família. Como Epstein bem observa, com este resumo “Gallo teve sucesso em inscrever os pesquisadores do Instituto Pasteur por trás de seu HTLV” (EPSTEIN, 1996, p.70) – ele alinhou estrategicamente os mapas de interesses dos pesquisadores franceses com o seu próprio e recrutou aliados fundamentais sem que estes sequer se dessem conta, em um primeiro momento, dos fins para os quais sua pesquisa estava sendo mobilizada. Um ano mais tarde estes mesmos pesquisadores iriam aos Estados Unidos apresentar novos dados e mostrar que o vírus encontrado não era, de modo algum, o HTLV, que não havia indicativos de que eles pertenciam à mesma família, e que nenhum dos pacientes dos quais o material biológico tinha sido analisado demonstraram indícios de contaminação pelos retrovírus de Gallo. Em uma tentativa última de mostrar para Gallo que os dois eram indiscutivelmente diferentes, Montagnier encaminhou uma amostra do LAV para o laboratório da equipe americana (Idem).

O que aconteceu em seguida é controverso e especulativo, mas o fato é que em 1983 Gallo anunciou ter descoberto e isolado o vírus causador da AIDS: o retrovírus que ele batizou HTLV III (EPSTEIN, 1996; ENGEL, 2006). Como Epstein bem sugere, a explicação mais provável é que Gallo tenha simplesmente re-descoberto o vírus LAV sem se dar conta de que a amostra de Montagnier contaminou as culturas de seu laboratório, como é comum que aconteça nestes

ambientes – e embora circulem explicações mais sórdidas sobre o acontecimento, novamente, tudo não passa de especulação. Naquele mesmo mês a secretária de saúde do presidente Ronald Reagan anunciou a “descoberta” em uma grande coletiva de imprensa como o primeiro passo em direção a cura da AIDS, e como mais “um milagre adicionado ao longo rol de honra da ciência e medicina americanas” (Margaret Heckler apud EPSTEIN, 1996, p.72). O anúncio, como Epstein observa, foi feito antes mesmo que Gallo tivesse publicado qualquer artigo científico – uma configuração pouco protocolar neste tipo de situação. Mas embora a declaração da descoberta do LAV não tenha causado impacto comparável ao do HTLV III, a mídia especializada estava bem a par da controvérsia cercado Gallo e Montagnier.

Quando Gallo finalmente publicou não apenas um, mas quatro artigos sobre a sua descoberta em uma edição da Science, ele fez uso daquele material para:

Promover uma série de reivindicações interconectadas: que ele havia encontrado um novo vírus, que ele havia tido sucesso em produzi-lo em massa; que o vírus era da mesma família do HTLV; que anticorpos do vírus podiam ser detectados no sangue; e, mais importante, que “o HTLV III deve ser a causa primária da AIDS”. No segundo de quatro papers Gallo e seus coautores se focaram especialmente no argumento da etiologia. Depois de revisar as evidências em favor de um agente infeccioso como causa da síndrome, Gallo lembrou seus leitores que “nós e outros temos sugerido que este Human T-Lymphotropic Retrovirus específico é a causa da AIDS. A escolha de palavras de Gallo também foi significativa: ele redefiniu a sigla HTLV de Human T-cell Leukemia Virus em 1983 para Human T-Lymphotropic Retroviruses em 1984. Enquanto o nome original denotava a relação entre um tipo específico de retrovírus e um tipo específico de câncer, o novo nome descrevia uma família de vírus caracterizada de maneira mais vaga enquanto T-Lymphotropic, ou seja, como um vírus que tem afinidade com células T. Gallo havia reinventado o HTLV de modo a tornar mais plausível a inclusão de seu novo vírus nas proximidades do HTLV I e II (EPSTEIN, 1996, p.73)

O que Epstein deixa escapar, no entanto, é que a estratégia de renomeação de Gallo já havia começado em 1983 exatamente no resumo do artigo de Montagnier, como pode ser observado na Figura 2 do Anexo I. Gallo é tão arguto em sua colocação, que temos a impressão de que T-Lymphotropic Retroviruses sempre foi a nomeação utilizada para aquele tipo de entidade biológica. É difícil ignorar, deste modo, que o pesquisador desenvolvera um projeto de “conquista” da AIDS que começara no instante em que suspeitara que o HTLV – fundamental para o entendimento de um tipo raro e muito específico de leucemia e que provavelmente

só interessaria aos restritos pesquisadores desta área – poderia estar relacionado com o acontecimento médico mais importante daquela década.

3.3 Como se produzem fatos científicos

Dentre as inúmeras maneiras por meio da qual um evento pode ser narrado, uma costuma se destacar significativamente sobre as outras – aquela sobre a qual existe um consenso e alguma estabilidade e que, em algum momento, assume o lugar cobiçado de fato. A história é feita dessas grandes e pequenas cristalizações – mas isso não significa, especialmente quando tratamos das ciências biomédicas, que não possam ser transformadas e revisadas. Se, em um primeiro momento, por exemplo, a comunidade científica concordou que o lugar de origem da epidemia de AIDS foi Los Angeles, hoje, entende-se que ela é a soma de vários eventos de transmissão cujo principal deve ter-se dado em Kinshasa; se, por algum tempo interpretou-se a origem da síndrome como multicausal, hoje, atribui-se esta origem a ação de um único agente, o vírus HIV; se este agente foi percebido um dia enquanto variação do vírus HTLV, que é responsável por um tipo de leucemia em humanos, considera-se indiscutível hoje que a parentalidade do HIV é, na verdade, com os retrovírus de origem símia, os SIVs; se, a princípio, síndrome foi interpretada enquanto moléstia homossexual, e em pouco tempo foi associada aos haitianos, hoje, ela parece ser majoritariamente percebida enquanto síntese de uma série dos inúmeros estereótipos étnicos e sexuais perpetuados no ocidente. Mas não surpreenderia que no futuro o rosto da síndrome fosse outro inteiramente, dado que as taxas de mutação das nossas percepções culturais sobre AIDS têm se mostrado tão altas quanto a de seu equivalente viral. Coisas que são hoje dadas como certas, estão sujeitas a serem revistas a qualquer momento como dedução precipitada.

As concepções que produzimos sobre estes eventos e as representações que fazemos destes importam muito mais do por vezes reconhecemos, porque o olhar não percebe, mas cria e produz – porque o engajamento do olhar e a crença do sujeito precedem a “visão da verdade” (BADIOU, 1996). Para procurarmos respostas, portanto, partimos sempre de algum lugar – para Robert Gallo, que foi o principal cientista a promover a ideia de que a epidemia teria origem viral, este lugar foi o HTLV, e isto não significa que seus precedentes o “distraíram” de ser objetivo,

pois qualquer investigador se guia por seu passado para se posicionar diante de novos problemas. O mesmo é verdade para as crenças – que hoje nos parecem tão equivocadas – de que a síndrome seria uma “doença gay”. A história nos lembra dos muitos efeitos nocivos desta interpretação, mas novamente, como bem nos apontou Donna Haraway (1991a), não existe tal coisa como o olhar da ciência – o que há é o olhar do cientista, e este, enquanto matéria que ocupa um lugar no vasto espaço, precisa sempre ocupar um espaço específico.

Nenhuma destas ressalvas devem ser lidas, no entanto, como uma tentativa de nos eximir enquanto pesquisadores das repercussões e consequências que o posicionamento de nossos “mirantes” possa vir a acarretar. Muito pelo contrário. Elas aparecem aqui enquanto uma tentativa de nos fazer desnaturalizar nosso olhar para que então possamos deslocá-lo, e torná-lo para direções menos intuitivas, pois ainda que nossos precedentes nos façam atentar imediatamente para um ou outro aspecto na paisagem, este reconhecimento também nos liberta, uma vez que nos recorda que gozamos de flexibilidade para girar o corpo, o pescoço, para inclinar o olhar para o alto e para baixo.

É evidente que este não é um movimento fácil – o reconhecimento de nosso potencial não é mais que um primeiro e tímido passo na direção de abordagens mais criativas que se mostram cada vez mais necessárias em todas as áreas do conhecimento. A parte da teoria cultural que tem se dedicado, por exemplo, a estudar as ciências tecnológicas, exatas, e biomédicas é responsável, como já indiquei, por uma profunda transformação no quadro conceitual e instrumental da antropologia. São muitos os autores contemporâneos que destacam que esta virada está essencialmente relacionada um processo de abandono de antigas metáforas e proposição de novas (HARAWAY, 1991a; M'CHAREK, 2000, 2010; MOL, 2007). Mas esta não é simplesmente uma tentativa de acompanhar a intensificação dos fenômenos limítrofes, fluidos e velozes inegavelmente promovidos pelo século XX; ou de apreender com mais competência toda esta instabilidade e vicissitude – muito mais que isto, este é um movimento de reconhecimento de que nossas metáforas e representações são criadoras e produtivas. Rosengarten diz (2009, p.4):

Se queremos entender o desafio colocado pelo HIV, precisamos entender o campo no qual fazemos nossas indagações (...) como um que não é composto pelo vírus apenas, mas pelo vírus já enredado em nossas tentativas de entender e interferir em seu curso destrutivo. Não é hora apenas de reconhecer o HIV enquanto esta entidade que não existe em

domínios externos à interferência humana, mas de pensar nas mudanças que precisam inevitavelmente ser postas em movimento uma vez que levamos a sério esta afirmativa.

Para entender como objetos são performados – especialmente no que diz respeito àqueles entendidos como pertencentes ao domínio do natural e do biológico – é preciso olhar para as práticas através das quais pesquisadores conseguem impulsionar teorias que não somente descrevem, mas que se tornam o referencial semântico através dos quais os objetos ganham materialidade. A principal chave por meio da qual alguns poucos sujeitos “obtêm o direito de expressar e representar os numerosos atores silenciosos do mundo natural e social” (CALLON e LAW, 1998, p.71) é o processo de tradução. Esta operação consiste em sintetizar, simplificar, “suprimir, reduzir e aumentar escalas, fazer cortes transversais, etiquetar (...) esquematizar, generalizar e justapor” (LAW, 1998, p.81) – em outras palavras, em enfatizar certezas e escamotear ambiguidades e dúvidas acerca do objeto que se pretende descrever/construir. Caso seja exitosa, a tradução facilitará a agregação de apoiadores que sustentarão e disseminarão as hipóteses produzidas, como foi o caso do HTLV.

A tradução está sempre intrincada, portanto, com outros dois processos: o recrutamento, e a mobilização de mapas de interesses. A relação destes três se dá porque uma boa tradução facilita a adição exitosa de sujeitos a uma rede, mas isso acontecerá apenas se os interesses dos atores que se deseja recrutar forem bem interpretados. Mapas de interesses se referem, portanto, à capacidade de decifrar os possíveis interesses de terceiros acerca de um tema e de um objeto de pesquisa com o propósito de recrutá-los. Caso esta operação não tenha êxito, os atores podem vir a redefinir seus próprios interesses iniciais se colocando em oposição àqueles que tentaram lhes recrutar e conformando redes alternativas nas quais produzirão outras hipóteses e outros tipos de objeto.

A capacidade de performar um objeto no mundo, deste modo, não se encontra restrita àqueles que tem sucesso em tornar hegemônica uma hipótese. Estes últimos, no entanto, conseguem fazer de sua perspectiva um “ponto de passagem obrigatório” que obstrui o acesso às alternativas propostas por outros atores (CALLON e LAW, 1998, p.71). Com o tempo, contestações, dúvidas e determinadas teorias acabam se tornando inacessíveis de modo a fazer com que certos artefatos e técnicas pareçam “autoevidentes” ao observador – isso quer dizer

que estes processos são, na gramática dos estudos sociais da ciência, encerrados em “caixas-pretas”. Diretamente relacionadas às operações de tradução, as caixas pretas se referem, portanto, ao resultado de consensos e estabilizações que, por definição, obscurecem complexidades e controvérsias acerca de um determinado tema atribuindo-lhe a aparência de “verdade objetiva” (CALLON, 1998; CRESSMAN, 2009).

Um dos exemplos mais sofisticados de análise epistemológica e de descrição de todos os processos mencionados acima é o trabalho de Ludwik Fleck, publicado originalmente em 1935, *Gênese e desenvolvimento de um fato científico* (no original, *Entstehung und Entwicklung einer*). Em sua pesquisa sobre a emergência do conceito de sífilis enquanto entidade nosológica e análise das elaboradas inter-relações entre biologia, história e cultura, o autor cunhou, entre outros conceitos, as noções de coletivo de pensamento, ou “a comunidade das pessoas que trocam pensamento ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos” e que são portadores de “desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo específico de pensamento” (2010, p.82); e de estilo de pensamento, que “consiste numa determinada atmosfera e sua realização (...) esse estilo é marcado por características comuns dos problemas que interessam a um coletivo de pensamento (...) e por um estilo técnico e literário do sistema de saber” (2010, p.149). O que temos então é uma comunidade científica com um estilo próprio de pensamento – um estilo técnico e *literário* – que retroalimentam o repertório de conhecimento sobre um determinado assunto de maneira, como vimos no caso do HIV/AIDS, a dificultar a entrada de produções fora do sistema. Sobre isso, Fleck acrescenta:

Uma vez formado, um sistema de opinião elaborado e fechado, constituído de muitos detalhes e relações, persiste continuamente diante de tudo que o contradiga.[...] Não se trata de mera inércia, ou de cautela diante das inovações, mas de um procedimento ativo, que se divide nos seguintes graus de intensidade: 1. Uma contradição ao sistema parece impensável. 2. Aquilo que não cabe ao sistema permanece despercebido, ou 3. é silenciado, mesmo sendo conhecido, ou, 4. mediante um grande esforço, é declarado como não contradizendo o sistema. 5. Percebem-se, descrevem-se e até se representam determinados estados das coisas que correspondem aos pontos de vista em vigor, que, por assim dizer, são sua realização – apesar de todos os direitos dos pontos de vista contraditórios. (2010, p. 69)

A epidemia HIV/AIDS é um exemplo que se ajusta de maneira espantosa a esse sistema, como fica claro levando em consideração os eventos narrados no capítulo anterior, mas é a história da feminização parece ser melhor descrita por estas cinco etapas: as mulheres foram da invisibilidade à exceção, da exceção à normalidade e, finalmente, à maioria. Esse processo ficará evidente nos três capítulos que se seguem – O Corpo Invisível, O Corpo Discrepante e O Corpo Reprodutor –, pois a maneira como os corpos femininos são performados na literatura médico-científica sobre HIV ilustram de maneira valiosa as intersecções que procuro explorar nesta tese. Mas, antes disso, é preciso revisitar as indagações iniciais desse texto sobre o que é um corpo, como ele é produzido e por que ele nunca é singular.

3.4 Como se produzem corpos

No que diz respeito às ciências sociais, é seguro dizer que o interesse pelo corpo é quase tão antigo quanto suas principais disciplinas. Entre os autores que primeiro se preocuparam com este objeto o primeiro que vem à mente é, certamente, Marcel Mauss em *Técnicas do Corpo* (1934). Muitos acadêmicos franceses deram continuidade a estes estudos em diversos momentos, como Pierre Bourdieu, Maurice Merleau-Ponty, David Le Breton e Michel Foucault. Entre os autores anglófonos é essencial mencionar o trabalho Bryan S. Turner – o Turner menos popular, embora sua obra de 1984, *The Body and Society: Explorations in Social Theory*, seja um marco na área de pesquisa social sobre o corpo; Chris Shilling, e, é claro, Margaret Mead e Mary Douglas.

Não é coincidência que duas das primeiras antropólogas mulheres tenham dado destaque à relação entre corpo e cultura, ou mesmo que duas de nossas maiores referências no que concerne a construção discursiva do corpo, do sexo e da sexualidade sejam autores homossexuais, como Michel Foucault e Judith Butler. Não estou insinuando que essas características tornaram estes autores mais bem equipados que suas contrapartes a realizar análises sofisticadas sobre os objetos de pesquisa em questão. O que estou destacando é, novamente, a importância de levarmos em conta o olhar do cientista. O corpo da mulher e do homossexual – especialmente em suas intersecções étnicas e raciais – está sob muito mais

escrutínio que o corpo do homem caucasiano que, infelizmente, ainda é o maior expoente da produção científica.

Se pensarmos, por exemplo, nas práticas etnográficas consolidadas como o método fundamental da pesquisa antropológica, é razoável imaginar que uma mulher enfrente todo tipo de limitações que não se aplicam necessariamente aos homens no mesmo campo de pesquisa. O corpo de uma mulher – que é seu instrumento de inserção no mundo e de acesso social e sensorial – enfrenta, desde o primeiro momento, desafios particulares. Para mulheres, há a dificuldade de acesso aos estudos e, mesmo que este seja garantido, a necessidade de se nivelar tendo como referência majoritariamente colegas do sexo masculino. Já em campo (quando não no próprio departamento de pesquisa), este mesmo corpo está sujeito a assédios, ameaças e violências específicas apenas por sua configuração material e pelo significado cultural nele inscrito; espaços, práticas e rituais masculinos estão vetados ou têm o acesso dificultado por este mesmo motivo; e, mesmo depois de realizada a pesquisa, é preciso ainda mais esforço e dedicação – frequentemente divididas com tarefas e responsabilidade de ordem doméstica – apenas para que o seu trabalho seja avaliado pelo mesmo conjunto de critérios dos demais.

São poucos os momentos na vida de uma mulher em que lhe é permitido desviar da autoconsciência sobre o seu corpo – se é que este momento existe – e é evidente que isso influencia o “olhar da cientista”, as questões para as quais atentamos, a maneira como nos aproximamos de nossos objetos. É claro, reconhecer que os saberes são localizados é reconhecer que isso é igualmente válido para os pesquisadores, mas talvez seja mais difícil escapar à fantasia da neutralidade do olhar científico quando seus corpos passam incólumes enquanto humanos neutros sobre todas as curvas possíveis de normalidade.

Dito isso, é preciso destacar a centralidade que o corpo ganhou na teoria antropológica a partir da década de 1970, tendo como um dos principais propulsores o movimento feminista e seu “esforço para pôr fim a exploração do corpo feminino” e para reivindicar o domínio sobre esse corpo frequentemente visto como mero instrumento de reprodução e do prazer masculino. Com pautas como o uso de contraceptivos, liberação sexual, o direito de ir e vir sem a sujeição presumida à violência, o aborto, o feminismo político e acadêmico jogou os holofotes sobre o corpo feminino de uma maneira até então inédita (TALLEY, 2013). Mais tarde, a crise da AIDS colocou ainda mais ênfase sobre a necessidade do estudo do corpo e das

relações entre representações e a matéria, e a partir dos anos 90, sobre as particularidades e invisibilidades de tal corpo. Esse movimento de olhar para um corpo que em vários níveis estava sendo confrontado com novos dilemas culturais, novas intervenções médicas, novos riscos, novos patógenos tornou ainda mais evidente a diferença de tratamento, em cada uma das esferas da vida social, dispensada aos diferentes tipos de corpos – e a diferença era uma questão com a qual a antropologia tinha inegável intimidade.

A questão da diferença é um dos temas mais essenciais e primordiais da antropologia desde sua conformação enquanto disciplina no século XIX. De fato, o fascínio da filosofia novecentista com este tópico – que acabou por se traduzir em interpretações extremamente rígidas de certos dualismos como masculino e feminino, público e privado, civilizado e selvagem, branco e negro – foi mesmo o grande catalisador do surgimento de uma nova área de pesquisa. Marcio Goldman diz (2006, p.163):

A antropologia é um dos lugares destinados pela razão ocidental para pensar a diferença ou para explicar racionalmente a razão ou desrazão dos outros. Desse ponto de vista, ela é, sem dúvida, parte do trabalho milenar da razão ocidental para controlar e excluir a diferença. Por outro lado, e entretanto, o próprio fato de dedicar-se à diferença nunca é desprovido de consequências e, em lugar de simplesmente digeri-la, a antropologia sempre foi capaz de valorizar essa diferença, sempre foi capaz de ao menos apreendê-la sem suprimi-la, pensá-la em si mesma, como ponto de apoio para impulsionar o pensamento, não como objeto a ser simplesmente explicado (...).

Embora existam incompatibilidades inegáveis entre a maneira como a antropologia novecentista estava pensando a diferença e como a disciplina o faz hoje, fica claro que este campo se ocupou desde sua gênese em compreender não apenas os significados, a aparência e as consequências da diferença, mas também os processos através dos quais ela é produzida e instituída – um projeto com o qual o presente trabalho está inteiramente comprometido. A medicina é historicamente um destes locais no qual a distinção entre indivíduos e grupos de pessoas é materializada, e as ciências sociais tiveram um papel central na problematização do caráter essencialmente biológico e imutável da diferença ao acrescentar variantes e determinantes históricas e culturais a análise do fenômeno. A disciplina colocou em dúvida a noção da medicina e da ciência como instâncias inteiramente objetivas,

apolíticas e apartadas da realidade social. Em lugar disso, sugeriu a prevalência de uma constante interação entre repertórios biológicos e sociais na qual a ciência e a cultura não podem mais ser entendidas senão relacionalmente.

É fundamental ressaltar mais uma vez o protagonismo dos estudos feministas no que concerne a emergência de um novo quadro de referência teórico-conceitual dentro das ciências sociais – um que está inegavelmente mais apto a discutir a diferença em um terreno de instabilidades e ambiguidades típicas, por exemplo, dos estudos raciais e étnicos, de sexualidade e relações de gênero, de corpo e saúde, e dos estudos sobre biopolítica. No início da década de 90, por exemplo, Butler já propunha em sua crítica ao binômio sexo/gênero que a matéria obtém a aparência de rígida, fixa e natural através dos discursos pelo qual aparenta estar sendo descrita, e que ela não pode, portanto, ser entendida como um “lugar ou superfície” sobre o qual a cultura age, mas sim como o resultado de processos de materialização que são essencialmente discursivos. Isso não quer dizer, ainda segundo a autora, que a matéria é “artificial”, ou que ela não existe, mas que ela só pode ser entendida e significada através de uma variedade de regimes discursivos. Os corpos, diz Butler, só surgem por meio da linguagem da qual dispomos para descrevê-lo e é por ela que eles se tornam inteligíveis e legíveis – é na descrição que os corpos são construídos (1993, p.7). A autora continua:

[...] a matriz das relações de gênero é anterior ao surgimento do "humano". Considere a interpelação médica que [...] muda um bebê de "feto" para uma "ela" ou um "ele", e nessa nomeação, a menina é "feminilizada", trazida ao domínio da linguagem e do parentesco através da interpelação de gênero. Tais atribuições ou interpelações contribuem para esse campo de discurso e poder que orchestra, delimita e sustenta o que se qualifica como "humano". Nós vemos isso com mais clareza nos exemplos desses seres abjetos que não são propriamente generificados; É a própria humanidade que está em questão. De fato, a construção do gênero opera através de meios de exclusão, de modo que o ser humano não é produzido apenas superior e contra os desumanos, mas através de um conjunto de despejos, apagamentos radicais, que estão, estritamente falando, recusando a possibilidade de articulação cultural. Por isso, não é suficiente afirmar que os seres humanos são construídos, pois a construção do ser humano é uma operação diferenciada que produz o mais e o menos "humano", o desumano, o humanamente impensável. Esses locais excluídos tornam-se vinculados ao "humano" como constituição externa, e assombram esses limites como a persistente possibilidade de sua ruptura e rearticulação.

Então, temos aqui alguns indicativos de como corpos são construídos: por meio da linguagem, pela diferença e por redes discursivas intrincadas dentre as quais se destacam os saberes médicos e científicos. A marcação discursiva da

diferença é o que reconhece um corpo enquanto humano, e depois disso – depois da enunciação da autoridade médica ser confirmada em um texto oficial com informações como nome, filiação, naturalidade e sexo – o corpo sexuado é marcado, ao longo de toda a vida, por outros sinalizadores de diferença. Mas assim como os fatos científicos, esses corpos não precisam que as outras desapareçam para se manterem vivos. Eles podem coexistir, com ou sem conflito, com versões infinitas de si mesmos, como procurei mostrar a seguir.

3.5 O corpo múltiplo

Dando continuidade ao exercício de apresentar e explicitar as principais referências do quadro conceitual que selecionei para esta pesquisa, gostaria de destacar a centralidade de Annemarie Mol e de textos como *Política Ontológica: algumas ideias e várias perguntas* ([1999] 2007) e *The Body Multiple* (2002). Mol e M'charek derivam muito de seu trabalho das teorias Donna Haraway (1995), e o conjunto de conceitos, teorias e metáforas cunhados ou aprimorados por todas as três autoras são valiosos para esta pesquisa uma vez que me permitiram contemplar a doença do HIV como múltiplas síndromes inteiramente distintas entre si que se materializam de maneira idiossincrática a partir de contextos específicos, ou de acordo com a perspectiva de Mol, porque nos permite olhar para a realidade como uma ontologia que “não precede as práticas banais nas quais interagimos com ela, antes sendo modelada por essas práticas” (MOL, 2007, p.2).

A epidemia HIV/AIDS, com ênfase em seu processo de feminização, não são “descobertos” pela ciência, mas performados e modelados pela biomedicina e outras instâncias da vida social. No entanto, para compreender a feminização da AIDS, é preciso que façamos a pergunta: que corpo é esse que está sendo desproporcionalmente contaminado, examinado, diagnosticado, acrescentado às estatísticas? São corpos femininos, esse tanto já sabemos, mas estes corpos não simplesmente existem em uma realidade estável e estática acessível pela medicina – a realidade assume várias formas na medida em que são produzidas pelas práticas da mesma.

Em *Body Multiple* (2007), Mol explora as variadas práticas por meio das quais se constrói uma doença, mais especificamente a aterosclerose, e sobre como várias

versões da mesma coexistem no mesmo espaço, tempo, no mesmo indivíduo. Mas a percepção geral, que sustenta a autoridade médica, é bem diferente: a convicção compartilhada é de que a realidade é singular (p.119), e ao mesmo tempo que idealmente a medicina trataria o paciente como um todo, também seria capaz de ver esse paciente “íntegro” como parte de algo maior: uma população. Segundo Mol, uma das muitas maneiras de performar a realidade é por meio dos periódicos científicos – mas muitas outras publicações produzem ou reiteram suas próprias versões da realidade, como dados epidemiológicos, consultas, exames, congressos. A proposta da autora nesse trabalho é realizar uma análise praxiográfica cujas questões centrais – embora não seja este tipo de análise a minha pretensão ou empreendimento – são próximas das minhas e que consistem em manter em mente que: nenhuma entidade pode permanecer a mesma através de histórias e locais; não existem variáveis invariáveis; e, onde várias maneiras de performar um objeto específico se encontram, cria-se interferência obrigatoriamente.

Outra das questões teóricas essenciais de Mol é pensar sobre como o “real” e o “político” estão implicados um no outro (2007), e toda a narrativa que construí até aqui se sustenta sobre esta questão precisamente: como a materialidade da AIDS e do corpo vem a existir e ganha significado apenas por meio de determinadas redes discursivas e de quadros culturais de referência. Quando o corpo de uma mulher finalmente foi reconhecido enquanto vulnerável à doença, esse corpo já carregava todo um repertório simbólico de associações com a sexualidade passiva, a maternidade, a sujeira e outros estereótipos perniciosos de feminilidade; esse objeto já materializava longas histórias de descaso, negligência, distorção, diferença, violência; esse corpo já era múltiplo. A autora continua:

A iconoclastia da teoria do ator rede, e de muitas outras teorias correlatas, pode ter já derrubado a tradicional divisão entre os dois [real e político]; mas está ainda longe de ser claro o significado que a divisão pode ter noutros domínios de atividade. [...] De facto, sempre se admitiu que a “realidade” não é inteiramente imutável. É este o ponto de partida da tecnologia – e, sem dúvida, da política. Ambas as esferas assentavam no pressuposto de que o mundo podia ser dominado, modificado, controlado. Adotando as convenções da tecnologia e da política, a questão de como modelar a realidade era, portanto, uma questão em aberto: algures no futuro, as coisas poderiam passar-se de outra forma. Mas, ao mesmo tempo, partia-se do princípio de que as peças constituintes da realidade permanentes: poderiam ser descobertas através de investigação científica adequada. (2007, p.3)

É este princípio, como já apontei previamente, que os estudos sociais da ciência colocaram à prova: o da dimensão ontológica da realidade das coisas (MOL, 2007): esta suposta estabilidade e fixidez que seria garantida aos objetos por uma existência fora do domínio da cultura. Hoje, como sugeri anteriormente, atentamos muito mais à reciprocidade e à complexidade destas intervenções – deste vetor bidirecional – que ocorrem da matéria para a interpretação bem como da interpretação para a matéria. Esta mudança de percepção reverbera na teoria social que pretendemos produzir e nos permite vislumbrar modelos interpretativos onde estas fronteiras entre matéria e cultura perdem completamente o sentido. Sendo assim, precisamos ir além de observar os vários efeitos materiais explícitos da relação nociva da ciência com o corpo feminino como consequências destes discursos que informam nossa compreensão sobre o mesmo, e, para isso, proponho a seguir algumas experimentações.

3.6 Os tropos de uma mulher

Quando Fleck fala sobre as características dos coletivos de pensamento na ciência moderna ele faz uma distinção interessante entre os diferentes tipos de textos por meio dos quais estes coletivos divulgam sua produção: livros didáticos, manuais e periódicos. Os primeiros teriam a intenção de formar um saber popular que seria caracterizado pela “ausência de detalhes e principalmente de polêmicas, de modo que consegue uma simplificação artificial” e seria o epíteto da ciência simplificada, ilustrativa e apodítica, mas Fleck ressalva: “o saber popular forma a opinião pública específica e a visão de mundo, surtindo efeito retroativo no especialista” (p.166). Os segundos tipos de textos são os manuais, ou “um resumo crítico num sistema ordenado” (p.171) e nascem de “trabalhos isolados como o mosaico nasce de muitas pedrinhas coloridas (...) o plano, que determina a seleção e a composição, fornece então as diretrizes para a pesquisa posterior”, decidindo quais conceitos serão fundamentais e que hipóteses devem ser perseguidas (p.173). Os terceiros tipos são os periódicos que, segundo Fleck, são os trabalhos mais autorais dos textos médicos ao mesmo tempo em que são os menos explicitamente autorais, e esse engodo é feito, se não por meio de palavras expressões que promovem a noção falsa de modéstia do redator, pela invocação de um pensamento

coletivo igualmente irreal performado no uso do “nós” em vez do “eu” na maioria dos trabalhos (p.172).

A ambição do pesquisador que escreve para o periódico, de acordo com Fleck, é ver sua pesquisa promovida ao status de manual: é ver seus “parece possível”, “dados indicam”, “acreditamos que” em “não há dúvida que” – essa convicção está a apenas um formato textual de distância. Como discuti anteriormente, a palavra é o instrumento fundamental da transmissão do conhecimento, mas desde a filosofia platônica – ou talvez até antes disso – criou-se e difundiu-se a noção de que algumas palavras seriam mais adequadas para descrever e traduzir a realidade que outras. Enquanto as palavras e expressões próximas ao espectro da literalidade serviriam aos propósitos da ciência e da filosofia, o outro extremo, composto pelos *tropos* ou figuras de linguagem, deveria ser relegado à poesia, pois não teria valor como recurso cognitivo ou como definição do mundo real (GIBBS, Jr, 1993).

O tropo vem do grego volta, desvio ou mudança, e, embora haja algum dissenso nos estudos de linguística e literatura sobre quais são os “dispositivos poéticos” que compõem definitivamente este conjunto, Gibbs sugere que eles sempre giram em torno das categorias principais de metáfora, metonímia, ironia, oximoro, hipérbole, lítotes, perífrase e outros (p. 253). Sem dúvida o tropo que ganhou mais atenção em todas as áreas de conhecimento foi a metáfora, inclusive no estudo específico da retórica – o que Gibbs acha compreensível dada a proeminência que a figura ganhou ao longo da história e que data da filosofia aristotélica –, mas todos eles são parte constitutiva da nossa experiência de comunicação. Por muito tempo a linguística presumiu que estas figuras de linguagem seriam mais difíceis de compreender do que a linguagem “literal”, e que os tropos violariam e desrespeitariam as normas da conversação cooperativa (idem), mas esse não parece ser o caso. Em meados da década de 1970, houve uma mudança significativa na maneira como o discurso foi interpretado pelas ciências que se dedicam a este, em uma tentativa de entender como os tropos efetivamente operavam, o que levou a mudança paradigmática de que a base para a compreensão das figuras de linguagem seria a mesma da “linguagem literal”: contexto e um ponto de partida similar (p.253).

Quando pensamos em como as ciências sociais operacionalizaram a questão da metáfora no estudo do texto e da produção científica, vêm à mente textos

memoráveis como o clássico de Emily Martin, *O Óvulo e o Esperma* (2015, p. 103-120), além daqueles já mencionados neste capítulo, que deixam evidente que, apesar de Platão e a tradição científica hegemônica posterior terem se apegado a esta ideia, nunca houve clareza nesta distinção e nunca houve impedimento moral para o uso livre de tais tropos nos textos deste gênero. Na verdade, figuras de linguagem são empregadas com tanta frequência na literatura científica como na linguagem cotidiana, e não apenas porque “a própria fundação da consciência humana é baseada em esquemas figurativos de pensamento” (GIBBS, Jr., 1993, p. 252), como já indicavam estruturalistas na antropologia e linguística, mas também porque, ao contrário do que se imaginava até então, os tropos podem ser cognitivamente mais fáceis de compreender que a linguagem tida como literal.

O que me leva, finalmente, ao sentido que o tropo adquiriu recentemente advindo, desta vez dos estudos de cinema e TV e, mais recentemente, da literatura. Nos primeiros anos do século XXI, o tropo começou a ser usado de maneira mais sistemática como termo que sumariza o uso das figuras de linguagem na criação de “uma imagem universalmente identificada imbuída com diversas camadas de significado contextual criando uma nova metáfora visual” (Rizzo, 2005). O tropo passou a descrever, neste contexto, os temas e clichês recorrentes que sempre são usados para certos tipos de narrativas ou de personagens reproduzindo e ajudando a produzir interpretações carregadas, como disse Rizzo, de significados culturais. Essa discussão pode ser remetida ao que Fleck (2010) diz sobre o saber popular:

sempre acaba sendo uma simplificação, permeada por elementos apodícticos e ilustrativos (...) caso contrário, teríamos que acrescentar a cada palavra uma nota de rodapé com restrições e explicações, e, a rigor, a cada palavra dessas notas uma segunda pirâmide de palavras, da qual ela é a ponta e assim por diante, da qual surgiria uma formação que somente poderia ser representada num espaço de muitas dimensões.

O autor atribui essas características de simplificação, simplicidade e plasticidade – ou de tradução, se quisermos usar uma terminologia dos estudos sociais da ciência – à ciência popular, mas nada é tão característico dos manuais e periódicos quanto este estilo. O efeito retroativo ao qual Fleck faz menção ao tratar do saber popular também opera com conceitos e tropos que fogem aos domínios da medicina. Deste modo, a “visão de mundo” que tomo a liberdade aqui de tratar

enquanto cultura é o pano de fundo que determina os traços do estilo de pensamento do especialista (FLECK, 2010, p.166). Certamente não estamos acostumados a pensar nos conceitos do que chamamos de mundo social, como particularmente complexos, de difícil compreensão, plastificados ou simplificados para poupar páginas e páginas de nota de rodapé – mas eles são, e também são descomplexificados e, por vezes, frequentemente condensados em imagens saturadas de significados culturais.

Tropos, em ambos os sentidos mencionados, são partes essenciais das narrativas científicas – cada artigo repleto de arquétipos, de traduções, de metáforas apenas reforçam a ideia de que os precisamos tentar ver os objetos para além de como se apresentam, e precisamos compreender mais claramente os motivos pelos quais lhes vemos desse modo. Por que um corpo transmite e performa muito mais informações do que reconhecemos em um primeiro instante? Por que o corpo, a partir do momento em que é feminizado, performa tantas histórias passadas, tantas HeLas, tantas presenças ausentes, tantos textos escritos e não escritos? Por que o corpo, como todo objeto, é descrito por tropos – por imagens e figuras que habitam e pontuam os coletivos de pensamento ao longo do tempo, por arquétipos e ficções confortáveis?

Quando proponho sairmos dos domínios das traduções e simplificações para adentarmos o do tropo, estou colocando o texto em evidência – a palavra, o discurso expresso em sua forma escrita com todas as suas particularidades. Estou chamando atenção para os arquétipos, personificações, impressões socioculturais de todos os tipos; para as metáforas, as ironias, as metonímias utilizadas com propósitos muito definidos em cada página dos periódicos lidos. Se pensarmos no poder efetivo da palavra escrita – enquanto portadora de conhecimento e de narrativas através do tempo; enquanto materializadora do “meramente simbólico” em oficial, legalmente válido, irreversível; como principal fonte de toda a educação, como ferramenta e como produto final de um pesquisador – é verdadeiramente espantosa a ausência de tempo despendido ao estudo do texto ao longo de quase uma década de formação. Sendo assim, do mesmo modo que M'charek apontou para a negligência das ciências sociais no que concerne o trato do tempo, acredito que a palavra escrita seja, muitas vezes, uma presença ausente nos estudos sociais da ciência. Mas com o auxílio de todo o referencial teórico apresentado e desta ferramenta emprestada da linguística e da literatura, espero ser capaz de amarrar as várias linhas que soltei

até aqui em uma análise competente sobre aspectos centrais das interseções entre ciência, gênero e HIV/AIDS.

4 O CORPO INVISÍVEL

“Nós vivíamos nos espaços em branco nas margens das páginas. Isso nos dava mais liberdade. Nós vivíamos nos espaços entre as histórias.”⁴⁵

Margaret Atwood, *The Handmaid's Tale*

4.1 Notas do campo

Em maio de 2017 viajei para São Francisco para participar, entre outros compromissos, de um congresso promovido pela International AIDS Society. Minha intenção com esta experiência era me atualizar sobre os debates mais recentes sobre a doença e ter a possibilidade de observar em primeira mão como o discurso médico é produzido e promovido em um formato tão essencial para a disseminação de conhecimento entre pares, como são os congressos. Mas, antes de prosseguir, gostaria de relatar algumas impressões mais gerais sobre a viagem em questão, pois, para quem se interessa pela história da epidemia, a mera prática de caminhar na cidade como turista significa ser confrontado com cicatrizes permanentes de um passado que, embora profundamente doloroso, deve ser, para o bem de todos, constantemente lembrado. Monumentos em memória daqueles que morreram em decorrência da doença são vistos tanto nas grandes atrações e pontos turísticos como nas ruas pequenas e mais afastadas do interesse do viajante médio. Em Castro, maior reduto homossexual de uma cidade mundialmente conhecida por ter sido o epicentro dos movimentos desse grupo, a importância do uso de preservativos está em toda a parte: cartazes em toda a região indicam lugares para realizar o teste de HIV, de cuidar de si, das pessoas amadas. Nos parques, famosos por serem locais de encontros sexuais, pedras enormes trazem nomes e pequenas biografias de algumas das vítimas locais da epidemia.

Para uma mulher lésbica, andar entre ruas repletas de bandeiras do arco-íris, passar por dezenas de casais homossexuais de mãos dadas, visitar pontos históricos e museus dedicados à nossa história majoritariamente silenciosa é uma experiência visceral de pertencimento – é como se a palavra orgulho, que compõe

⁴⁵ ATWOOD, M. *The Handmaid's Tale*. New York: Anchor Books, a division of Penguin Random House LLC, 1998.

nosso vocabulário de maneira tão marcada e específica, subitamente atingisse outras camadas de sentido. Naqueles dias, tive um orgulho especial da minha história e da história daqueles que vieram antes de mim com quem sinto ter um vínculo forte de respeito, gratidão e ancestralidade cultural. É claro, a alegria se mistura com tristeza e solenidade ao contemplar as tentativas de manter viva a memória dos que já encerraram suas jornadas, a maioria de maneira precoce. Mas ao mesmo tempo em que tenho o sentimento vívido de estar em um sítio importantíssimo da minha história enquanto homossexual, em nenhum momento tenho a sensação de que aquele lugar é parte de minha história como mulher.

Como mencionei no primeiro capítulo, um dos meus principais interesses com esta viagem era conhecer a instituição A Woman's Place, uma das poucas evidências materiais de que a epidemia HIV/AIDS havia sido e continuava a ser uma grande questão de saúde no que se refere à saúde da mulher. Eu não havia tentado nenhum tipo de contato anterior à minha primeira visita, então peguei o metrô na minha segunda semana na cidade com a intenção de conhecer o local para me apresentar pessoalmente e agendar um horário para conhecer as instalações e conversar com funcionárias e moradoras quando demonstrassem interesse em estabelecer um diálogo. Eu havia lido sobre a organização em vários trabalhos, sabia de sua importância como única organização em São Francisco que oferecia suporte direcionado exclusivamente a mulheres e estava empolgada para ver materializado aquele lugar que só havia conhecido no plano descritivo. Desci do trem com o endereço em mãos e virei à esquerda em uma das principais avenidas da cidade. Não cheguei a andar três quadras até encontrar a rua que procurava.

São Francisco não é diferente de nenhuma outra cidade turística que conheci no Brasil: não é necessário se distanciar mais que meio quilômetro das ruas principais para adentrar uma realidade inteiramente distinta daquela dos cartões postais. As ruas desertas, repletas de lojas fechadas e pequenos comércios de fachadas muito discretas criavam um contraste assustador com o que eu havia presenciado nos dias anteriores. Andei um pouco até chegar ao número que procurava, mas não encontrei nada além de um prédio abandonado com janelas sujas e quebradas. Logo presumi que eu havia anotado o endereço errado. Caminhei algumas quadras para frente e algumas quadras para trás sem jamais encontrar o lugar. A Woman's Place era um lugar invisível em uma rua invisível de uma das cidades mais evidentes do planeta. Aquele era o lugar de uma mulher.

Depois de muito procurar, encontrei uma nota em uma folha A4 colada em um prédio do tamanho de uma quadra avisando que o atendimento da instituição havia sido movido temporariamente para a rua lateral. Caminhei apressada e virei na rua indicada. Uma porta discreta ao fim de uma pequena rampa de acesso indicava que eu finalmente havia encontrado o local. Duas mulheres conversavam na rampa, uma delas em uma cadeira de rodas. Duas senhoras negras idosas. Em algum momento elas perceberam minha presença e reclamaram em tom bem-humorado que o pessoal do abrigo era muito chato e não permitia que elas fumassem. Uma delas falou um palavrão e olhou para mim com cumplicidade. Eu ri, e esse simples gesto selou nossa simpatia. A senhora de pé conduziu a outra rampa abaixo e disse com uma piscadela que iam dar um passeio. Eu segui na direção oposta, rampa acima, onde me deparei com dezenas de cartazes ainda do lado externo do prédio com avisos de todo tipo, uma nota sobre aceitarem mulheres transexuais e pôsteres com frases otimistas e regras de comportamento. O lugar não lembrava em nada os prédios de faixadas polidas que abrigavam outras organizações de combate à AIDS a apenas alguns metros dali. Admiti para mim mesma que a instituição celebrada em artigos e livros como uma das primeiras do mundo a oferecer apoio direcionado a mulheres com HIV não correspondia a qualquer expectativa que eu tivesse criado. Senti-me ingênua mas, principalmente, entristecida. O cadáver do cão passava mais uma vez pela janela da nave.

Quando finalmente adentrei o prédio, vi um balcão de atendimento onde uma conversa se desenrolava. Todos os presentes naquele momento eram mulheres negras, inclusive a equipe de atendimento. Sentei no banco de espera e logo percebi o ritmo acelerado do lugar. Algumas mulheres saíam do prédio, algumas entravam. Uma mulher alta sentou ao meu lado e puxou assunto. Eu me apresentei como Lara, mas, como quase todas as vezes que me apresentei antes durante minha estadia na cidade, ela ouviu Lana. O cérebro tem dessas coisas de transformar uma palavra desconhecida na palavra conhecida mais próxima. Eu nunca corrijo ninguém, me parecia mais fácil apenas aquiescer. Ela me disse que tinha uma prima chamada Lana de quem não gostava muito. Ergui as sobrancelhas como quem não sabe direito como responder. Conversamos mais um pouco até uma assistente social se aproximar. As duas conversam um pouco distantes de mim e a mulher vai embora. Eu finalmente sou abordada e me coloco prontamente de pé com uma apresentação decorada sobre quem eu era e o que fazia ali.

Bebe, a assistente social em questão, entendeu meu nome de primeira, o que, por algum motivo, me deixou imediatamente mais calma. Ela vestia uma roupa toda preta, particularmente formal, e usava comigo o mesmo tom de voz calmo, pedagógico e quase maternal que a vi usar com as residentes. Percebi imediatamente que seu estilo de conversa não era combativo, mas disciplinador. Nosso primeiro contato foi interrompido duas vezes para que ela pudesse resolver questões com as residentes e algumas mulheres que procuravam alguém do lado de fora. Depois de alguns minutos e várias interrupções, Bebe voltou e se ofereceu para me mostrar o local e me explicar mais sobre a organização. Eu não imaginei que a excursão fosse acontecer naquele dia, mas aceitei no mesmo instante. Ela fez uma ligação antes de me acompanhar na qual escutei sua explicação sobre quem eu era e um pedido para que alguém assumisse seu lugar no atendimento.

Conversamos sobre trivialidades no elevador enquanto ela mantinha o mesmo tom plácido e inalterado. Bebe me apresentou a cada um dos ambientes do local, começando pelo subsolo, onde ficam os dormitórios. Os quartos remetiam ao meu imaginário de prisões norte-americanas construído, confesso, exclusivamente por certa série da Netflix. Muretas baixas separam algumas porções de cama umas das outras enquanto as paredes exibem pinturas e pôsteres feitos pelas mulheres. Uma nota no meu caderno de campo indica que pensei, naquele instante, que devia ser muito difícil resistir ao rolo compressor das instituições do Estado. Senti-me estranha entrando em um ambiente tão particular, especialmente porque não havia nenhuma residente por perto.

Depois dos quartos, seguimos para o refeitório que tem a exata arquitetura foucaltiana sufocante de escolas, prisões e sanatórios, com grandes janelas onde as mulheres podem ser observadas pela equipe enquanto comem – mas por que elas são vigiadas e punidas? Claro, não fiz essa pergunta, mas Bebe acrescentou rapidamente – talvez porque eu tenha transparecido algum tipo de desconforto – que o refeitório era o local de maior tensão entre as mulheres e que frequentemente aconteciam discussões acaloradas ali. Em uma parede de canto, observo uma pilha enorme de colchões velhos que, como me foi explicado, serve para que descansem depois do almoço. Bebe ainda me levou para conhecer algumas salas de atividades manuais, de acompanhamento psicológico, um minúsculo terraço para lazer composto de duas cadeiras de praia com vista para um monte de prédios antigos, e um dormitório separado, apenas para mulheres com problemas de vício em drogas.

Depois da excursão, voltamos ao refeitório e sentamos em uma das mesas para conversar um pouco. Eu perguntei porque estava tudo tão vazio. Ela disse que as mulheres estavam fazendo coisas positivas, que aquele era o diferencial do A Woman's Place: ali as mulheres recebiam apoio emocional além do material para conseguirem deixar a organização por meio de atitudes positivas. Pensei que ela, como eu, também tinha uma apresentação ensaiada, afinal. Mas logo que engatamos uma conversa, outra funcionária nos abordou e a visita foi subitamente encerrada. Eu perguntei a BeBe se ela poderia me conceder uma entrevista e deixamos marcado um reencontro. Fui embora imediatamente e depois de atravessar duas ou três ruas retornei ao mundo anterior, que parecia agora um tanto fictício.

A estação de metrô mais próxima fica em uma área chamada distrito financeiro onde construções gigantescas de concreto deixam as ruas inteiras sombreadas. Pessoas ocupadas passavam apressadas, geralmente olhando para o celular, completamente distanciadas e desconectadas da situação precária em que seus vizinhos viviam. Claro, não há nada de excepcional sobre isso – nós todos enquanto pessoas que tiveram garantido o acesso à educação de qualidade, dinheiro e a muito mais que os recursos materiais básicos de sobrevivência fazemos isso o tempo todo. Peguei o trem de volta para a casa da minha irmã impactada, entristecida e com a impressão de ter conhecido São Francisco só naquele dia.

4.2 O paradoxo da invisibilidade

Se me fosse solicitado descrever o corpo de uma mulher, eu diria que ele é composto de uma matéria muito peculiar e específica cuja principal propriedade é a de se tornar especialmente visível quando mais precisa desaparecer, e mais invisível quando precisa ser notado – o pior superpoder já conhecido. Uma vez que vivemos da maneira que vivemos, sob o escrutínio frequentemente predatório do olhar masculino de estranhos e de conhecidos, é compreensível o desejo frequente de se invisibilizar, de passar sem ser notada, livre de olhares e palavras ameaçadoras cuja intencionalidade parece sempre prestes a ser convertida em violência. Toda vez que estamos em uma rua escura, uma esquina, um ambiente isolado e hermético – quando os passos aceleram em nossa direção, o desejo é um só: o alívio

imensurável de virar-se e encontrar um corpo como o seu.

Segundo dados da OMS publicados em 2017⁴⁶ uma em cada três mulheres (35%) sofrem violência física ou sexual ao longo da vida. Segundo a organização *Silence Screams*, que compila dados de várias fontes⁴⁷, 63% dos estupros não são reportados às autoridades nos Estados Unidos. No Brasil, a mesma estatística é de 90% de acordo com dados do IPEA⁴⁸. Tendo em mente essa subrepresentação e a impossibilidade de coletar e precisar dados sobre mulheres vivendo em zonas de guerra, situação de rua e dentro de instituições – onde a possibilidade de ocorrências de estupro é mais alta e as chances de notificação, mais baixas –, não é equivocado supor que as já assustadoras estimativas de 1 em cada 3 mulheres sejam, na realidade, expressivamente mais altas.

Tampouco podemos ignorar que muitas mulheres não reconhecem a violência sofrida se ela foi perpetrada por seus parceiros sexuais, uma vez que somos ensinadas que este é um direito legítimo de nossos cônjuges homens, como e quando desejam. Os mecanismos culturais e psíquicos que nos levam a ser complacentes com esta situação de desvalorização e opressão são extremamente complexos, mas podem ser resumidamente explicados pelo conceito de roteiros sexuais desenvolvido por John H. Gagnon e William Simon. Jeffrey Escoffier explica na introdução do livro que compila a teoria dos dois autores (ESCOFFIER, 2006, p.21):

Em *A conduta sexual* e numa série de aperfeiçoamentos teóricos publicados na década de 1980, os autores elaboram a visão de que a prática do sexo requer uma aprendizagem e de que somente por estarem inseridos em roteiros sociais é que os atos físicos do sexo tornam-se possíveis. Gagnon e Simon procuraram substituir as teorias biológicas ou psicanalíticas do comportamento sexual por uma teoria social dos roteiros sexuais. Nessa teoria afirmaram que os indivíduos usam sua habilidade interativa, bem como material da fantasia e mitos culturais, para desenvolver roteiros (com deixas e diálogos apropriados), como um modo de organizar seu comportamento sexual. Eles distinguem três níveis distintos de roteirização: os cenários culturais, que fornecem as instruções sobre os requisitos narrativos dos papéis sociais gerais; os roteiros interpessoais, que são padrões institucionalizados de interação social cotidiana; e os roteiros

⁴⁶ SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/sexual_violence/en/>. Acesso em: 23 dez. 2017.

⁴⁷ RAPE STATISTICS 2017. Disponível em: <<https://silentscreams4help.org/agencies-survivor/rape-statistics-2017/>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

⁴⁸ 70% DAS VÍTIMAS SÃO CRIANÇAS E ADOLESCENTES: OITO DADOS SOBRE ESTUPRO NO BRASIL. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36401054>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

intraplúquicos, que são detalhes que o indivíduo utiliza em seu diálogo interno com as expectativas culturais e sociais de comportamentos. Por exemplo, os roteiros interpessoais ajudam os indivíduos a organizar sua própria autorrepresentação e a representação de terceiros para instaurar e exercer a atividade sexual, enquanto os roteiros intraplúquicos organizam as imagens e os desejos que despertam e sustentam o desejo sexual dos indivíduos. Os cenários culturais moldam os roteiros interpessoais e intraplúquicos no contexto de símbolos culturais e papéis sociais genéricos (como os baseados na raça, no gênero ou na classe).

Enquanto mulheres, tais roteiros estão completamente tramados junto às qualidades mais essenciais de nossa identidade conformando uma estrutura que concebe a feminilidade como sinônimo de docilidade, altruísmo, indulgência e condescendência que é profundamente difícil de desconstruir. Frequentemente nos encontramos paralisadas pela necessidade ou anseio de escapar ao papel de submissão que nos foi dado nesse roteiro, e isso ainda é menos assustador que o temor bastante real de uma resposta violenta por pares masculinos à insinuação de que temos o desejo de nos desvencilhar desta narrativa – um aspecto fundamental da experiência feminina com a AIDS que me parece tão essencial quanto inexplorada. Os textos a seguir ajudam a elucidar como essa questão aparece na literatura médica:

[...] na África do Sul, alguns homens afirmam que **seus papéis são mais precários do que antes devido a preocupações sobre desestabilizar o poder ou privilégio masculinos**. Em períodos de relações de gênero e paradigmas sexuais e reprodutivos instáveis, possibilidades de *backlash* podem aumentar quando mulheres negociam o uso de métodos de iniciativa feminina, dada evidência histórica de que **avanços para mulheres são frequentemente percebidos como perda de poder por homens**.⁴⁹

Algumas pesquisas sugerem que **homens creem que o uso de métodos de iniciativa feminina dá às mulheres poder demais sobre o sexo, levando os homens a sentirem-se inseguros ou ameaçados**.

Mudanças percebidas em relações generificadas de poder causadas pelo uso de métodos preventivos contra HIV/DSTs de iniciativa feminina podem não ser bem-vindos por homens. (MANTELL et al., 2006, p. 2001)

Os trechos são ilustrativos de como os roteiros sexuais operam na realidade: homens percebem o controle da interação sexual e da reprodução como uma prerrogativa e uma afirmação da masculinidade, mulheres que fogem ao roteiro de aquiescência são acusadas de infidelidade – suspeitas que podem levar à violência.

⁴⁹ Todos os grifos são da autora deste trabalho.

No entanto, não é incomum que relatos desse tipo sejam interpretados e descritos como “efeitos da mentalidade patriarcal profundamente enraizada na maioria das sociedades do mundo, em especial no mundo subdesenvolvido”, como sugeriu Kang’ethe (2013, p.4). Infelizmente, o tropo do machismo inerente e do homem descontrolado do “mundo subdesenvolvido” é uma narrativa que permeia a história da AIDS desde que os primórdios da epidemia ainda que, como discutirei adiante, as evidências apontem repetidamente que os mesmos discursos e percepções nocivas da masculinidade são a regra no eixo euramericano. De fato, é possível dizer com segurança que o medo, a probabilidade e a realidade do abuso é uma das poucas experiências na vida das mulheres que atravessam marcadores de raça, gênero e classe. Quantas das mulheres que lerão esse trabalho já passaram por algum tipo de violência ou abuso perpetrado por homens? Quantas das mulheres presentes na defesa desta tese? Quantas em minha banca? Meu corpo também é um desses que compõem as estatísticas.

É nesse sentido que penso que ser um corpo invisível – ou ao menos invisibilizável – seria uma dádiva para a maioria das mulheres. Um exemplo extremo desta condição e desejo está presente no livro *Reze pelas mulheres roubadas* de Jennifer Clement (2015), um romance baseado em relatos reais que conta a história brutal de mulheres nas cidades mexicanas de Chilpancingo e Acapulco – algumas das muitas controladas pelo tráfico em um dos países com a maior taxa de feminicídio do mundo⁵⁰. Ali, as meninas são criadas como meninos, tem seus dentes arrancados para “ficarem feias”, são escondidas atrás de eletrodomésticos, são enterradas em buracos na terra quando algum homem se aproxima para escaparem ao destino perverso de serem estupradas ou vendidas como escravas sexuais. Em uma entrevista concedida ao Estadão, Clement contou que muitas mulheres que entrevistou lhe confessaram preferir a morte a cair nas mãos de traficantes, pois “um pacote de drogas só podia ser vendido uma vez, mas uma mulher poderia ser vendida por toda sua vida”⁵¹.

Mulheres em todo o mundo vivem diariamente este horrível contrassenso: o

⁵⁰ FEMINICÍDIO: 10 PAÍSES COM MAIOR TAXA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Disponível: <<https://br.blastingnews.com/sociedade-opiniao/2017/01/femicidio-10-paises-com-maior-taxa-de-violencia-contr-a-mulher-001427789.html>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

⁵¹ BASEADO EM FATOS REAIS, DELICADO ROMANCE ABORDA O RAPTO DE MULHERES NO MÉXICO. Disponível em: <<http://cultura.estadao.com.br/noticias/literatura,baseado-em-fatos-reais-delicado-romance-aborda-o-rapto-de-mulheres-no-mexico,1629043>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

de querer acima de tudo a habilidade de se fazer invisível, e o desejo de ser notada pelas instituições, pela justiça, pela medicina, como sujeitos de direitos, como corpos com necessidades específicas, e como corpos humanos. Este paradoxo da visibilidade está arraigado em toda a narrativa do corpo feminino na epidemia HIV/AIDS. Como já mencionei, a história das mulheres nesta epidemia sempre foi uma questão de visibilidade e invisibilidade, ou, como acredito que seja mais interessante descrever, de presenças ausentes. Infelizmente o absentismo não ficou relegado ao período de tempo em que não se sabia ou acreditava que mulheres pudessem ser vítimas da doença, ele simplesmente passou a ser constituído por meio de uma retórica mais sofisticada e de recursos extremamente sutis de obliteração que, por razões que seguem impressas na matéria deste corpo, seguem performando essa ambiguidade.

O que chamo, portanto, de tropo do corpo invisível é esse argumento recorrente na literatura médica – um clichê, se quisermos colocar nesses termos – por meio do qual as mulheres são subsumidas em uma narrativa por um processo que lhes garante a inclusão, mas sem que sua presença seja realmente notada. Ao longo das leituras realizadas em periódicos médicos, livros e demais materiais mencionados, identifiquei dois recursos ou operações principais por meio dos quais este tropo opera: a primeira é pelo uso recorrente da metonímia em que a) as mulheres precisam ser presumidas como presentes em grandes grupos uma vez que nunca são especificamente mencionadas; a segunda – que não necessariamente está separada ou exclui a primeira – tem a ver com b) o modo como os corpos femininos que efetivamente são mencionados na literatura são sistematicamente excluídos do pertencimento à categoria “mulher”. Além de demonstrar variados exemplos deste tropo, também tenho como intenção usar a o recurso de dobragem do objeto para tentar compreender por que este arquétipo existe e por que ele persiste.

4.3 Ninguém investigou

Quando olhamos para registros médicos desde o que é considerado o início da epidemia da AIDS até hoje, encontramos diversos recursos e processos que levaram a presença das mulheres a ser negligenciada. Um exemplo extremo disso é

narrado por Treichler ao reproduzir um diálogo (1999, cap.2, p.12) entre um grupo de cientistas mulheres e o médico Joseph Sonnabend no qual perguntaram a ele se mulheres podiam pegar a doença e sua resposta foi negativa, mas, quando interpelado sobre como sabia disso, respondeu apenas que “ninguém investigou”. Não há dúvida, portanto, de que um dos principais motivos pelos quais as mulheres não foram interpretadas como vítimas potenciais logo que a epidemia foi identificada é que não houve uma procura ativa de indícios que apontassem para a presença da doença entre elas. Mas qual o contexto que pode nos ajudar a compreender essa ausência?

Em primeiro lugar, é preciso esclarecer como se instituiu a ideia de que determinados grupos de pessoas estavam sob risco iminente de contrair e sucumbir à então nova doença. Mais que isso, é preciso manter em mente que apontar quem podia contrair AIDS também significava definir quem *não* podia. Como é verdade para qualquer evento científico, algumas redes discursivas específicas detinham o poder de instituir os fatos sobre a síndrome – poder esse que tem sido exercido por vários grupos diferentes ao longo da história da epidemia. Quando o vírus HIV foi definitivamente associado à síndrome da AIDS, por exemplo, o foco da questão pública de saúde foi transferido, em grande medida, do regime de credibilidade da epidemiologia, para o da virologia e imunologia. Até que tal virada se desse, no entanto, o CDC foi a principal instituição em posição de produzir um discurso “oficial” sobre a AIDS (TREICHLER, 1999, cap. 2, p.39)

Na primeira metade da década de 80, os boletins *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) eram o principal instrumento de divulgação sobre a AIDS. Este relatório semanal, que é utilizado até hoje, é definido como um documento que contém dados sobre doenças específicas da maneira que são reportadas por departamentos de saúde locais ou estatais e que relatam doenças infecciosas além de tópicos de interesse internacional e eventos que podem interessar a saúde pública (CDC, 2015).

Utilizando-se dessa ferramenta, o CDC reportou pela primeira vez em junho de 1981 que cinco jovens de Los Angeles haviam sido diagnosticados nos últimos meses com *pneumocystis carini*: um tipo extremamente raro de infecção pneumológica. Segundo o relatório, todos os sujeitos descritos haviam se identificado enquanto “homossexuais praticantes” (CDC, 1981a). Algumas semanas depois do primeiro relatório, o CDC (1981b) reportou mais 26 casos de jovens

homossexuais diagnosticados com um tipo raro de doença: desta vez, um câncer chamado Sarcoma de Kaposi, que, até então, só tinha sido visto em pacientes idosos em uma proporção de 1 para 1,5 milhões de pessoas (EPSTEIN, 1996, p. 102).

Voltemos ainda mais um pouco no tempo para recuperar os acontecimentos de dezembro de 1980 quando o imunologista Michael Gottlieb trabalhando à época no hospital universitário da Universidade da Califórnia atentou para a ocorrência de infecções incomuns que levaram dois de seus pacientes a óbito muito rapidamente. Apesar de ter realizado estudos de caso junto a aproximadamente cinco indivíduos com quadros clínicos similares, Gottlieb não conseguiu despertar o interesse do NEJM quando tentou publicar tal pesquisa naquele ano (EPSTEIN, 1996, p.45). Algum tempo mais tarde, no entanto, o editor do periódico – motivado pelo aparecimento de relatos médicos que iam naquela mesma direção – encaminhou o estudo de Gottlieb para o CDC. Em pouco tempo, o surto estaria sendo tratado em vários círculos como uma epidemia de “câncer entre homossexuais”. Entre outras descrições criativas que povoaram os periódicos estadunidenses vale destacar “Síndrome Comprometedora Gay”, “Pneumonia *pneumocystis carinii* adquirida em comunidade”, e o que ganhou mais popularidade: GRID (*Gay Related Immunodeficiency Disease*)⁵² (EPSTEIN, 1996; ENGEL, 2006; TREICHLER, 1999).

A hipótese da enfermidade homossexual, com respaldo da esfera médica, passou rapidamente a ser o discurso prevalente na mídia não-especializada, mesmo entre as publicações voltadas para o público gay. Boatos de que os pacientes investigados pelo CDC tinham até dez encontros sexuais por noite ou mais de mil parceiros sexuais em um ano circularam em tom alarmista e condenatório entre publicações de prestígio como o *The New York Times* (EPSTEIN, 1996; ENGEL, 2006). Em tom mais sóbrio – mas nem sempre menos moralizante –, alguns médicos começavam a aventar a hipótese de que a nova doença fosse, na verdade, um combinado de infecções que estavam se instalando mais facilmente em indivíduos homossexuais porque estes estavam tomando parte em “comportamentos arriscados” que comprometeriam o bom funcionamento de seu sistema imunológico.

Foi ao longo das primeiras semanas da epidemia, portanto, que emergiu esta categoria central e definidora da síndrome: *comportamento de risco*. Indo ao

⁵² Numa tradução livre: doença da imunodeficiência relacionada a gays.

encontro da ideia do sistema imunológico lesado, o médico Alvin Friedman cunhou em 1981 uma das hipóteses que prevaleceria nos primeiros anos de pesquisa sobre HIV/AIDS. A teoria deste médico relacionava o surto de doentes, entre outras coisas, ao uso de uma droga recreativa e afrodisíaca muito popular entre as comunidades homossexuais dos grandes centros urbanos de Nova York, Los Angeles e São Francisco: os chamados *poppers* (inalantes de nitrato). Embora já se especulasse desde a década de 1970 que estas substâncias tinham propriedades imunossupressoras, nenhum caso de PCP ou SK foram observados entre a população de pacientes cardíacos para quem este medicamento era receitado por seu efeito terapêutico (EPSTEIN, 1996).

Desse modo, mesmo na medida em que se revelava progressivamente improvável a associação entre a homossexualidade e a etiologia da síndrome, a hipótese de que esta devia ser resultado de uma combinação de fatores ligados ao comportamento, estilo de vida e excessos da comunidade gay contemporânea permaneciam sólidas. Às teorias tais quais as de Friedman deu-se o nome de “hipótese da sobrecarga imunológica”. Epstein prossegue:

O foco especulativo no estilo de vida gay joga luz sobre a própria natureza das ciências epidemiológicas. Quando uma doença misteriosa aparece em um grupo social específico faz sentido eminentemente perguntar o que distingue aquele grupo dos outros não afetados, ou menos afetados, pela doença. A dificuldade é que o isolamento da “diferença” pressupõe um entendimento comum do que constitui o background na qual a diferença se destaca. Neste sentido, a epidemiologia é uma ciência inevitavelmente normalizante empregando – e reforçando – noções não verificadas de normalidade para medir e classificar desvios da norma. Em face de uma “doença gay” epidemiologistas imediatamente se direcionaram a marcadores sensacionalistas da diferença homossexual, bradando casos de homens com histórias de milhares de parceiros sexuais, enquanto ignorando casos, igualmente relatados por clínicos desde o início do surto, de pacientes homens gays monogâmicos ou que se envolveram em uma quantidade moderada de encontros sexuais. (1996, p.49).

A hipótese do comportamento de risco que lesaria o sistema imunológico aparece como uma retórica essencial para preservar as crenças que já haviam sido estabelecidas e cristalizadas até ali: a doença só havia sido documentada entre homossexuais e usuários de drogas intravenosas⁵³. Mas se a enfermidade não

⁵³ Dúvida sobre a sexualidade a confiabilidade de seu histórico sexual havia sido questionada. Ainda que 12 casos de homens heterossexuais tenham sido registrados, a maioria dos homens tinha um histórico de abuso de

estava restrita à população gay, como se pensou de início, devia ter relação necessariamente com o estilo de vida associado a este grupo: promiscuidade e uso de drogas. A ideia do comportamento de risco criou a abertura perfeita para a inclusão de categorias específicas de heterossexuais na epidemia preservando o tropo narrativo que se cristalizava em torno da doença:

Quando a AIDS surgiu em 1981, foi considerada uma doença de homens homossexuais ou usuários de drogas. Apenas mais tarde tornou-se evidente que a AIDS também podia atingir crianças e mulheres. (SEPKOWITZ, 2002, p. 887)

Em 1982, no entanto, algo estava prestes a mudar. No início do verão, um homem idoso com hemofilia A grave morreu por PCP. Pouco tempo depois, dois casos adicionais de PCP foram relatados em homens jovens com hemofilia em diversos estados por pacientes sem histórico de contato homossexual ou compartilhamento de agulhas. Nos meses seguintes foram relatados casos de AIDS entre lactentes, parceiras sexuais de homens com comportamentos de risco e pessoas que receberam transfusões de sangue. No mesmo período, foram relatados os primeiros casos entre imigrantes haitianos – a maioria dos quais eram heterossexuais (CURRAN e JAFFE, 2011). Era a primeira vez em um ano desde a identificação dos primeiros casos que a realidade da contaminação de mulheres pela nova doença era contemplada.

Entre tantas especulações e diante de tantos “fatos novos”, o CDC finalmente se pronunciou sobre a definição oficial daquele evento biomédico – uma decisão importante para unificar os relatos de caso e pesquisas científicas, facilitar a triagem, e direcionariam a produção discursiva acerca da questão. A decisão de chamá-la Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como Epstein bem aponta, foi deliberadamente bem pensada e cautelosa. O nome soava igualmente informativo e neutro, e, mais importante, não fazia implicações de relação com uma população específica. A categoria parece, portanto, acurada para a descrição do fenômeno observado: um conjunto de infecções oportunistas recorrentes (e, em geral, simultâneas) associadas a um declínio de linfócitos T e ao colapso gradual do

drogas intravenosas e, em muitos dos casos, a confiabilidade de seu histórico sexual havia sido questionada.

sistema imunológico dos pacientes – um conjunto de sinais que, quando concomitantes, formavam um quadro clínico claro. A AIDS foi descrita como “Uma doença, pelo menos moderadamente indicativa de um defeito na imunidade mediada por células, ocorrida em uma pessoa sem causa conhecida de diminuição de resistência a essa doença”. Os principais indícios desse defeito imunológico seriam a manifestação da lista de infecções oportunistas listadas do Quadro 2 do Apêndice I. Foi por meio dessa definição que, em 1982, a AIDS passou a existir.

4.4 Alguém investigou

Se em 1982 a possibilidade de mulheres e outras minorias desenvolverem AIDS foi finalmente aventada, foi apenas no ano seguinte, no sexto boletim MMWR que se referia à nova doença, que a categoria “pessoas anteriormente saudáveis” foi adotada em substituição a “homossexuais previamente saudáveis”. Este mesmo relatório estabeleceu que a ocorrência da enfermidade entre heterossexuais havia sido observada, especialmente entre negros ou hispânicos “cuja maioria era usuária de drogas injetáveis”. Os grupos de risco estabelecidos pelo CDC para o boletim em questão foram: “homens homossexuais, heterossexuais que fazem uso abusivo de drogas injetáveis, e haitianos que imigraram recentemente para os Estados Unidos” (1983b, p.18).

É razoável supor que entre heterossexuais que fazem uso abusivo de drogas algumas fossem mulheres. É razoável supor que entre haitianos recém-imigrados houvesse mulheres – mas isso não é dito expressamente em momento algum. Presumindo, no entanto, que essas deduções sejam verdadeiras, temos aqui uma primeira indicação de que mulheres estariam sujeitas a pegar AIDS: mulheres que usavam drogas – lembrando que, de acordo com o boletim, o grupo de usuários de drogas injetáveis intersectaria com a população negra e hispânica – e haitianas. É preciso um pequeno exercício de silogismo para concluir que a) mulheres também eram suscetíveis à doença, mas b) apenas mulheres não-caucasianas.

Claro, é razoável perguntar se seria realmente importante assinalar essa recém-descoberta presença feminina diretamente. A única resposta possível é *sim*. Não apenas porque, olhando em retrospecto, essa imprecisão terminológica estranha e persistente poderia facilmente ser interpretada como a inexistência de

evidências que apontassem para uma disseminação não-generificada da AIDS, mas porque, como discuti no início desse trabalho, a universalização se disfarça de convenção na linguagem – a universalização é o masculino não marcado e é uma ferramenta histórica de apagamento.

Se aquela era uma doença escrita sobre o corpo do homem homossexual – e a palavra-chave aqui é *homem* – era essencial, e continua sendo essencial, que se lembre e que se diga: mulheres têm AIDS, mulheres podem pegar AIDS, mulheres vivem com AIDS, mulheres morrem de AIDS, a AIDS mata mulheres. Esse corpo feminino, que parecia ter estado ausente por quase dois anos, começava a ser notado. Esse corpo sempre esteve lá. É igualmente vão e imprescindível compreender os motivos para essa demora em percebê-lo. Vão porque tantas vidas já foram perdidas, arruinadas, prejudicadas; imprescindível porque “explorar o poder dos discursos e representações para construir a realidade é uma maneira de entender e subverter os efeitos da ideologia em nós e por meio de nós” (JACOBUS et al., 1990, p.7).

Um dos fatores que precisamos levar em consideração para compreender essa ausência discursiva é que a rapidez com que se consolidou um sistema de pensamento ao redor do que viria a ser chamado de AIDS é de uma imparidade extraordinária. O fato de que aqueles cinco primeiros homens brancos homossexuais foram identificados, e não outro grupo de pessoas; o contexto de conservadorismo e a ascensão da nova direita coroada pela eleição de Ronald Reagan e cujas principais pautas eram a guerra às drogas e à homossexualidade; o pensamento rigorosamente lógico, mas inteiramente precipitado de que, se todos os pacientes relatados eram homossexuais a doença tinha relação necessariamente com seu estilo de vida – tudo isso favoreceu a interpretação precoce e errônea da ideia de que a AIDS era uma questão do universo gay.

Também é preciso destacar o fato de que a síndrome foi literalmente inventada, criada, produzida pelo CDC e periódicos estadunidenses de grande impacto. O CDC criou um nome, uma definição, uma história natural e uma doença que simplesmente não existiam antes do ano de 1981. O poder simbólico e material da nomeação é um tema largamente pesquisado e documentado pela análise discursiva. Intitular é ter o poder de trazer coisas do vazio para a materialidade e um dos aspectos mais perniciosos e antidemocráticos do mundo contemporâneo é, sem dúvida, o monopólio desse direito pelas redes discursivas euramericanas.

Dito isso, apesar de a quantidade reduzida de artigos nos periódicos analisados neste trabalho que fazem referência à ocorrência ou possível ocorrência de AIDS em mulheres, alguns estudos foram na direção contrária à tendência, como é o caso das publicações *Aids In A Canadian Woman Who Had Helped Prostitutes In Port Au Prince* (ROSE, D. B. e KEYSTONE, J. S., 1983), *Aids In A Danish Surgeon* (BYGBJERG, I. C., 1983), *Aids In A Haitian Woman With Cardiac Kapos* (LYON, M. F. e LOUTT, J. F., 1983), *Aids In A Woman In England* (SMITH, C. L. et al., 1983), *Kaposi Sarcoma Associated With Aids In A Woman From Uganda* (EDWARDS, D. et al, 1983), *Aids In An Apparently Risk-Free Woman* (CABANE, J. et al, 1984) – todas lançadas no *The Lancet*. Não é que o pressuposto da moléstia homossexual não tenha influenciado tais artigos – pelo contrário, todas as sugestões de que haveria mulheres cujo diagnóstico era certa ou provavelmente de AIDS são descritos como incompreensíveis, estranhos, ímpares, singulares. Mas eles são a confirmação e o registro de que esses corpos femininos existiam e de que alguém lhes investigou.

4.5 A jornada da heroína

Entre um dos estudos de casos mais famosos envolvendo pacientes mulheres – e que por vários anos foi considerado o caso mais antigo de AIDS confirmado por exames sanguíneos (HOOPER, 1999) – está o de Margrethe P. Rask. Em 1964, a jovem médica dinamarquesa de 34 anos passou alguns meses atendendo pacientes em um hospital no Zaire (atual República Democrática do Congo) em uma experiência que definiria toda sua trajetória de vida de maneiras inimagináveis. Rask retornou ao seu país de origem para concluir o treinamento em cirurgias de estômago e doenças tropicais e oito anos mais tarde voltou para o Zaire, onde trabalhou em um hospital na cidade de Abumombazabi e, depois, no hospital da Cruz Vermelha em Kinshasa.

Foi em algum momento entre estes dois trabalhos que a saúde da médica começou a deteriorar irreversivelmente. Apesar dos sintomas debilitantes como diarreia, inchaço nos linfonodos, perda de peso e fadiga, a médica continuou atendendo até 1977. Impossibilitada de respirar sem ajuda de tubos de oxigênio e tomada por infecções oportunistas como *staphylococcus aureus*, *candidiasis* e *pneumocystis jiroveci pneumonia*, Rask retornou para a Dinamarca uma última vez,

onde foi cuidada por sua namorada até a morte precoce, naquele mesmo ano. Anos mais tarde, quando o vírus HIV já havia sido descoberto, amostras de seu sangue foram testadas e confirmou-se que Rask foi um dos primeiros casos confirmados de morte por AIDS fora do continente africano. Sua história foi contada pela primeira vez em 1983 em um artigo do *The Lancet* chamado *AIDS in a Danish Surgeon* (BYGBJERG, 1983). É interessante notar que o título não faz menção ao seu sexo ou sexualidade, pois um dos primeiros casos de HIV/AIDS identificados retroativamente fora do continente africano foi de uma mulher lésbica que não praticava nenhum dos comportamentos interpretados como arriscados, mas estas informações não tinham nenhuma serventia para a narrativa que estava sendo desenvolvida na época.

Outro caso emblemático mencionado nos periódicos é o de uma freira canadense não-identificada que trabalhou por 20 anos auxiliando a reabilitação de prostitutas no Haiti. A paciente desenvolveu AIDS em 1981, quando veio a óbito. Segundo o médico que acompanhou seu caso, a mulher confessou ter tido um único encontro sexual no período (ROSE, D.B. e KEYSTONE, J.S., 1983; LEIBOWITCH, J., 1984). Também há o relato de uma mulher de origem suíça que foi ao Haiti de férias em 1977, onde contraiu hepatite B. Alguns anos depois, em 1982, ela desenvolveu AIDS. Segundo o estudo, a falta de fatores de risco sugeria que ela teria adquirido o vírus por contato heterossexual (SOMAINI, B., 1984). Em nenhum dos artigos é possível deduzir pelo título que o sujeito do caso fosse uma mulher: *A Strange Virus of Unknown Origin* (1984) e *Acquired Immunodeficiency Syndrome in Switzerland* (1984).

Também há o caso de uma mulher francesa que viveu no Congo entre 1971 e 1976, ano em que foi internada em um hospital em Paris com um estranho caso de PCP que a levou à morte em seguida. Sua profissão e seu nome não são especificados nos artigos *Acquired Immunodeficiency Syndrome in France* (BRUNET, J. B., 1983; LEIBOWITCH, J. et al., 1984,), *A Strange Virus of Unknown Origin* (; LEIBOWITCH, J., 1984) e *La Route du SIDA: enquête sur une grande peur* (BRENKY, D. e ZEMOR, O., 1985) – títulos que também não indicam seu sexo. Enquanto isso, o primeiro caso de HIV/AIDS a ser diagnosticado retroativamente na Bélgica foi o de uma mulher zambiana de 55 anos que chegou ao hospital com *karposis sarcoma* agressivo, inchaço sublingual, inchaço no baço e linfadenopatia no pescoço e abdômen.

Já o registro mais antigo de que se tem notícia de um indivíduo portador do vírus HIV-1 Grupo O – um tipo incomum encontrado principalmente no sul de Camarões, Gabão e na França – é de uma mulher que trabalhava como atendente na cidade de Reims, uma cidade francesa de guarnição onde viviam muitos homens que haviam servido nos países africanos mencionados. A mulher deu à luz uma criança saudável em 1972 e uma criança que morreu de AIDS neonatal em 1980. Em 1992, aos 41 anos, ela também faleceu em decorrência de complicações da doença (HOOPER, 1999, p.302).

4.6 A cor e o sexo invisíveis

Esses estudos de caso descritos são gotas no vasto oceano de publicações do início dos anos 80 sobre a epidemia HIV/AIDS entre homossexuais e discussões sobre seu agente causador. No entanto, eles nos dão algumas pistas importantes sobre como se constituiu a presença ausente das mulheres no discurso biomédico dessa primeira década. Às mulheres de origem europeia ou norte-americana, ainda que seus nomes tenham sido majoritariamente ocultados, foi possibilitada uma jornada, uma narrativa; foram recuperados os eventos que possivelmente levaram à infecção; seus quadros de saúde chamaram a atenção dos médicos, mesmo quando ainda não operava o tropo da “epidemia heterossexual em andamento”. Suas trajetórias são interpretadas como fora da curva – potencialmente importantes, definitivamente intrigantes. Por outro lado, a ausência de comportamentos de risco dessas mesmas mulheres é compensada pela associação, ainda que distante e frouxa, com os corpos menos humanizados de haitianos, congolese, zambianos – seja por aproximação sexual ou não.

O ano de 1983 ainda traria, no entanto, outros dados inesperados para a composição do quadro da epidemia. Com a definição da doença e consenso sobre as características da síndrome, havia agora a possibilidade de produzir dados muito mais acurados e em um nível global. Em 23 de novembro o *The New York Times* publicou uma reportagem chamada AIDS NOW SEEN AS A WORLDWIDE HEALTH PROBLEM na qual relatava que AIDS estava sendo vista pela primeira vez como um problema mundial de saúde ao ser reportada à OMS por pelo menos 33 países em todos os continentes: “E há indicações de que na África a doença pode atingir

homens e mulheres heterossexuais de forma igual, ao contrário da situação nos países industrializados onde a Aids predominantemente atinge homens homossexuais e usuários de drogas intravenosas. A doença ocorre em vários países da África central e ocidental em uma extensão maior do que era reconhecida anteriormente”⁵⁴

O CDC havia promovido um encontro internacional de cientistas naquela semana para debater, pela primeira vez, o impacto global da AIDS. O artigo informa que estudos preliminares realizados na África central levaram alguns especialistas a aventar a possibilidade de transmissão heterossexual generalizada em áreas menos desenvolvidas do mundo. Mais adiante no texto, a reportagem sugere que dados sobre os padrões de distribuição em países como o Zaire e o Haiti, onde os números de homens e mulheres infectados era parecido, “sugeriam para vários participantes [cientistas presentes no encontro] que a AIDS pode ser transmitida não apenas por práticas homossexuais, mas também por maneiras ainda desconhecidas”⁵⁵. Apesar de não possuir formação em biologia ou na área da saúde, consigo imaginar algumas maneiras que poderiam ter lhe ocorrido.

A partir de 1984, o número de estudos sobre AIDS entre mulheres de países “subdesenvolvidos” ou “não industrializados”, como descreve a literatura da época, aumentou expressivamente – mas os textos não lembram em nada o tom dos estudos de caso anteriormente mencionados. A diferença, é claro, começa no tipo de texto construído: as histórias de vida são substituídas por estudos de grupos e populações, o indivíduo com uma jornada própria desaparece nas estatísticas e taxas de incidência, o estranhamento de encontrar a doença em sujeitos femininos dá lugar à total conformação com os dados. É como se, fora do eixo do primeiro mundo, os corpos fossem inerentemente diferentes. Essa constatação é reproduzida com pouca ou nenhuma surpresa e cria um tipo particular de mulher com invisibilidades ainda mais específicas.

Até então, a literatura médica euramericana havia produzido dois tipos de mulheres com AIDS: as que haviam desenvolvidos a síndrome por motivos inexplicáveis ou infortúnios, como transfusão de sangue (comumente chamadas de mulheres isentas de risco); e as que participavam ou eram contatos sexuais de

⁵⁴ AIDS NOW SEEN AS A WORLDWIDE HEALTH PROBLEM. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/1983/11/29/science/aids-now-seen-as-a-worldwide-health-problem.html?pagewanted=all>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

⁵⁵ Idem.

peessoas em grupos de risco (mulheres em alto risco). Essas mulheres que passaram a ser contabilizadas em países periféricos foram rapidamente incluídas no grupo das mulheres em alto risco. De fato, todas elas praticavam um comportamento estatisticamente muito perigoso, não apenas no que se tratava da síndrome, mas de saúde em geral: nenhuma delas havia nascido caucasiana.

Desse modo, quando os dados obrigaram os cientistas do “primeiro mundo” a finalmente admitir a possibilidade de que a epidemia não era uma particularidade do universo masculino homossexual, surgiram todo tipo de justificativas infames tais quais as que são narradas por Treichler:

Uma série de explicações ad hoc propunham que “mulheres do Terceiro Mundo” deveriam ser entendidas como mais uma categoria de “exceções” (mulheres “não normais”). As estatísticas relatadas na África central foram atribuídas – entre outras coisas – a transmissão “quase homossexual”, recusa dos homens africanos em admitir homossexualidade ou uso de drogas, prática de sexo anal como método anticonceptivo, altas taxas de promiscuidade e prostituição, uso de agulhas não esterilizadas em hospitais e clínicas, várias práticas de “curandeiros nativos”, vários rituais, circuncisão em mulheres, falta de circuncisão em homens, poligamia, alta prevalência de outras doenças, má nutrição, outras DSTs, contato diários com macacos e outros animais suspeitos, e várias outras “práticas pouco familiares”: em resumo, explicações baseadas na panóplia inteira de “diferenças” estereotipadas descritas (...) como “exóticas”. (TREICHELER, 1999, cap.2, p.49-50)

Kent Sepkowitz complementa em um editorial sobre as primeiras duas décadas da AIDS:

Embora a doença tenha sido detectada primeiro em homens homossexuais e usuários de drogas, o grupo de risco logo passou a incluir haitianos, pessoas que receberam transfusão de sangue, incluindo os que tinham hemofilia, bebês, contatos sexuais femininos de homens infectados, prisioneiros e africanos. (2001, p.1764)

De fato, **muitos preferiam invocar qualquer causa que não fosse a óbvia. A proliferação da doença no Haiti, por exemplo, foi presumida como resultado de práticas Voodoo no sexo heterossexual.** Hoje, a maior parte das infecções por HIV no mundo são resultado de **transmissão heterossexual** - um fato que ainda é ignorado por muitos. (Idem, p.1765)

Ao longo de toda a primeira década da epidemia permaneceu essa curiosa contradição: se, por um lado se reconhecia a alta prevalência de mulheres contaminadas em diversos países do mundo “subdesenvolvido”, por outro, persistia

uma insegurança em reconhecer que mulheres eram infectadas heterossexualmente. Desse modo, os mesmos periódicos que publicavam repetidamente sobre AIDS na população feminina tratavam a ideia do contágio heterossexual com uma discrição e parcimônia marcantes. Seguem alguns exemplos desta oposição:

Há um **reconhecimento crescente** de que **parceiros heterossexuais de pessoas em grupos de risco de adquirir a síndrome de imunodeficiência podem também estar em risco** de adquirir AIDS. (JARLAIS, D. et al., 1984, p.1346)

É necessária uma pesquisa adicional para o grupo de parceiros heterossexuais, mas já é claro para os esforços de prevenção e educação pública de que é preciso atingir o grupo de risco heterossexual. (Idem, p.1347)

Devido ao desenvolvimento da AIDS em alguns homens heterossexuais como resultado do contato sexual mulheres usuárias de drogas intravenosas, e as evidências epidemiológicas que sugerem a disseminação sexual bidirecional na África, investigamos a **possibilidade** de que o agente infeccioso possa estar presente no canal vaginal. (WOFYSY, C. B. et al., 1986, p.527)

(...) há uma ansiedade crescente sobre o papel do contato heterossexual na transmissão do vírus. Embora esta via de infecção **tenha sido reconhecida quase a partir da primeira descrição da síndrome**, ela representou apenas uma **pequena porcentagem** de casos de AIDS e de indivíduos soropositivos, exceto em certas partes da África. No entanto, vários estudos da Europa e dos EUA sugerem agora que a importância da transmissão heterossexual pode ter sido **subestimada**. A questão é prejudicada por questões não respondidas. Por que há diferenças tão marcantes entre a África e o resto do mundo no modo de propagação do HIV? Existem diferentes linhagens virais envolvidas? O padrão agora está mudando nos EUA e na Europa ou nossa visão da epidemiologia da infecção pelo HIV foi anteriormente distorcida pela preocupação com grupos específicos de alto risco? Se estamos vendo uma mudança, **isso é porque o vírus está passando por adaptação, ou porque uma linhagem "africana" está se espalhando, ou porque as mudanças no comportamento humano redistribuíram os riscos relativos a infecção?** (WATCHER, H., 1986, p.953).

A epidemia **pode** estar se espalhando entre os heterossexuais. **A evidência disponível não suporta nem refuta essa hipótese**". (HENRION, R. et al., 1990, p.1401)

Nossas descobertas sugerem que as campanhas de saúde pública devem enfatizar o risco de transmissão heterossexual e sua prevenção, e que os programas abrangentes de triagem devem ser considerados (...) (Idem)

Devia haver alguma explicação de ordem biológica – fosse no próprio vírus ou

entre os corpos das pessoas – que justificasse a imparidade da epidemia nos dois universos. Certamente era cedo demais para considerar a transmissão heterossexual como mais que uma hipótese, especialmente entre a população geral que *jamais* praticaria algum comportamento de risco. Ironia à parte, não havia nada de errado com o tom cauteloso adotado na literatura médica dominante para falar do contágio heterossexual, mas é sintomático que o mesmo cuidado e moderação não tenham sido a regra quando se acreditava que aquela era uma enfermidade gay.

4.7 Uma série de intersecções infortunas

A literatura médica reconhece hoje a existência de centenas e possivelmente milhares de portadores do vírus HIV antes da década de 1980. No entanto, relegados a zonas periféricas do continente africano e América Central, o mais provável é que estes casos tenham sido confundidos com doenças tropicais e outras condições com desfecho fatal quando não tratadas, como tuberculose, disenteria e outras doenças autoimunes (HOOPER, 1999). Mesmo que alguns casos tenham se destacado localmente como ocorrências estranhas que deveriam ser melhor investigadas, sequer precisamos dobrar as pontas deste tempo topológico para conjecturar que tal condição continuaria passando despercebida enquanto se manifestasse exclusivamente em corpos historicamente marginalizados.

O marcador étnico-racial aliado à pobreza extrema foram, portanto, um fator-chave para a demora da comunidade científica em perceber a emergência de uma doença que estava presente na zona central do continente africano havia pelo menos meio século (SHARP e HAHN, 2011). Mas, mesmo quando a doença foi observada no mundo “desenvolvido”, as diferenças socioculturais e materiais gritantes entre as duas epidemias não foram interpretadas como efeitos perversos de diferenças históricas. Isso fica claro, por exemplo, ao verificar muitos artigos ainda na primeira metade da década de 1980 que confirmavam que a proporção de infectados em países como a Haiti era de 1 mulher para cada 2 homens, 1 para 1 na Zâmbia (MELBY et al, 1986, p.1113), e até mesmo 2 mulheres para 1 homem, como em regiões de Gana (NEEQUAYE, A. R. et al., 1986, p.978). Mas esses dados não bastaram para que a presença massiva de mulheres na epidemia adentrasse o cânone do sistema de opiniões vigente. Por quê?

Antes de dar prosseguimento à discussão, no entanto, é essencial recuperar o conceito de interseccionalidade cunhado por Kimberlé W. Crenshaw (1989) para designar a interdependência entre os marcadores de diferença de sexo, raça e classe. O interesse epistemológico nas interconexões e nas opressões idiossincráticas promovidas pela intersecção destas categorias sociais, no entanto, datam de muito antes da cunhagem do termo, tendo sido promovido especialmente pelo feminismo negro da década de 1970 (HIRATA, 2014). Helena Hirata nos lembra também que essa definição não passou sem crítica, e que ele foi ocasionalmente acusado de naturalizar os marcadores de diferença que mobiliza e de falhar em apontar o dinamismo e a complexidade dos mesmos. Pessoalmente, concordo com este apontamento, mas acredito que o conceito pode sim ser mobilizado levando em conta a não fixidez da diferença, e é desse modo que faço uso neste trabalho – como conceito que destaca a opressão idiossincrática sofrida por um indivíduo em decorrência da superposição destes marcadores, mas tendo em mente que estes marcadores são performados de maneiras díspares em contextos diferentes.

Em última análise, o que a noção de interseccionalidade faz é chamar atenção para o fato de que as opressões originadas, por exemplo, a partir de relações de poder entre pessoas de sexo ou etnias diferentes não são simplesmente “somadas” uma à outra, mas produzem regimes de subordinação absolutamente únicos. Deste modo, precisamos levar em conta que os regimes e estratégias de violência física e simbólica a que mulheres brancas de classe média estão submetidas não é o mesmo que atinge mulheres brancas pobres, mulheres negras pobres, mulheres negras lésbicas e assim por diante.

Equacionando esses fatores, fica claro que o sucesso do ativismo gay, no que concerniu às questões sobre HIV/AIDS, decorreu de uma complexa cartografia onde, por um lado, estas pessoas estavam sendo marginalizadas e oprimidas por sua sexualidade mas, por outro, desfrutavam em sua expressiva maioria de posições privilegiadas garantidas por sua classe e etnia. As redes de ativismo da AIDS eram formadas majoritariamente por homens brancos de classe média e alta – indivíduos para quem, por estas características, a possibilidade de reivindicar uma voz estava garantida, possibilitando-lhes uma vantagem de negociação e de visibilidade que outras minorias afetadas pela epidemia dentro do mesmo território não tiveram.

A negligência com as mulheres, não-caucasianos, imigrantes, usuários de drogas injetáveis, pessoas em situação de cárcere e populações pobres é ainda

mais dramática quando pensamos na sobreposição destes marcadores e na epidemia HIV/AIDS como um objeto por meio do qual podemos enxergar com clareza as engrenagens e perversidade do pensamento capitalista e colonial em seus processos de produção de raça, gênero, sexualidade e também de classe. Como María Lugones bem aponta:

Eu compreendo a hierarquia dicotômica entre o humano e o não humano como a dicotomia central da modernidade colonial. Começando com a colonização das Américas e do Caribe, uma distinção dicotômica, hierárquica entre humano e não humano foi imposta sobre os/as colonizados/as a serviço do homem ocidental. Ela veio acompanhada por outras distinções hierárquicas dicotômicas, incluindo aquela entre homens e mulheres. Essa distinção tornou-se a marca do humano e a marca da civilização. Só os civilizados são homens ou mulheres. Os povos indígenas das Américas e os/as africanos/as escravizados/as eram classificados/as como espécies não humanas – como animais, incontrolavelmente sexuais e selvagens. (2014, p.936)

É essa desumanização do corpo não-branco – que reproduz uma série de implicações socioculturais jamais expressas, mas sempre presentes – que permite que uma série de diferenças entre corpos e populações sejam presumidas e produzidas discursivamente sem que isso seja necessariamente colocado em perspectiva e problematizado. É essa desumanização que permite que corpos femininos apareçam repetidamente nos textos dos periódicos sobre HIV/AIDS sem que jamais sejam apreendidas pelo discurso científico sobre a epidemia.

Lugones aponta que existem todas essas categorias homogêneas e idealmente distinguíveis, como “homem” e “mulher”, “branco” e “negro” e uma série de dicotomias sempre hierarquizáveis e hierarquizadas – pois é essa, afinal, o propósito último da lógica categorial que serve aos propósitos da estrutura de pensamento capitalista e colonial. Segundo a autora, o mero ato de ver mulheres não brancas é ameaçar essa lógica – é ir além dela (2014, p.935) – porque a dicotomia hierárquica é uma “ferramenta normativa” para relegar ao colonizado o lugar do não humano.

Ainda na perspectiva da autora, se o corpo masculino, branco e burguês, é o humano por excelência, o corpo feminino, branco e burguês, é a inversão humana do homem: “Desse ponto de vista, pessoas colonizadas tornaram-se machos e fêmeas. Machos tornaram-se não-humanos-por-não-homens, e fêmeas colonizadas

tornaram-se não-humanas-por-não-mulheres” (LUGONES, 2014, p.935). Então, em última instância, o que o discurso médico predominante está dizendo é: corpos femininos têm AIDS? Sim. Mulheres podem ter AIDS? Não. Vejamos a seguir o trecho de um artigo do NEJM que acho emblemático para visualizar dessa suposta contradição:

A incidência anual medida dentro dessa população [servidores do exército] foi quase que certamente afetada por um número de fatores modificadores. Primeiramente, os critérios de admissibilidade desencorajam o alistamento de ou desqualificam pessoas com **muitos dos fatores de risco tradicionalmente associados com a infecção por HIV, como homossexualidade, bissexualidade, uso de drogas ilícitas e homofilia.**

Conforme esperado em pesquisas de soroprevalência de HIV e casos de AIDS, **a incidência era significativamente maior entre membros de grupos de minorias étnicas e raciais do que entre brancos.** O risco relativo de soroconversão entre soldados de grupos minoritários era aproximadamente duas vezes e meia o de soldados brancos. Durante o período de pesquisa, **a incidência anual era mais alta entre mulheres de grupos minoritários do que entre homens brancos.**

Ainda que a incidência de infecção por HIV fosse maior entre soldados homens do que entre soldadas mulheres, a proporção do risco de infecção entre homens e mulheres era de 2:1. Essa descoberta está em contraste marcado com a proporção de 12:1 de homens para mulheres entre casos reportados de AIDS. (McNEIL et al., 1989, p.1584)

Chama a atenção nesse artigo a naturalização dos dados, e a resignação com que é possível afirmar que é esperada que a soroprevalência seja maior entre minorias étnicas do que em brancos, ou que, no grupo estudado, a incidência do vírus entre soldadas mulheres de minorias era maior que entre homens brancos (McNEIL, 1989). Novamente, não estou insinuando que estes dados deveriam ser vistos com indignação – embora devessem; estou indicando que urge refletir sobre os significados e consequências do estoicismo da retórica predominante.

Estamos, afinal, tratando aqui de diferenças intransponíveis da natureza? Existe algo nos corpos dessas minorias que nos instiga a normalizar essas disparidades? Acredito que a pergunta central não é por que essas minorias são desproporcionalmente afetadas – qualquer olhada para o passado indicará as respostas – mas, sim, por que tal questionamento nunca é feito. Em um momento em que ainda não se falava em feminização da epidemia e em um artigo que sugere que “os critérios de admissibilidade (do exército) desencorajam o alistamento de ou desqualificam pessoas com muitos dos fatores de risco tradicionalmente associados com a infecção por HIV” (1989, p.1581), não seria esperado que essa desproporção

entre mulheres em homens – que supostamente destoaria da distribuição normal da epidemia nos Estados Unidos – levantasse algumas questões? O que poderia justificar que na chamada população geral a proporção do risco de contaminação entre homens e mulheres fosse de 12:1 e no exército, de 2:1, quando o próprio artigo em questão afirma que tal instituição desencoraja o alistamento de pessoas em grupos de risco? Antes tentar responder a essa questão, olhemos para outro exemplo.

Treichler diz que, nos primeiros anos da epidemia da AIDS, as populações que conformavam os principais grupos de risco ficaram conhecidos na literatura médica pela alcunha de 4-Hs que, a princípio, era conformado pelas seguintes populações: homossexuais, usuários de heroína, haitianos e prostitutas⁵⁶. No entanto, as investigações epidemiológicas logo sugeriram que este último grupo estava sendo contaminado via o uso de drogas, e não por contato sexual, de modo que estavam automaticamente incluídas no segundo “H”. Além disso, a incidência de AIDS entre tais mulheres no período foi considerada muito baixa para colocar a “população geral” em risco (população geral que pode ser lida enquanto homens heterossexuais clientes de trabalhadoras do sexo). Deste modo, o 4º H acabou designando hemofílicos, e as mulheres perderam sua única via de entrada na agenda de pesquisa da AIDS naquele momento (TREICHLER, 1999, cap.2, p.25).

Até se tentou, em alguma medida, produzir uma população de risco com ênfase nas mulheres ao longo da primeira quinzena da epidemia, como foi o caso do grupo a que tentaram nomear WARMPSAA (*women at risk and multiple partners of sexual active adults*)⁵⁷, mas esse esforço foi inútil e as políticas relacionadas a esta “população” foram tão irrelevantes quanto esse acrônimo. De todo modo, nunca esteve muito claro quem eram estas mulheres em situação de risco a quem a sigla se referia, de modo que as discussões sobre a transmissão heterossexual colapsaram em uma outra categoria chamada simplesmente de “múltiplos parceiros de adultos sexualmente ativos” (TREICHLER, 1999, p.34,), ou, simplesmente, parceiros sexuais.

No final, então, pela soma destas razões, as mulheres foram excluídas dos

⁵⁶ *Hookers* em inglês

⁵⁷ Em livre tradução: Mulheres sob risco e múltiplos parceiros de adultos sexualmente ativos.

gráficos de “grupos de risco” – assumidas enquanto vias de passagem do vírus, exceções individuais ou populações especiais, como corpos intrinsecamente doentes ou apenas desinteressantes, ou apenas como equivalentes médicos de suas versões masculinas, infantis, ou da “população geral” (TREICHLER, 1999, cap.2, p.53).

Novamente, vê-se a alusão à população geral, este termo elusivo a que o discurso epidemiológico se refere a todo momento, mas que jamais nos é descrita – sua existência, na verdade, parece ser justamente definida como toda população que não é expressamente descrita. A população geral – seja ela qual for – é o grupo de pessoas que é percebido como estando a salvo. Nesse sentido, mulheres não pegam AIDS: prostitutas, presidiárias, usuárias de drogas, haitianas, africanas e parceiras sexuais de pessoas em grupos de risco – que, por motivos que parecem não interessar muito, frequentemente são mulheres negras, latinas, pobres – pegam AIDS. Corpos femininos a quem é negado o pertencimento à classe de mulheres e, conseqüentemente, de humanos, pegam AIDS.

É preciso reconhecer, portanto, que os corpos femininos produzidos pela literatura médica são todos invisibilizados – mas por processos muito diferentes. Mulheres – com seu rosto branco, burguês e ocidental – continuaram não sendo vítimas da epidemia, exceto quando vitimizadas por ocorrências muito raras e peculiares, como transfusões de sangue; as outras – as da cor e sexo invisíveis –, menos humanas e menos mulheres, seguiram condensando em sua transparência os efeitos perversos da modernidade colonial, os processos históricos cruéis e violentos de sexismo, racialização e subalternidade.

4.8 A sexualidade invisível

Tentei chamar atenção até aqui para as fragilidades de determinadas categorias presumidas como auto evidentes, para a maneira como operam os marcadores de diferença e suas intersecções, para a maneira como as diferenças produzem a epidemia HIV/AIDS ao mesmo tempo em que são produzidas a partir dela. O que o pertencimento a qualquer dos grupos mencionados de mulheres produz em termos da síndrome da AIDS? Bem, elas produzem, efetivamente, vida ou morte. Elas produzem acesso a medicações mais ou menos adequadas,

produzem o direito de reivindicar cuidado e a possibilidade de ter seu clamor atendido. Elas produzem oportunidades melhores ou piores de emprego que, por sua vez, produzem possibilidades de consultar especialistas e adquirir os fármacos mais novos e mais caros. Elas produzem interpretações de pureza ou contaminação, de bom ou mau sujeito de pesquisa que vão garantir ou barrar seu acesso a uma droga experimental em um ensaio clínico randomizado⁵⁸. Essa síndrome traz em si as histórias de taxonomias e de opressões seculares recriando e recitando diferenças cujas estruturas são naturalizadas pelos mais diversos aparatos e processos.

Por exemplo, uma das excepcionalidades da AIDS em relação a outras DSTs se refere às vias de transmissão de seu patógeno. O fato de que uma infecção mulher > homem, por exemplo, é muito menos provável estatisticamente que uma transmissão homem > mulher também ajudou a configurar a epidemia enquanto homossexual (embora a opinião predominante seja a de que o vírus não é transmissível entre lésbicas por sexo). Essa configuração biológica é curiosa porque implica a inexistência de mulheres em situação de risco de contaminação, tanto no que diz respeito à mulher feminina heterossexual – que, em sua acepção idealizada, jamais ingressaria em comportamentos interpretados como perigosos ou teria contato sexual com um homem em grupos de risco –, como à homossexual, que está imune em decorrência de suas práticas sexuais.

Bem, no que concerne as mulheres lésbicas é preciso ressaltar que elas também estão inscritas no círculo de corpos sem sexo das mulheres não-caucasianas e pobres. É sintomático, por exemplo, que não haja consenso até hoje sobre a possibilidade de transmissão sexual entre duas mulheres. Dois dos quatro artigos publicados nos periódicos pesquisados (MONZON e CAPELLAN, 1985; RALTERI et al, 1994) sugerem a possibilidade de contaminação por meio de práticas sexuais “mais agressivas”, mas asseguram que as chances são estatisticamente insignificantes. Os outros dois afirmam com veemência que a transmissão lésbica é uma impossibilidade.

O CDC é mais sóbrio em seu posicionamento sobre a questão: “até hoje não há casos confirmados de transmissão por via sexual de mulher para mulher” (CDC,

⁵⁸ Experimento com pessoas enfermas que busca determinar qual o tratamento mais apropriado para futuros pacientes com a mesma doença, ou verificar se uma nova droga é segura para consumo humano.

2009). No entanto, periodicamente surgem notícias e estudos de caso sugerindo o contrário⁵⁹. A ausência lésbica na epidemia também tem relação com invisibilidades históricas: com o modo como toda a saúde da mulher é regulada a partir da reprodução; como seu erotismo não é visto como sexual; como sua sexualidade é vista exclusivamente pela lente fetichizante do prazer masculino; como a comunidade gay marginalizou as lésbicas e negligenciou questões fundamentais da intersecção entre a homossexualidade e o corpo feminino.

Seja como for, não há dúvida de que a transmissão entre mulheres é um evento extremamente raro, mas seria essa uma boa justificativa para que, mais uma vez, ninguém tenha investigado? Não seria um esforço justificado investir na educação sexual de lésbicas, especialmente no que se refere à disseminação de DSTs, as quais somos levadas a crer que não podem em nenhuma circunstância nos afetar? Em 2009, o *Woman's Institute* vinculado ao *Gay Men's Health Crisis* lançou uma pesquisa pioneira intitulada *HIV Risk for Lesbians, Bisexuals & Other Women Who Have Sex With Women*. A pesquisa trata de alguns comportamentos sexuais de risco em que mulheres lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres podem perceber, precipitadamente, como perfeitamente seguros. Mas mais importante que isso, o trabalho investiga tipos de violência física e simbólica que levam a vulnerabilidades específicas de mulheres lésbicas em decorrência de sua sexualidade: rejeição familiar, violência doméstica, estupro corretivo, vícios diversos, situação de rua decorrente de abandono parental, apenas para mencionar alguns. Nesse sentido, é assustador que em quase quarenta anos de epidemia a literatura sobre esta questão seja tão insípida.

Olhando a epidemia de outra perspectiva, também é lamentável o apagamento da liderança fundamental de mulheres lésbicas no que concerniu ao ativismo direcionado à epidemia. Lillian Faderman conta em seu livro de 2015, *The Gay Revolution: the story of the struggle*, sobre como a emergência do HIV redefiniu completamente o cenário de animosidade da década anterior com mulheres lésbicas assumindo papéis de liderança em todos as frentes: nos hospitais, nos tribunais, na mídia, nas artes, nos palanques, nas marchas. Além de ocupar estes espaços e assumir a luta quando a população de homens gays mais precisou, essas mulheres

⁵⁹ WOMAN GIVES HER LESBIAN PARTNER HIV IN EXTREMELY RARE CASE OF FEMALE-TO-FEMALE TRANSMISSION. Disponível em: <<http://www.dailymail.co.uk/health/article-2580683/Extremely-rare-case-female-female-HIV-transmission-reported.html>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

também lutaram pela inclusão de pautas referentes à saúde da mulher heterossexual entre as demandas de combate à epidemia (FADERMAN, 2015). Um dos principais espaços e redes desse ativismo foi, sem dúvida, a organização ACT UP. Com sede em Nova York e representações em diversas cidades estadunidenses, o grupo ficou conhecido em todo mundo por seu ativismo incansável e combativo nos principais anos de crise da epidemia. Em entrevista memorável à Vice⁶⁰, Marion Banzhaf e Alexis Danzig, ativistas que compunham a liderança do movimento, falaram de algumas questões centrais sobre a contribuição essencial das mulheres para no ativismo da AIDS. Alguns trechos estão reproduzidos a seguir:

Marion Banzhaf: [...] Claro, as mulheres sempre enfrentam consequências para o sexo não planejado. Se o sexo é heterossexual, você se preocupa com uma gravidez indesejada. Se o sexo é lésbico, há a discriminação e o horror que você enfrenta de sua família e o ridículo que você obtém de homens que querem fodê-la para que você “se endireite”. As mulheres sempre tiveram uma idéia diferente das consequências do sexo. Depois de Stonewall, os homossexuais tiveram um bom tempo de festa, especialmente aqueles que não eram tão políticos. Eles iam para as discotecas, os clubes, o gloryhole ou as saunas. Muito sexo - essa era a cultura gay masculina. Então penso que quando confrontados com as consequências reais, os homens tiveram que ouvir as mulheres de uma maneira diferente.

[...] Entre outras coisas, as mulheres trouxeram um sentido maior de propósito. Mulheres e pessoas de cor voltadas para políticas de interseccionalidade versus políticas de uma única questão. Em vez de apenas "drogas em corpos", foi um panorama geral sobre como nutrir e lidar com o corpo. As mulheres tinham muita energia. As mulheres foram cuidadoras antes do ACT UP.

Alexis Danzig: [...] Muitas mulheres da ACT UP já tinham anos de experiência política e organizacional em sua bagagem por conta do trabalho nos direitos civis, anti-guerra, LGBT e movimentos feministas. Jamie Bauer atuou no movimento de ação das mulheres do Pentágono; Eu fiz Take Back the Night e outros trabalhos anti-estupro nos meus anos de graduação. Não só as mulheres em ACT UP trazem anos de análise e compreensão da natureza "intersetorial" das crises sociais que alimentam a crise da Aids, o que ajudou a dar direção e foco estratégico da ACT UP, mas também as mulheres que participavam da ACT UP eram altamente habilidosas na organização e forneceram habilidades táticas essenciais, incluindo treinamentos não-violentos de desobediência civil e treinamentos de ordenamento.

Se o ACT UP é conhecido por alguma coisa, é a mistura de análise convincente e ações diretas altamente direcionadas que produziram resultados excepcionais e tangíveis, mudando a forma como os medicamentos são realizados nos Estados Unidos e em outros lugares - e

⁶⁰ THE WOMEN WHO FOUGHT AIDS: 'IT WAS NEVER NOT OUR BATTLE'. Disponível em: <https://broadly.vice.com/en_us/article/mbqjqp/the-women-who-fought-aids-it-was-never-not-our-battle>. Acesso em: 23 dez. 2017.

no curso da crise da AIDS. As habilidades foram compartilhadas e ensinadas, criando a beleza coletivista da ACT UP. Eu me tornei amiga de Jamie Bauer na ACT UP no processo de aprender as habilidades de organização de manifestações que ela trouxe ao grupo — treinamento de desobediência civil não-violenta para ação direta, como observar e executar manifestações, como interferir com a polícia - e somos amigas quase 30 anos depois.

[...] Embora eu pense que eu era a única filha lésbica de um homem gay que havia morrido de AIDS ativa na ACT UP de Nova Iorque, geralmente as lésbicas na ACT UP vieram à organização devido a profundas amizades pessoais e profissionais com homens gays. O irmão de Gerri Wells morreu de AIDS. Várias mulheres da ACT UP trabalharam no campo da medicina como médicas e enfermeiras e viram de perto como homens gays estavam sendo tratados - ignorados, abusados, feitos de párias. As mulheres da ACT UP também tiveram experiência como "parceiras", ajudando nos cuidados de homens HIV +, seja através de amizades pessoais ou pelo GMHC. Eu acredito que Vito Russo estava honrando os retornos pessoais e políticos das lésbicas na crise da AIDS. Juntos, homens gays e lésbicas forjaram uma aliança muito forte que trabalhou internamente para se apoiarem mutuamente, enquanto amizades e amantes morriam, e usar nossa raiva e indignação mútua para conscientizar a comunidade sobre a falta de resposta do governo à crise da AIDS.

Essa entrevista é muito elucidativa porque recupera uma questão abordada no início deste trabalho: como a vivência do indivíduo no mundo por meio do corpo postula questões particulares e interpretações únicas de sua experiência. Para a mulher heterossexual, como disse Banshaf, as relações sexuais sempre foram uma possível fonte de ansiedade; para a mulher não-caucasiana, assim como para as lésbicas, sua existência e humanidade nunca foram asseguradas de nascença; para todas as mulheres, mesmo quando levamos em conta todas as possíveis diferenças e incompatibilidades de seus marcadores sociais, seu propósito sempre foi interpretado como o de cuidar, alentar e reproduzir o arquétipo materno.

Sendo assim, a perversidade do tropo da mulher invisível advém principalmente de duas frentes já mencionadas: a mulher – caucasiana, heterossexual, de classe média ou superior cuja humanidade é garantida pelo direito ao pertencimento a um sexo reconhecível – não é contemplada como possível vítima da epidemia porque a feminilidade ideal é completamente incompatível com comportamentos de risco; a outra mulher – cujo sexo, cor e sexualidade não são vistos como válidos – não é contemplada porque sua existência é concebida como tão essencialmente diferente que, mesmo quando está presente literatura médica, desaparece sob as universalizações linguísticas e sob seus outros marcadores sociais: etnia, pobreza, sexualidade.

Esses dois lados do mesmo tropo são, no entanto, apenas uma das muitas versões historicamente produzidas sobre o corpo feminino que nos dão pistas para compreender o fenômeno da feminização do HIV/AIDS⁶¹. Mas a invisibilidade, longe de ser a única maneira por meio do qual este corpo é produzido, coexiste e interage com uma série de outros argumentos igualmente danosos. Novamente, é preciso destacar que *coexistência* é a palavra-chave aqui: não estou mencionando paradigmas que se sucedem pelo tempo, mas de ontologias que materializam em um mesmo instante versões diferentes do mesmo objeto. Sendo assim, por mais que a narrativa do corpo invisível tenha existido desde antes e permanecido ao longo de toda a história da epidemia, a emergência do tropo que analisarei a seguir não o substituiu, mas se acresceu ao primeiro.

⁶¹ Verificar Anexo II

5 O CORPO DISCREPANTE

"As mulheres serviram por todos esses séculos como espelhos com o mágico e delicioso poder de refletir a figura do homem com o dobro do seu tamanho natural."⁶²

Virginia Woolf

5.1 Notas do campo

Alguns dias depois da minha primeira visita ao A Woman's Place, retornei para uma conversa mais formal com Bebe. Eu havia preparado algumas questões antes da viagem, muitas das quais, por diversas razões, já não faziam sentido. Outras haviam me ocorrido apenas depois de ver o lugar. De qualquer modo, estava convencida de que usaria o roteiro da maneira mais livre possível. Quando saí de casa, eu estava confiante e tranquila – o tipo de conforto e relaxamento que eu quase nunca pratico.

Dessa vez eu já conhecia os caminhos. Cheguei ao estabelecimento no fim da manhã e fui recepcionada pela própria Bebe que, depois de pedir substituição na recepção, desceu comigo até o refeitório onde nos sentamos à mesma mesa da visita anterior – como se estivéssemos retomando a conversa de onde tinha sido interrompida. Ela estava sentada de frente para mim, apoiada sobre os cotovelos com os dedos entrelaçados, a mesma caracterização elegante e formal, a mesma voz suave de quem poderia me contar sobre os acontecimentos mais terríveis sem jamais alterar o tom. “O que você quer saber, Lara?”, ela finalmente perguntou, e no mesmo instante, senti-me paralisada.

Digamos que eu não sou particularmente conhecida pelas minhas habilidades sociais. Na verdade, não seria injusto dizer que sou conhecida por minha extrema inabilidade em conversar com pessoas. Bebe olhou para mim e depois para o meu caderno fechado sobre a mesa e deu um sorriso discreto, como se me desse uma dica de por onde começar. Senti como que um estalo – saí do transe, peguei uma caneta na mochila e abri o caderno. Arqueei as costas para frente e joguei os ombros para trás. Fiz algumas perguntas de ordem técnica e acordamos o que eu poderia e não poderia reproduzir. Para que a conversa pudesse ser a mais informal

⁶² WOOLF, Virginia. *A Room of One's Own*. London: Hogarth Press. 1929

e honesta possível, decidimos que eu substituiria seu nome pelo nome fictício Bebe. Depois de estabelecido os pormenores, começamos a conversar.

P: O que exatamente é o A Woman's Place?

R: O A Woman's Place é uma casa que abriga aproximadamente 50 mulheres. Esse número é muito pequeno perto da demanda, mas nós também temos uma grande rotatividade. Os vários programas de reabilitação que oferecemos são planejados para que as mulheres saiam em no máximo 8 meses. Resumindo, o WPA é um ambiente onde as mulheres podem reerguer suas vidas e ter uma experiência doméstica sem ter medo dos abusos que enfrentaram nos lares de onde vieram ou em abrigos mistos. Nós temos as portas abertas para mulheres lésbicas e trans, o que também é um diferencial. Abrigamos mulheres de todos os tipos.

P: Que tipo de atendimento médico as mulheres soropositivas recebem aqui?

Quando elas chegam sem conhecimento do seu status serológico ou sem nunca terem passado tempo aqui, elas são levadas para uma clínica com quem temos parceria para serem testadas. Depois disso, elas recebem acompanhamento médico de uma a duas vezes por mês. Mas em alguns meses esse acompanhamento é errático porque nem sempre um profissional de saúde pode vir até aqui.

P: Quais você acha que são os desafios particulares enfrentados pelas mulheres soropositivas em comparação com os homens na mesma situação?

R: A anatomia é o maior desafio enfrentado pelas mulheres em relação aos homens.

P: Você poderia explicar melhor?

R: Bom, em primeiro lugar é mais fácil pra elas contrair o vírus. E como estão sujeitas à violência em todas as etapas da vida é isso que acontece.

P: Você acha que isso se traduz na necessidade de cuidados especiais depois de diagnosticadas?

R: Eu não entendo muito sobre technicalidades, mas sei que existem muitas doenças que acometem mulheres com AIDS, então é preciso um acompanhamento ginecológico, por exemplo. Infelizmente aqui só podemos encaminhá-las se nos procurarem informando que tem algo errado. Não é viável que façam consultas

regulares com ginecologistas. Também sei que mulheres grávidas precisam de tratamento diferente, mas não temos muitas por aqui.

P: É mais difícil para as mulheres acharem que podem ter o vírus?

R: Sim. As mulheres apenas não são vistas como doentes pelos familiares ou por elas mesmas – nem podem ser porque já ocupam a posição de cuidadoras. Elas demoram muito mais que os homens para procurar ajuda ou mesmo para reconhecer que há algo de errado. Se elas não puderem cuidar dos outros, estarem por perto disponíveis, têm medo de serem deixadas. É um medo justificado porque muitas realmente são abandonadas pelos filhos, mas também principalmente pelos maridos.

P: Pelo que você pode observar aqui, que mulheres você acredita que estão mais em risco?

R: A maioria das mulheres que chegam aqui não têm motivo para serem sem-teto. Elas podiam perfeitamente estar sendo cuidadas pelos maridos. Mas a maioria delas contraíram o vírus do próprio marido e depois foram deixadas à própria sorte. Também temos a questão com as usuárias de drogas que em geral já foram completamente esquecidas pelas famílias. Elas não têm perspectiva, fizeram de tudo nas ruas para continuar usando [drogas]. Elas são as que mais retornam para cá depois de saírem por alguns meses.

P: Por que você acha que a disseminação do vírus entre as mulheres está crescendo tão rapidamente?

R: Acho que isso tem muita relação com os cenários de abuso de onde elas vêm. A maioria das mulheres aqui sofreu algum tipo de abuso na vida. Elas se sentem seguras entre outras mulheres.

P: O que você acha que precisa ser feito em larga escala para aumentar a atenção às mulheres vivendo com HIV?

R: É muito difícil responder a isso. Nós somos uma instituição tão antiga e ainda encontramos tanta dificuldade em angariar fundos básicos. As poucas iniciativas parecidas de que tenho conhecimento não conseguiram se manter abertas. As pessoas não conhecem a realidade dessas mulheres. Nós tentamos lhe oferecer os

meios para saírem da instituição independentes, mas muitas têm problemas com drogas, muitas são idosas. As pessoas não querem empregar estas mulheres. O lugar foi planejado como uma instituição de passagem, mas não sei se fico feliz quando elas não retornam porque não sei o que aconteceu com elas lá fora. Algumas vêm aqui depois de um tempo pedindo por medicamentos, mas nós não podemos fazer nada. É muito difícil, nós as encaminhamos para centros de atendimento médico.

5.2 A ênfase na diferença e a ficção da alteridade

Como Fleck (2010) sugere, a conformação de um fato científico envolve o apagamento dos processos que os produziram e das práticas e contextos envolvidos em sua consolidação de modo que sua história e controvérsias não podem ser acessadas se não com algum empenho. Apesar dos estudos sociais da ciência terem sido muito bem-sucedidos em avançar essa argumentação e alertar para esta qualidade da verdade, muitos autores dessa tradição não teriam sido capazes de explorar mais profundamente a relação dos objetos enquanto performance não de um, mas de vários acontecimentos, e os efeitos políticos decorrentes dessa relação permanente (M'Charek, 2009) – daí a necessidade de encontrar metáforas que enfatizem a complexa trama que compõe o tecido temporal por meio do qual um objeto reitera e reencena sua própria história indefinidamente.

Os primeiros meses do que viria a ser a epidemia HIV/AIDS, por exemplo, foram marcados pela crença inabalável de que mulheres estavam seguras de serem contaminadas pela nova doença. Mas, se fosse esse o caso, seria a primeira vez que a medicina se depararia com um patógeno capaz de contaminar apenas pessoas de um sexo e sexualidades específicas. Tendo em mente a aparente particularidade da enfermidade, tornou-se imprescindível justificar essa dessemelhança com tudo que era conhecido pela ciência até aquele momento, e é preciso reconhecer que esforços criativos não foram poupados nesse sentido como podemos ver a seguir.

De acordo com o médico John Langone a idiossincrasia da transmissão da AIDS se devia ao fato de que “nunca foi a intenção da natureza que homens fizessem sexo com homens, e por isso não construiu seus corpos para isso” (1985,

p.40-41). Além da colocação homofóbica explícita, uma segunda mensagem pode ser lida nas entrelinhas da afirmação: se a natureza não construiu os corpos de homens para isso, ela construiu o das mulheres. A ideia de que as mulheres teriam corpos projetados para a penetração masculina, mas não para a contaminação, prevaleceu para muito além da confirmação de que elas podiam sim ser contaminadas pela doença. Langone ainda complementa com os seguintes comentários: “a vagina áspera é uma barreira muito dura para que o vírus da AIDS penetre” e “a AIDS não é uma ameaça pra a vasta maioria dos heterossexuais (...) ela é e muito provavelmente continuará sendo o preço fatal a se pagar pelo intercurso anal” (Idem, p.41).

Essa matéria diferente que, por vezes é mais frágil que sua alternativa masculina e por vezes mais resistente, é resultado de uma produção discursiva provavelmente milenar, e conforma um argumento que perdura por meio dos mais variados esforços retóricos. Mesmo quando a ciência constata que, ao contrário do que pensavam, as mulheres estão biologicamente mais suscetíveis à infecção, essas “realidades” seguem coexistindo, emergindo e submergindo em variados momentos da epidemia. Os fatos são readaptados, mas a ambiguidade do discurso permanece: mulheres são mais fortes, mulheres são mais fracas; mulheres são mais resistentes, mulheres são mais suscetíveis; mulheres suportam mais adversidades; mulheres as suportam menos.

Essa complexidade sobreviveu até mesmo à virada da década de 80 para 90, que trouxe mudanças essenciais para o discurso da medicina sobre a infecção de mulheres e a disseminação heterossexual, embora o discurso produzido por outras redes tenha acompanhado tais atualizações com um entusiasmo muito mais moderado. Muitas coisas aconteceram nessa transição de décadas que dissiparam parcialmente a obsessão midiática com a questão e aproximaram a literatura médica de novos problemas – ou, ao menos, de problemas que foram descritos como novos. A partir do final da década inicial da epidemia, finalmente começou a se consolidar a certeza de que a AIDS era uma questão de saúde que dizia respeito também aos heterossexuais e que sua disseminação entre essa população não estava necessariamente relacionados ao uso de drogas. Dois eventos midiáticos tiveram grande impacto sobre a emergência desta retórica: a morte relacionada à AIDS do ator heterossexual Rock Hudson e o caso de um grupo de jovens militares americanos que foram infectados enquanto serviam na Alemanha.

A realidade assusta quando bate na porta de casa. A população branca, burguesa e heterossexual do centro euramericano não estava pronta para ver as suas próprias caras estampadas na epidemia – eles não estavam prontos para ver seus conhecidos, seus ídolos e seus heróis sucumbindo à doença. Se até mesmo os corpos heroicos, mas sem face, dos soldados que representavam todos os valores bélicos, cristãos, tradicionais daquela comunidade estavam sujeitos à AIDS, talvez a segurança que lhes tinha sido garantida não fosse completamente acurada. Ao mesmo tempo em que a “população geral” passava por essa crise de identidade, o contágio de mulheres em território estadunidense continuava subindo de modo assombroso:

Entre 1987 e 1991, o número de casos de AIDS entre mulheres nos EUA aumentaram em mais de 1000 por cento. E em 1992, de acordo com o CDC, os casos de AIDS diagnosticados aumentaram 30 por cento entre mulheres, comparados aos 22 por cento entre homens. Ainda que mulheres afro-americanas e latinas correspondam a 21 por cento da população feminina total nos EUA, elas perfazem 75 por cento de todos os casos de AIDS entre mulheres em todo o país [...] entre 1987 e 1992, o número de casos de AIDS entre mulheres aumentou alarmantes 1500 por cento. (KAPLAN, 1995, p. 8)

Na arena da ciência e biomedicina, alguns marcos também precisam ser mencionados como pontos essenciais de virada do discurso prevalente sobre a intersecção entre a AIDS e a população feminina até então, mas sempre com ênfase na argumentação do aumento, crescimento, mudança de perfil. Em 1988, por exemplo, foi fundada a *Society for Women and AIDS in Africa* que, junto ao ACT UP, foi uma das principais frentes de conscientização sobre mulheres e a epidemia, especialmente no cenário de saúde global. No ano seguinte, o grupo cunhou o termo *ameaça tripla* para se referir às três principais maneiras como a AIDS afetava a vida das mulheres “como indivíduos, mães e cuidadoras”.

Com base nessa nova categoria e toda a argumentação que ela implicava, foi publicado em 1990 um dossiê, chamado justamente de *Triple Jeopardy*, que impactou de maneira irreversível a ciência que era produzida sobre a epidemia. O livro foi resultado dos esforços do instituto Panos e de equipes de pesquisa de Budapeste, Londres, Paris e Washington em esforço conjunto com a OMS. A importância desta obra me foi trazida pela primeira vez em conversa com a

professora Regina Barbosa, que me apontou como proliferaram eventos e grupos de trabalho para a discussão da coletânea no Brasil, especialmente nos primeiros anos daquela década. No cenário internacional, isso também pode ser observado por meio do impressionante incremento de artigos nos periódicos analisados sobre a disseminação da epidemia entre mulheres heterossexuais.

Já nas primeiras páginas de *Triple Jeopardy*, podemos ver um resumo dos padrões de distribuição da AIDS utilizados pela OMS para descrever a epidemia em algumas regiões do mundo: a América do Norte, Europa Ocidental e Oceania eram considerados padrão I (restrita a homossexuais e homens e mulheres usuários de drogas intravenosas); a África Subsaariana era descrita como padrão II (homens e mulheres majoritariamente contaminados por via heterossexual e transmissão vertical); o Leste Europeu, Ásia e Oriente Médio eram considerados padrão III (sexo heterossexual e transfusão de sangue como principal via de contaminação); e, finalmente, a América Latina e Caribe foram consideradas inicialmente como padrão I (predominantemente homossexual), mas o aumento expressivo de mulheres diagnosticadas obrigou a OMS a reconsiderar a região como padrão II (Panos Institute, 1990, p.6)

Evidentemente, olhando em retrospecto, é possível reconhecer implicações problemáticas no dossiê, como a reprodução do tropo da “ponte bissexual” – ou a ideia de que os homens estavam contaminando mulheres depois de adquirir o vírus de outros homens. Este argumento foi utilizado majoritariamente na América Latina para justificar a contaminação desproporcional de mulheres, especialmente mulheres casadas, em uma epidemia que havia se constituído enquanto homossexual. Essa frágil fundamentação foi criticada por pesquisadoras como Carmem Guimarães, que apontaram a ponte bissexual como uma metáfora ruim usada para justificar a inclusão tardia das mulheres na epidemia (1994, p. 218).

A autora destaca como a disseminação do modelo norte-americano da epidemia como explicativo para outros contextos foi nocivo – primeiro porque não era acurado sequer para explicar a epidemia estadunidense, e segundo porque associou a doença ao comportamento sexual de maneira tão insistente que a maioria dos casos fora da curva foram distorcidos para que pudessem ser explicados pelas crenças incipientes de que a homossexualidade e comportamentos de risco específicos eram explicativos da epidemia. Guimarães também aponta que

a sugestão da ponte bissexual é perversa porque desloca a atenção já restrita recebida pelas mulheres de volta para supostos comportamentos homossexuais.

Por outro lado, o dossiê teve muito sucesso em sedimentar de uma vez por todas alguns aspectos importantes da epidemia que, até o momento, eram negligenciados: o fato de que a progressão da AIDS entre mulheres não fazia sentido e devia ser explicada, em parte, por uma má coleta de dados nos anos iniciais; a relação de causalidade entre a opressão de gênero e a epidemia, especialmente no que concernia ao uso de métodos de prevenção; a inclusão de pautas relativas à reprodução e saúde e outras necessidades de atenção médica diferenciadas:

Em meados da década de 1980, muitas informações sobre o curso da infecção pelo HIV e o espectro de distúrbios relacionados nas mulheres baseava-se em premissas derivadas de estudos de longo prazo da AIDS em homens. Desde então, **tornou-se evidente que a doença do HIV nas mulheres se difere em algumas maneiras**. Segundo a Dra. Constance Wofsy, co-diretora das atividades de AIDS no Hospital Geral de São Francisco, "Precisamos desesperadamente de informações sobre a mortalidade, a morbidade e os efeitos adversos do HIV / AIDS nas mulheres... obviamente há **questões relacionadas ao sexo que precisam atenção específica**, como as ligações com câncer cervical, etc. - e precisamos começar a investigá-los seriamente. (Institute Panos, 1990, p. 38)

As primeiras manifestações da infecção pelo HIV em mulheres também podem incluir queixas ginecológicas persistentes, como inflamação cervical, candidíase vaginal e, possivelmente, doença inflamatória pélvica. As verrugas genitais também são comumente detectadas entre mulheres HIV-positivas e estão ligadas a um aumento nas doenças cervicais, incluindo câncer. A frequência das anormalidades cervicais aumenta à medida que as mulheres começam a mostrar sintomas de infecção pelo HIV. Como resultado, sempre que possível, as mulheres soropositivas são aconselhadas a ter esfregaços cervicais regulares. Alguns médicos suspeitam que **esses distúrbios ginecológicos também são mais agressivos e recorrentes em mulheres HIV-positivas e requerem tratamento diferente** e mais extenso do que nas mulheres HIV-negativas. A gravidez pode complicar o diagnóstico precoce em mulheres. Sintomas como persistência da candidíase vaginal, falta de ar e fadiga, que podem resultar da infecção pelo HIV, também são efeitos colaterais da gravidez em algumas mulheres HIV negativas. (Idem, p.39)

Desse modo, é preciso destacar que o dossiê teve um impacto muito expressivo no cenário global. De fato, ele foi fundamental para que a OMS dedicasse o *World's AIDS Day* daquele ano, pela primeira vez em dez anos, à questão da epidemia entre as mulheres e seus impactos variados na saúde feminina. Na complexa rede da saúde, esse tipo promoção é fundamental porque

define largamente as direções para os quais os cientistas estarão olhando nos anos seguintes. Com todos os jogadores principais no cenário das políticas globais de saúde apontando para essa problemática, muito mais pesquisadores se viram atraídos para a análise da questão da feminização e de suas possíveis explicações e uma narrativa nova começou a emergir, como podemos ver em alguns dos exemplos a seguir:

Nos EUA, o número de mulheres com AIDS **aumentou de 534 em 1985 (7% do total de casos de AIDS) para 14 081 em 1994 (18%)**. "38% dessas mulheres adquiriram o HIV através de contato heterossexual, enquanto 41% relataram injetar uso de drogas. 77% dos casos estavam entre mulheres **negras e hispânicas** (HORTON, 1993, p. 531)

Em **todo o mundo**, o modo predominante da transmissão de HIV é **penetração sexual heterossexual**. O conhecimento de taxas de transmissão, fatores de risco para transmissão e eficácia de métodos de prevenção é essencial tanto para o design como para a avaliação de programas de prevenção. Diversos estudos examinaram a prevalência de infecção por HIV entre parceiros de pessoas infectadas por HIV e os fatores de risco para transmissão sexual do vírus." (DE VICENZI, 1994, p. 341)

De fato, estudos recentes **sugerem que transmissão homem-para-mulher é duas vezes mais eficiente do que a transmissão mulher-para-homem**. Sexo anal não aumenta significativamente o risco de transmissão **para a parceira mulher**. (Idem, p. 345)

A disseminação da epidemia da infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em todo o mundo depende da probabilidade da transmissão durante o intercuro sexual entre homens e mulheres. Globalmente, a maioria dos casos de infecção por HIV são disseminados heterossexualmente, e qualquer intervenção que reduza o risco de transmissão heterossexual deve ser vista como potencialmente salvadora de vidas. (JOHNSON, A. M., 1994, p. 391)

A conclusão a partir de estudos de casais estáveis no mundo desenvolvido deve provavelmente ser a de que transmissão homem-para-mulher é aproximadamente duas vezes mais eficaz do que a transmissão mulher-para-homem. (Idem)

Mulheres e crianças têm os sintomas e sequelas mais severos. Mulheres têm duas vezes mais chances do que homens de contrair infecção com os patógenos que causam gonorreia, clamídia, hepatite B e cancro mole após uma única exposição. **A eficiência de transmissão de homens para mulheres do vírus da imunodeficiência humana (HIV) é cerca de quatro vezes maior do que a da transmissão de mulheres para homens. As taxas de infecção por HIV contraídas heterossexualmente entre mulheres têm crescido nos Estados Unidos.** Em 1995, o contato heterossexual surgiu como a principal causa de AIDS entre meninas e mulheres americanas de 15 a 44 anos; em 1996, 6% dos homens e 40% das mulheres com AIDS haviam sido infectadas por transmissão heterossexual. (SHAIN, R., et al, 1999, p. 93)

Intervenções que reduzem o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível como gonorreia ou clamídia também podem prevenir infecção por HIV. **O contato heterossexual é a principal causa de AIDS em mulheres** e pessoas com outras doenças sexualmente transmissíveis têm um risco de contrair HIV que é de 3 a 50 vezes maior do que o de uma pessoa não infectada. Este estudo mostra que uma intervenção comportamental relevante baseada em teoria pode reduzir a frequência de infecções por gonorreia e clamídia por no mínimo 12 meses em mulheres de minorias em alto risco." (Idem, p. 99)

As mulheres correspondem a metade dos 38,6 milhões de adultos com HIV em 2005. Ainda que saibamos **há mais de uma década que mulheres sofrem risco de HIV/AIDS por meio de sexo heterossexual, foram necessários esses números gritantes e a alta taxa de mortalidade da doença para reconhecer que elas são a face principal da epidemia.**" (WINGOOD, G., 2003, iii67-76)

Com a concretização do discurso do contágio sexual e com o surgimento da retórica da feminização como um processo em andamento, foi necessário buscar uma justificativa plausível para explicar o fenômeno. Infelizmente, a resposta igualmente fácil e profundamente arraigada no discurso médico resolvia, sem dificuldades, essa questão: a transformação nos padrões da epidemia se deviam a uma coisa apenas: a singularidade do corpo da mulher.

Mas essa resposta não interessa a não ser que conheçamos melhor as

origens dessa convicção na diferença física, metafísica e ontológica do copo feminino. É preciso levar em conta a importância de ordem também metodológica dessas questões uma vez que o confronto com o dessemelhante é um dos elementos primordiais para a constituição do *humano* na interpretação de redes discursivas como a psicologia, a psicanálise e as ciências sociais. A antropologia, particularmente, enquanto disciplina com uma história profundamente ambígua de celebração e subjugação da diferença, só é trazida à existência na medida em que este encontro com a diferença precisa ser apreendido e significado pela razão ocidental (GOLDMAN, 2006). A antropologia é, neste sentido, um saber essencialmente taxonômico – e por mais que tenhamos este hábito de atribuir essa qualidade da disciplina a um passado remoto, essa característica é igualmente observável na produção contemporânea. O que quero dizer com isso é que, tanto quanto a biologia, a medicina, a epidemiologia e tantas outras, nós, cientistas sociais, também trabalhamos em um registro de produção de igualdades e diferenças que ajudam a performar diversas versões de sujeitos, de eventos, e de mundo.

Stephen Gould aponta que taxonomias não são, portanto, categorias que refletem a diferença na natureza – elas são teorias que criam a diferença e a igualdade na natureza. No lugar da coisa que simplesmente é – surge uma coisa que “é” na medida em que se assemelha a uma segunda, ou se distancia de uma terceira (GOULD, 1993). Tendo estas operações em mente, as mulheres podem ser lidas como um “distinto” primordial – um Outro que não se pode nem eliminar, nem assimilar. A mulher é a representação original do dessemelhante – no mito cristão da criação, ela existe antes mesmo de um segundo homem, ela é o “estrangeiro” infiltrado com quem o filho homem de Deus não consegue se conectar (LARAIA, 1997). Impossibilitada de partilhar dos mesmos significados e simbolismos do masculino, não é surpreendente que o corpo da mulher – cuja existência material se dá por meio dos discursos historicamente produzidos e reproduzidos por homens (HARAWAY, 1995) – tenha sido produzido enquanto um corpo contaminado, sujo e doente (as mesmas metáforas que serão utilizadas para marcar o corpo do nativo, do imigrante, do exótico, do homossexual).

Como debati anteriormente, essa distinção entre o humano e o feminino é profundamente marcado na linguagem. Simone de Beauvoir observa, por exemplo, que as mulheres nunca dizem “nós”, exceto em congressos de feministas ou eventos

em que homens não estejam presentes; os homens, por outro lado, podem sempre dizer “nós” referindo-se ao mundo inteiro (1980). A mulher é o sexo que precisa ser enunciado, como se o corpo do homem não tivesse sexo, assim como o corpo branco não teria cor. A analogia é igualmente viável quando pensamos em identidades sexuais, sendo a heterossexualidade, dentre elas, a que é sempre presumida e jamais precisa ser explicada. Essa operação de produção da alteridade não se resume de modo algum à diferença sexual, mas parece ser sua expressão fundamental. Butler diz: “o que Irigaray chama de masculinista é a ação de retornar toda alteridade para o eu e de dar sentido ao outro apenas como um reflexo de mim. A isso a autora chama de circuito fechado do sujeito, uma relação com a alteridade que acaba por se mostrar enquanto não mais que uma redução da alteridade ao self” (2008, p.336).

A alteridade como foi historicamente concebida no ocidente é um dos principais entraves à concepção de uma diferença ética, pois aos corpos que em um momento determinado estão sendo performados em regimes que evocam alguma neutralidade cabe compor o “nós” sem adendos. Ao resto cabe ser “nós, negros”, “nós, mulheres”, “nós, homossexuais”. Por outro lado, a ideia de que os corpos dos dois sexos são irremediavelmente distintos – ou mesmo de que existe um corpo masculino naturalmente contraposto por um corpo feminino – é bastante recente. É evidente que sempre se concebeu uma separação entre masculino e feminino, mas, como Thomas Laqueur argumenta em seu clássico trabalho de 1992, a “natureza” desta discrepância já foi reimaginada inúmeras vezes ao longo do tempo, em cada uma delas produzindo efeitos diferentes.

A proposta do autor, como já foi amplamente debatido, é a de que existiria um modelo ao qual chama de sexo único que teria prevalecido até o século XVIII, em que o sexo seria um único vetor onde o homem e mulher ocupariam as extremidades e outras configurações materiais posicionariam alguns indivíduos em outros pontos da linha. Esta noção culminou na interpretação de André Versalius no séc. XVI, que predominou por pelo menos duzentos anos de que homens e mulheres possuíam os mesmos órgãos sexuais, mas os dos primeiros seriam externos e dos segundos internos: “a vagina era vista como um pênis interno, os lábios como prepúcio, o útero como escroto e os ovários como testículos”. (LAQUEUR, 2001, p. 16-17). Essa distinção seria fruto da ação do calor vital – uma matéria metafísica associada à perfeição: “da mesma forma que a humanidade é

mais perfeita que o resto dos animais, dentro da humanidade o homem é mais perfeito que a mulher, e a razão dessa perfeição é o excesso de calor, pois o calor é o instrumento básico da natureza” (LAQUEUR, 2001, p.44).

Quando o modelo de dois sexos se consolidou substituindo, em grande medida, o paradigma antigo, os corpos masculinos e femininos passaram a ser vistos como entidades separadas – opostos complementares, mas ainda impregnados de uma hierarquização de valor. Mas uma nova retórica precisava emergir para justificar a inferioridade do feminino, especialmente depois da Revolução Francesa que se sustentou principalmente na pauta da universalidade dos direitos de liberdade e igualdade. Com a derrocada de valores religiosos e de todo um sistema de autoridade calcado no direito divino, era preciso justificar a permanência de opressões históricas para um domínio que usufruísse de igual credibilidade: “Assim, a hierarquia entre os sexos não deixou de existir, mas foi deslocada e passou a se fundar no registro biológico da natureza” (LAQUEUR, 2001).

Como argumentei até aqui, a epidemia HIV/AIDS também foi, tem sido e é um dos muitos simbolismos dos quais lançamos mão enquanto sociedade para significar e construir a diferença e para falar sobre o corpo e os sexos. Ela tem permanecido, em seus 35 anos, um tópico de primordial urgência, especialmente na medida em que o tempo nos permitiu contemplar seus efeitos devastadores sobre a disposição do mundo no que diz respeito aos arranjos do poder bem como sobre a organização da sociedade em níveis locais. A AIDS é, portanto, um destes lugares onde podemos ver materializados com clareza os efeitos perniciosos de oposições historicamente constituídas.

Este capítulo trata de vários tipos de diferenças, mas especialmente, fala de como o corpo feminino foi produzido no discurso médico sobre HIV/AIDS repetidamente com ênfase em uma alegada incompatibilidade completa com o corpo masculino, especialmente a partir de alguns episódios marcantes da história da epidemia. Alguns dos tópicos prediletos no discurso dominante sobre AIDS se referem às distinções entre corpos femininos e masculinos em variados aspectos biológicos, como a susceptibilidade ao contágio, e sociais, como a vulnerabilidade à violência e ao abuso. Mas o tropo da discrepância é resultado de processos de opressão sexual e racial muito anteriores à epidemia, e para falar dele nesse contexto, é preciso recuperar parte de sua história.

O tropo da invisibilidade, analisado no capítulo anterior, dá diversas pistas para compreendermos como a narrativa da diferença entre corpos e populações se estabeleceu e que tipo de sujeitos ela ajudou a performar. No entanto, é essencial olhar alguns eventos biomédicos mais de perto para compreendermos o tropo da discrepância de maneira mais abrangente, pois é precisamente porque a ciência e a medicina usufruem de uma legitimidade ímpar em nossa sociedade e são tidas largamente como instâncias de acesso aos *fatos* sobre os corpos que se faz urgente refletir sobre que “verdades” são produzidas por tais redes discursivas, como são constituídos, e quais as suas consequências. Mas, antes de adentrar essa discussão, gostaria de recuperar duas teorias da diferença produzida pelas ciências sociais que estão representadas nas abordagens de Epstein (1996) e M'charek (2014), pois, mesmo que as perspectivas dos dois estejam mais próximas que distantes, uma questão parece colocar a ênfase de cada um sobre um aspecto específico do conceito.

Enquanto, para Epstein, a subalternidade está implicada de maneira inevitável nas concepções de diferença – não necessariamente porque lhe seja implícita, mas porque ela foi um dos significados que predominaram culturalmente em nossa concepção da heterogeneidade –, para M'charek a diferença é a manifestação das interferências; é o efeito de tecnologias e práticas sobre aquilo em que incidem (2013, p.2). Para esta última, as diferenças e similaridades não estão aí para serem descobertas e coletadas – elas não são dadas, mas são performadas em momentos de conflito e tensão; elas não são fundamentais; elas nem sempre se materializam em corpos mas, sim, nas relações que as performam (Idem).

É largamente a partir do quadro referencial e da tradição semiótica de Haraway que esta segunda autora propõe o uso da metáfora da difração: uma tecnologia geradora que se refere às diferenças e aos objetos impuros; que produz padrões de interferência; que não mapeia o *lugar* da diferença, mas os lugares onde podem “ser *vistos* os efeitos da diferença” (M'CHAREK, 2014). Nessa perspectiva, objetos e sujeitos não têm essência, pois são fundamentalmente os efeitos das tecnologias e de nossas interações com o mundo.

Foi nesse sentido que o indumentário teórico utilizado pelas autoras me foi mais instrumental, pois me ofereceu saídas metodológicas para pensar simultaneamente a materialidade e a volatilidade de diferenças que são produzidas por marcadores raciais, sexuais, de gênero, de classe e que podem perdurar por

muito tempo ou apenas por segundos. Por meio desse conjunto de metáforas, privilegiadas principalmente pelos estudos feministas da ciência, pode pensar em dessemelhanças que não são estáveis e nem são dadas, mas que são negociadas em complexas operações de visibilização e invisibilização; pode pensar em como as discrepâncias, inseridas na lógica categorial explicada por Lugones, performam binômios como ocidente/oriente, homem/mulher, rico/pobre, negro/branco, imigrante/nativo, entre tantos outros.

Esses pares de oposição são fundamentais para compreender as presenças e ausências das mulheres na narrativa da AIDS. Isso ficou evidente no capítulo anterior, por exemplo, ao observar como as intersecções sexo/cor e sexo/classe são invisibilizadas por retóricas diferentes. No que concerne ao que chamo de tropo do corpo discrepante, essas variações também operam, mas reconfiguradas: mulheres negras e mulheres brancas têm seus corpos aproximados (apenas o bastante), mas sempre distanciados dos exemplares masculinos.

Susan Bordo escreveu em 1989 que, olhando historicamente, a disciplina e normalização do corpo feminino talvez seja a única opressão de gênero exercida independente da faixa etária, raça, classe e orientação sexual. Nesse sentido, eu destacaria duas narrativas que enfatizam o marcador sexo sobre raça nesse aspecto da construção da diferença: o discurso de que o corpo feminino é ontologicamente sujeito à violência e de que a capacidade reprodutiva é sua característica definidora. Presumindo, por exemplo, que os periódicos avaliados podem ser tomados como representativos do discurso médico, é possível afirmar que os temas da transmissão vertical e violência baseada em gênero são o alicerce da literatura sobre mulheres e HIV na atualidade. Conquanto estas duas questões sejam absolutamente fundamentais para discutir a experiência das mulheres na epidemia, a maneira como são abordadas pode acabar por conformar ou confirmar essencializações sobre tais corpos e sobre sua discrepância em relação a um pretense humano padrão, como mostrarei a seguir.

5.3 A naturalização do abuso

Embora a presença e vulnerabilidade das mulheres tenha entrado na pauta das políticas de globais em definitivo a partir de 1990, ainda demoraria uma década

para que a questão da violência contra a mulher ganhasse o mesmo tipo de atenção. Como no primeiro caso, a pauta também foi largamente assimilada pelo discurso médico hegemônico por indicação de instituições como a OMS e o UNAIDS, mas, principalmente, por pesquisas científicas realizadas em países em desenvolvimento.

Antes de tudo, é preciso entender que, assim como a homossexualidade foi definida como o rosto da epidemia nos primeiros anos, o padrão de ouro da prevenção à AIDS foi o uso de camisinha – que, do mesmo modo, ainda hoje não foi completamente desconstruído enquanto discurso. Acredito que ninguém em sã consciência ousaria questionar a importância do uso de preservativos no que concerne à prevenção ao HIV/AIDS – um dos métodos mais baratos e eficazes de evitar adquirir e desenvolver uma condição crônica e debilitante para o resto da vida. O problema é que, mais uma vez, um modelo projetado com base em um grupo e um contexto completamente ímpares foi importado para uma realidade onde simplesmente não cabia.

A prevenção com ênfase no uso voluntário está inserida na reconhecida e ultrapassada interpretação dos comportamentos de risco. A susceptibilidade à infecção foi construída por tempo demais como um perigo voluntário de modo que fazia algum sentido – ou, no mínimo, era coerente – ensinar as pessoas a se protegerem daquele perigo. No entanto, esses modelos de prevenção iniciais com sua conceitualização profundamente individualista presumiam que as mulheres tinham um controle muito maior das práticas sexuais – eles presumiram que as mulheres usufruíam do tipo de autonomia garantido aos homens. Fatores contextuais, como diferenças de poder e papéis de gênero, foram deixados de lado, mais uma vez com consequências catastróficas.

Novamente, houve muitas tentativas de compreender e superar o fracasso dessa retórica. O relatório *Violence Against Women and HIV/AIDS* de outubro de 2000 foi um marco nesse sentido, ao reiterar e condensar argumentos que vários pesquisadores e pesquisadoras apontaram por duas décadas, especialmente aqueles produzindo em países marginais: as mulheres são uma população desproporcionalmente afetada no que concerne à epidemia da AIDS e todas essas vulnerabilidades advêm da naturalização da violência contra corpos femininos. O relatório em questão pode ser descrito como muito representativo da longa relação de colaboração entre a medicina e as ciências sociais.

Apesar de estarem em lados bastante diferentes do regime de legitimidade no que concerne à produção de conhecimento, a literatura médica emprestou com propriedade todo o idioma e a gramática produzidos pelo feminismo e pela própria antropologia⁶³ para explicar aspectos centrais da epidemia HIV/AIDS em que os seus próprios jargões careciam. No entanto, a impressão é que essas referências não funcionam tão bem quando não são o foco da análise, resultando, frequentemente, em descrições faltosas. Observemos, por exemplo, um dos trechos de abertura do 909090 (UNAIDS, 2016, p.30):

Muitas populações continuam a ser deixadas para trás. As mulheres jovens de 15 a 24 anos de idade apresentam um risco particularmente alto de infecção pelo HIV, representando 20% das novas infecções por HIV global entre os adultos em 2015, apesar de representar apenas 11% da população adulta. Na África subsaariana, as mulheres jovens representaram 25% das novas infecções por HIV entre adultos e mulheres representaram 56% das novas infecções por HIV entre adultos. As desigualdades de gênero, incluindo a violência baseada no gênero, exacerbam a vulnerabilidade fisiológica das mulheres e meninas ao HIV e bloqueiam seu acesso aos serviços de tratamento para o HIV. As jovens são privadas da informação e da liberdade de tomar decisões livres e conscientes sobre sua saúde sexual, para a maioria falta o conhecimento necessário para se proteger do HIV. O impacto dessas barreiras é mais forte em ambientes de alta prevalência, predominantemente na África Oriental e do Sul.

Inequidades de gênero, incluindo violência com base no gênero, exacerbam a vulnerabilidade fisiológica de garotas e mulheres ao HIV e impedem que elas acessem serviços para tratar HIV. Quem perpetra esta violência? Quem impede que estas mulheres acessem serviços médicos? Que vulnerabilidades fisiológicas são estas e qual a explicação para que existam? O relatório prossegue enfatizando que mulheres em populações-chave (profissionais do sexo, usuárias de drogas intravenosas, mulheres pobres) são ainda mais vulneráveis que as mulheres jovens ameaçadas por condições misteriosas e violências cometidas por pessoas sem rosto. O discurso da extrema vulnerabilidade é interessante porque se utiliza de omissões narrativas o tempo todo. Ao mesmo tempo em que se reconhece a existência de estruturas nocivas de gênero e sexualidade, o agressor nunca é diretamente apontado: mulheres são descritas como vítimas, mas homens não são descritos como perpetradores da violência.

A violência baseada em gênero tornou-se um conceito largamente encontrado

na literatura médica sobre HIV/AIDS, especialmente nos últimos quinze anos quando o termo passou a ser mais utilizado. No entanto, como muito da produção científica sobre os abusos cometidos contra o corpo feminino, ele frequentemente opera como um eufemismo atenuando o confronto com realidades assustadoras, viscerais e com graves implicações. Evidentemente, existe uma preocupação com a uniformidade e padronização da linguagem médica e científica, e historicamente as opções retóricas se inclinam para alternativas mais assépticas.

Subtipos notáveis de abuso sexual incluem estupro marital e *date rape*⁶⁴. Abuso sexual no casamento é definido como **coito ou atos sexuais relacionados forçados sem o consentimento** do parceiro. O reconhecimento da “síndrome da mulher espancada” ajudou a esclarecer o status do estupro marital como crime violento. Estupro marital é frequentemente mais violento e repetitivo do que outros tipos, e é mais raramente notificado devido à dependência econômica e senso de humilhação das mulheres acerca de falhas maritais. A frequência do *date rape* é registrada como cerca de 20% entre meninas adolescentes, chegando a seu pico na faixa etária de 16 a 19 anos. Mulheres podem participar voluntariamente em brincadeiras sexuais que evoluem para *coito forçado e não pretendido*. *Date rape* é considerado excessivamente subnotificado porque **a vítima acredita que contribuiu para o ato por participar nas preliminares**. Como envolve uma violação de confiança, o estupro por um conhecido às vezes tem efeitos psicológicos ainda maiores do que estupro por agressores desconhecidos. (HAMPTON, 1995, p. 234)

A Dra. Hortensia Amaro e outras pesquisadoras catapultaram a conscientização de como gênero, o status social da mulher e o papel da mulher eram cruciais para entender o risco feminino de contrair HIV. (WINGOOD, 2003, p. iii68)

Isso também pode ser verdadeiro em situações onde mulheres sofrem risco de **sexo inesperado ou forçado ou altos níveis de risco de violência baseada em gênero**. Nesses tipos de situação, ter um produto protetivo que pode ser inserido antes do sexo ou ficar no lugar durante um longo período de tempo são importantes considerações. (Idem)

[...] mulheres que descreviam seus relacionamentos como ‘não sendo bons’ tinham menor probabilidade de pedir para usar camisinha, e investigadores postulam que esse grupo inclui mulheres com experiência geral de desigualdade de gênero em seus relacionamentos. Eles sugerem que **esses resultados** indicam uma inter-relação complexa entre violência de parceiro e as práticas sexuais do casal. Além disso, afirmam que **outras formas de desigualdade de gênero** em relacionamentos também podem afetar o risco de mulheres de adquirir HIV. (DUNKLE, K., 2003, p. 1416)

⁶⁴ *Date rape* se refere ao estupro cometido ao longo de ou após um encontro. Esta categoria de estupro tem ficado ainda mais comum com o advento de aplicativos de encontro: Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/09/1922031-estupradores-usam-aplicativos-de-namoro-para-atacar-mulheres.shtml>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

Mulheres são **muito mais frequentemente vitimizadas em violência doméstica e abuso sexual do que homens em todos os países do mundo**. (BRUYN, 2006, p. 414)

Mulheres casadas nessa posição vulnerável têm **pouco poder para defender sua própria saúde sexual** ou revelar o status de seus maridos. Por exemplo, pedir ao marido que use camisinha poderia indicar infidelidade ou infecção por HIV, ambas as coisas sendo vistas como inadmissíveis. Falta de educação, desigualdade de gênero, normas sociais e medo de violência ou abandono as impedem de fazê-lo. (PINCKNEY, 2016, p. 4)

Embora seja amplamente reconhecido hoje o problema com a ênfase – quando não foco exclusivo – nos comportamentos individuais como se dependessem apenas da voluntariedade da mulher na relação sexual, campanhas de saúde pública em várias localidades ainda depositam sobre as mulheres o ônus da segurança do encontro sexual. Mesmo quando questões como a chamada violência baseada em gênero são adicionadas à equação, ainda temos uma série de escolhas duvidosas em torno de sua utilização. Mas o problema da terminologia e da organização da violência de gênero não é tanto o que ele expressa, mas o que ele oculta. A maneira como a literatura médica com ênfase no HIV/AIDS evita meticulosamente, por exemplo, o uso do termo estupro é extremamente sintomático. Somos deixados, então, com eufemismos pobres, quando não moralmente duvidosos, como: sexo forçado, sexo inesperado, coerção sexual, encontros sexuais inesperados, ataque sexual violento, sexo transacional, violência do parceiro íntimo, entre outros.

Ainda assim, com a questão da violência sofrida pelas mulheres consolidada, um discurso de empoderamento feminino baseado no domínio das tecnologias de prevenção começou a ganhar espaço levando em consideração que “as estruturas gênero têm ‘regras do jogo’ distintas que exigem que mulheres usem ‘estratégias diferentes para maximizar sua segurança e otimizar as opções de vida” (MANTELL, 2006, p.2000). A admissão do impacto do fator cultura sobre a epidemia, no entanto, não necessariamente leva a uma boa reflexão sobre as questões sendo analisadas – na verdade, quando a intersecção entre HIV/AIDS e violência contra a mulher emerge, as soluções imaginadas frequentemente estão bem longe do que seria uma abordagem compreensiva do problema.

Nesse sentido, uma pesquisa em especial chamou minha atenção por ser emblemática desse discurso pretensamente interdisciplinar e de como ele propõe soluções que naturalizam a vulnerabilidade e a violência contra o corpo feminino de maneira verdadeiramente grotesca. Como boa parte dos argumentos desastrosos, esse também começa bem:

Colocar opções para proteção nas mãos das mulheres é vital para evitar a transmissão sexual do HIV/AIDS, considerados contextos de desigualdade, dependência econômica em homens e normas generificadas de monogamia e parcerias sexuais múltiplas. Alguns estudos sugerem que a camisinha feminina aumenta o empoderamento feminino porque pode ampliar a segurança sexual, criar mais poder de barganha em relacionamentos e otimizar o controle sobre o corpo. (MANTELL, 2006, p.2000)

O artigo prossegue reiterando as vantagens do uso da camisinha feminina uma vez que a negociação para uso do preservativo masculino exacerbaria os riscos de abuso físico ou sexual das mulheres, como confirmam estudos do mundo todo. Mas a saída “empoderadora” que oferecem é o que chamam de prevenção secreta/clandestina:

A camisinha feminina pode fornecer uma alternativa viável para a imposição e **uso secreto em vez de negociar o uso de camisinha pelas mulheres**. Trabalhadoras sexuais num estudo na Cidade do México afirmaram: “Você pode ganhar mais dinheiro 'prometendo' a eles que não vai usar camisinha, e quando eles descobrem que havia proteção, não têm problema”. Outros estudos sugerem que mulheres casadas **cujos maridos podem estar bêbados ou exigir sexo e recusam-se a usar camisinha podem usar a camisinha feminina**.

O uso clandestino pode ser visto como um ato de resistência à subordinação feminina, permitindo às mulheres um meio de fugir das normas que dão aos homens liberdade e controle sobre sexo e proteção. (Idem, p. 2003)

Isso também pode ser verdadeiro em situações em que as mulheres enfrentam o **risco de sexo forçado ou inesperado** ou níveis altos de risco de violência baseada em gênero. Nesse tipo de situação, **ter um produto que pode ser inserido antes do sexo ou ficar no lugar por um longo tempo são considerações importantes**. (HARTMANN et al., 2015, p. 615)

Ambos os artigos efetivamente sugerem que as mulheres andem preventivamente com a camisinha feminina inserida para prevenir o contágio por HIV em encontros sexuais “inesperados” e descreve esses métodos “clandestinos” como

estratégias de empoderamento. Novamente: vivemos em um contexto em que é razoável sugerir em periódicos de medicina que mulheres andem com preservativos inseridos em suas vaginas todo o tempo porque isso parece uma solução mais viável que a) negociar o uso de preservativos com os parceiros sexuais, e b) pensar em estratégias para diminuir a epidemia de estupros no mundo.

O que chamo, portanto, de naturalização da violência contra o corpo feminino é precisamente a retórica de que é simplesmente impossível lidar com os perpetradores da violência, da opressão e das desigualdades – é o conjunto de argumentos que até reconhecem a vulnerabilidade social das mulheres, mas que insistem que *elas* devem se proteger, que *elas* devem partir do pressuposto de que a agressão e o estupro são ameaças cotidianas reais, que *elas* devem aprender técnicas secretas e clandestinas para cuidar de sua saúde.

Mas a discrepância entre as vidas, os direitos e os corpos femininos e masculinos ainda é manifesta e performada pela medicina e outros discursos de diversas outras maneiras na epidemia HIV/AIDS. Como mostrarei a seguir, os tipos de violência física e simbólica ao qual mulheres do mundo todo são submetidas são tão perversos quanto variados, e quando marcadores raça e classe entram em jogo, não existem estratégias secretas e empoderamentos duvidosos capazes de contornar tais agressões.

5.4 O corpo ideal

Como já estabeleci anteriormente, mulheres, minorias étnicas, pessoas em situação de cárcere, de rua e usuários de drogas foram e continuam sendo algumas das categorias sistematicamente subrepresentadas nos estudos científicos sobre HIV e nas intervenções de saúde pública. Enquanto os primeiros foram quase que imediatamente identificados como vítimas da AIDS, as mulheres tiveram a presença estabelecida apenas depois de muito tempo e esforços, e mesmo depois disso se encontraram desamparadas no que concernia ao seu direito de acessar novas tecnologias em decorrência de certas “especificidades” de seus corpos. Esta não foi a primeira e não seria a última vez que a diferença do corpo feminino seria evocada para negar às mulheres acesso a tecnologias e recursos com potencial de salvar

vidas⁶⁵.

Em contraste, o ativismo gay soube usar de maneira muito eficaz o imaginário para lhes garantir maior poder de intervenção e negociação na crise da AIDS no que dizia respeito à obtenção de capital material e político para solucionar a crise de saúde. Isso não significa dizer que o movimento gay estava disposto a aceitar o estigma de ser notado enquanto “doente” – postura sempre profundamente criticada –, mas que eles presumiram que seria estratégico assumir o lugar de população mais afetada pela epidemia com todas as consequências que isso acarretaria. Este modelo de ação se alinhou com dois fatos que, para mim, são fundamentais para o entendimento dos motivos pelos quais outras populações foram negligenciadas nestes esforços de contenção da epidemia: 1) o fato de que a biomedicina e outras instâncias haviam construído a síndrome desde o início enquanto moléstia homossexual; 2) o fato de que outras populações afetadas estavam dentro de registros de opressão de sexo, classe e cor nos quais boa parte dos homossexuais envolvidos com o ativismo não estava incluída.

A discrepância entre o movimento gay e o movimento de mulheres ou o movimento negro em relação à AIDS fica muito evidente quando analisamos um dos marcos mais importantes da história canônica da epidemia: o desenvolvimento e implementação da Zidovudina/AZT, o primeiro fármaco usado no tratamento da síndrome. Por motivos que só podem ser compreendidos olhando para o passado e os históricos dessas outras populações minoritárias, os interesses e estratégias de mulheres e minorias étnicas seguiram – e precisaram seguir – outras direções.

Para discutir a importância da Zidovudina enquanto evento que remodela significativamente aspectos do discurso biomédico sobre AIDS é preciso antes explicitar que desde a década de 1950 a avaliação da segurança de novos medicamentos, o ECR, é obrigatória para que a *Food and Drug Administration* (FDA) aprove a comercialização de qualquer novo fármaco ou tratamento em território norte-americano. Em sua forma ideal, este teste é composto de um estudo chamado “duplo cego”, no qual se compara o uso de dois medicamentos – ou de um

⁶⁵ Por outro lado, essas mesmas especificidades também podem garantir sua entrada em determinadas experimentações sobre tecnologias. Como, por exemplo, no caso da pílula anticoncepcional que segue sem ter um equivalente masculino. Também há o exemplo do do ativismo de mulheres pró-drogas para disfunção sexual feminina, onde se reivindica o direito a esse tipo de medicamento – o que mostra bem a complexidade e ambiguidade da medicalização, como norma e como direito.

medicamento e um placebo –, e nem os pacientes, nem os médicos sabem o que estão utilizando. Dessa estrutura podemos deduzir que, ao mesmo tempo em que aparece como uma forma de medição extremamente objetiva, o Ensaio Clínico Randomizado reconhece que médicos e pacientes têm dificuldades em discernir o efeito de medicamentos e de placebos. Isso se dá, em parte, porque estes testes foram imaginados como prática para comparar a eficácia de dois tratamentos – o que raramente acontece uma vez que não há interesse das companhias farmacêuticas de apostar em análises do tipo “o vencedor leva tudo”, e comparar medicamentos entre si certamente levaria ao fracasso de vendas daquele que fosse considerado menos eficaz (DUMIT, 2012).

Dumit analisa extensamente como se dão os processos desses testes desde seu desenho inicial até a aprovação de um novo fármaco (2012), e se aproxima de Epstein quando este diz que, para atender às diretrizes governamentais e políticas de inclusão, as companhias não precisam apenas recrutar corpos para seus testes – mas, sim, recrutar o composto certo de corpos (EPSTEIN, 2007). Epstein chama a emergência deste padrão de “recrutamentologia” – um método que opera diretamente com categorias de confiança e suspeita entre os atores envolvidos, e que acaba privilegiando pacientes tidos como menos prováveis de desenvolver reações adversas ao fármaco testado em detrimento daqueles que se encontram com a saúde mais fragilizada, e que, em termos práticos, precisariam mais deste acesso.

Enquanto Epstein nos lembra que o recrutamento de sujeitos de pesquisa é essencial tanto em contextos comerciais, como acadêmicos – uma vez que os cientistas não podem realizar qualquer experimento a não ser que convençam os seres humanos “apropriados” a se tornar material de pesquisa, oferecendo seus corpos para manipulação e escrutínio –, Dumit (2012) destaca a violência estrutural que decorre deste tipo de teste clínico quando as empresas que financiam as avaliações passam a ter completo poder de decisão sobre quais perguntas devem ser feitas, qual definição de doença será analisada, bem como quais enfermidades que devem ser priorizadas.

Ambos os autores, no entanto, concordam que o objetivo primordial da indústria farmacêutica com os ECRs é bastante explícito: maximizar o mercado para a droga testada (EPSTEIN, 2007; DUMIT, 2012). É preciso, desde modo, que as companhias tenham certeza de que os pacientes (ou seus planos de saúde) poderão

comprar os medicamentos avaliados uma vez que estes cheguem ao mercado. Esse é um dos principais fatores que levam a um total desinteresse na pesquisa de fármacos voltados para o tratamento de doenças exclusivas de países ou populações economicamente desfavorecidas. Tal apontamento é de extrema relevância porque as infecções oportunistas a que pessoas em estágios avançados de AIDS estão sujeitas não estão igualmente distribuídas pelo mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, os dois tipos de infecção mais comuns no início da década de 1980 eram PCP e KS (hoje, a candidíase ocupa a segunda posição e a primeira permanece a mesma). Na Europa ocidental, por outro lado, os linfomas foram, por muito tempo, o tipo de infecção mais comum (EPSTEIN, 1996). Na África subsaariana, a tuberculose é a principal infecção e causa de mortalidade de pessoas soropositivas, assim como no Brasil e no resto mundo (SANTOS & BONAFÉ, 2013).

Em termos econômicos, as drogas para o tratamento de portadores de HIV eram potencialmente atraentes para as companhias farmacêuticas. Isso porque, na ausência de uma cura definitiva, era garantido que o paciente consumiria o medicamento até o fim de sua vida. O desafio estava em garantir que esta vida seria estendida para muito além da média de sobrevivência de oito meses das vítimas diagnosticadas nos primeiros anos da epidemia. Mas o ECR foi concebido de maneira que se tornou virtualmente impossível garantir a segurança de um novo medicamento e disponibilizá-lo de maneira rápida simultaneamente.

Segundo David Rothman e Harold Edgar (apud EPSTEIN, 1996, p.227), até a emergência da epidemia da AIDS, a maior parte das pesquisas sobre novos fármacos e ECRs não envolvia pacientes enfermos de maneira tão aguda ou sujeitos dispostos a assumir riscos tão grandes pela mínima possibilidade de ganho. Deste modo, quando o vírus HIV foi descoberto, muitos pesquisadores imediatamente se preocuparam com um possível conflito de interesses entre os pacientes que viam os testes clínicos como um meio de acesso a medicações e estudiosos comprometidos com a pesquisa sobre os efeitos colaterais das mesmas. O principal argumento neste sentido era o de que o acesso irrestrito a drogas experimentais prejudicaria a condução de avaliações clínicas, pois, se o acesso fosse facilitado, ninguém participaria voluntariamente dos Ensaio Randomizados. Segundo Epstein, “em efeito, a capacidade de conduzir testes clínicos pressupunha coerção através do controle sobre a distribuição das drogas” (1996, p.227).

Diante da perspectiva de pacientes que não tinham nada a perder, e que

estavam mais que dispostos a servir de cobaias para novos medicamentos, a ideia dos testes aleatórios baseados em comparações com grupos de controle parecia, de algum modo, perversa. O AZT era uma substância já bem conhecida por biomédicos e pela indústria farmacêutica na década de 80. Em 1964, esse composto havia sido sintetizado junto a outros similares e submetido a ECRs como possível tratamento para câncer, mas não fora aprovado devido à sua alta toxicidade. Ao final de 1984, no entanto, Martha St. Clair, Janet Rideout e suas respectivas equipes – ambas trabalhando na companhia farmacêutica anglo-americana Burroughs-Wellcome (que eventualmente passou a pertencer à GSK) – levantaram a hipótese de que o AZT poderia ser um elemento chave no tratamento da infecção por HIV. Em 1985 havia 10000 pacientes reconhecidamente infectados no mundo, e eles aguardavam ansiosamente por um tratamento para sua condição – muitos deles eram medicados para IOs específicas, mas não havia qualquer terapia para a destruição do sistema imunológico promovida pela síndrome. Ainda assim, até que a companhia levantasse dados suficientes para submeter o fármaco para avaliação do FDA, dois anos teriam se passado (YARCHOAN, 2012, p. 3-4).

Quando os testes com o AZT foram autorizados em território norte-americano em 1987, dois grandes grupos foram submetidos ao tratamento – o Protocolo 016 foi designado para estudar o efeito do AZT em pacientes com sintomas moderados; o Protocolo 019, em pacientes assintomáticos. Testes idênticos estavam sendo promovidos na Inglaterra, onde a sede da Burroughs-Wellcome estava estabelecida. O grupo de controle em ambos os casos era formado por pacientes recebendo placebo, e não demorou para que aparecessem críticos apontando que esses indivíduos estavam sendo sentenciados à morte pelos protocolos de pesquisa existentes (EPSTEIN, 2007).

Depois que o fármaco foi finalmente aprovado havia a esperança de que ele viesse a ser uma espécie de “droga de transição” que logo seria substituída por uma medicação com menos efeitos colaterais. No entanto, ainda que se soubesse que a Zidovudina era um fármaco com resultados medíocres quando comparada a medicamentos para outras doenças, ela era a única opção com credibilidade estabelecida. Com todo este contexto em vista, a FDA passou a ser vista pelos ativistas como um empecilho para a obtenção de remédios ao invés de ser entendida como um regulador da segurança e um canal facilitador do acesso dos pacientes a novas medicações. Isso levou os infectados a desistir de aguardar a

aprovação de medicamentos pelos meios burocráticos tradicionais, e a pensar em alternativas para projetar seus próprios testes e laboratórios reivindicando espaços historicamente vinculados à legitimidade da ciência hegemônica.

O desafio consistia em encontrar um ponto em que as necessidades em curto prazo dos pacientes e os objetivos em longo prazo da ciência médica se encontravam – um dilema que permanece sem resolução. Epstein explica que era cada vez mais difícil “para pessoas com AIDS ou HIV ocupar o papel duplo de 'paciente' e 'sujeito de pesquisa'. A ideia de que estes papéis distintos se alinhariam sem tensão nunca foi mais que uma ficção conveniente” (EPSTEIN, 1996, p.215).

Mas esta estava longe de ser a única ficção conveniente envolvendo a história da aprovação do AZT. Embora o ACT UP tenha sido uma peça-chave extremamente eficaz em garantir o acesso de homens gays aos testes clínicos e posteriormente ao medicamento – especialmente quando considerado o cenário político profundamente conservador no qual estava atuando –, ele não teve tanto sucesso em negociar a entrada das mulheres nestas pesquisas ou garantir seu acesso aos fármacos. Esta restrição explícita não era, evidentemente, o resultado de um enviesamento perverso das instituições responsáveis pela gestão da crise e da saúde pública – ela foi o resultado de um histórico de fracassos e opções éticas duvidosas de parte da ciência no que diz respeito ao corpo feminino.

5.5 Inclusão e diferença na biomedicina⁶⁶

Uma das principais noções de *diferença sexual* operacionalizada pelo discurso biomédico na atualidade se refere à maior susceptibilidade das mulheres à infecção pelo vírus HIV. O interesse em pesquisar essa questão começou tão logo a presença de corpos femininos começou a ser notada na epidemia, com uma intensificação das pesquisas desse tipo a partir da década de 90 em decorrência do que eram considerados padrões epidemiológicos “incomuns” de distribuição da doença nos países em desenvolvimento. Essa questão é bastante enfatizada na literatura médica, inclusive, como já demonstrado, para justificar a feminização da doença:

⁶⁶ Verificar Anexo III

O padrão de doença precoce entre as mulheres difere substancialmente da dos homens, embora ambos os sexos pareçam progredir para AIDS a taxas similares. Por exemplo, as mulheres geralmente apresentam episódios recorrentes de candidíase vaginal e doença inflamatória pélvica. A sua frequência de infecção pelo papilomavírus humano e lesão escamosa intraepitelial aumenta, enquanto sua incidência de leucoplasia é reduzida. **Esses primeiros indicadores de doença são muitas vezes perdidos, o que pode explicar em parte por que as mulheres infectadas pelo HIV são um terço mais propensas que os homens infectados pelo HIV a morrer sem o diagnóstico de uma doença definidora da AIDS** (HORTON, 1993, p.531)

Intervenções que reduzem o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível como gonorreia ou clamídia também podem prevenir infecção por HIV. O contato heterossexual é a principal causa de AIDS em mulheres e **pessoas com outras doenças sexualmente transmissíveis têm um risco de contrair HIV que é de 3 a 50 vezes maior do que o de uma pessoa não infectada**. Este estudo mostra que uma intervenção comportamental relevante baseada em teoria pode reduzir a frequência de infecções por gonorreia e clamídia por no mínimo 12 meses em mulheres de minorias em alto risco." (Idem, p. 99)

[...] Padian e seus colegas descobriram que, **como a parceira receptiva da penetração sexual, mulheres sofrem maior risco do que homens de adquirir HIV**. O estudo documentou que o risco de adquirir HIV a partir de um único ato de penetração é no **mínimo oito vezes maior** de homens para mulheres do que de mulheres para homens. (WINGOOD, 2003, iii68)

Como bem se sabe, mulheres são **fisiologicamente mais suscetíveis a infecção por meio de sexo desprotegido do que homens**. (BRUYN, M. 2006, p.413)

Susser escreveu que a 'transmissão heterossexual', o termo usado com maior frequência na literatura de saúde pública para 'indicar o problema de mulheres contraindo HIV por meio de sexo com homens', pode invisibilizar as diferenças no risco de infecção entre homens e mulheres. Dados epidemiológicos, no entanto, levaram cientistas a reconhecer a **maior susceptibilidade feminina à infecção por HIV por meio de penetração vaginal, e várias explicações biológicas plausíveis foram propostas para explicar essa disparidade**. Mulheres são expostas aos fluídos infecciosos por maior período de tempo durante a penetração sexual do que os homens; elas também enfrentam risco aumentado de feridas nos tecidos durante a penetração. As células que forram a superfície do cérvix também podem ser especialmente suscetíveis à infecção por HIV, e dados recentes sugerem que células vaginais são mais suscetíveis do que se pensava anteriormente. **Mulheres jovens podem sofrer risco ainda maior devido a ectopia, uma condição em que o epitélio colunar (células que ficam na zona de transição do endocérvix) se estende até a face do cérvix**. Ectopia cervical foi associada a um risco maior de infecção por HIV, possivelmente porque facilita maior exposição das células alvo a traumas e patógenos na vagina. Mulheres também podem ter vaginose bacteriana e têm maior probabilidade do que homens de ter infecções sexualmente transmissíveis não tratadas, dois fatores que tornam mais provável a aquisição de HIV. **A vaginose bacteriana também pode mediar uma**

associação entre práticas intravaginais (por exemplo, colocar ervas ou outras substâncias dentro ou na vagina) e maior susceptibilidade ao HIV. Dois outros fatores possíveis, mas ainda não confirmados que podem contribuir são sexo penetrativo durante a menstruação e contraceptivos hormonais. (HIGGINS, 2010, p. 437)

O risco de transmissão de HIV para mulheres muito jovens pode ser particularmente alto **devido à imaturidade do trato genital**. Também é possível que o risco de transmissão de homens para mulheres no primeiro episódio da penetração sexual para a mulher (perda da virgindade) possa ser muito alto. (PICKNEY, 2016, p.52)

Uma das primeiras noções explícitas de diferença sexual nas narrativas da epidemia, no entanto, surgiram no contexto das pesquisas sobre a Zidovudina e acarretaram reformas políticas e institucionais que transformaram as regras e diretrizes para realização de pesquisas médicas e farmacêuticas no cenário global. A crise do AZT – até então, a única medicação conhecida para tratar a síndrome – tornou essencial responder à demanda pela inclusão de mulheres e minorias raciais e étnicas em testes clínicos e colocaram as políticas de democratização do acesso à saúde no centro das discussões (EPSTEIN, 2007). Mas se, por um lado, o reconhecimento dos vários aspectos em que a epidemia feminina de HIV é idiossincrática é essencial para que esta seja controlada, como Epstein sugere, o paradigma da diferença é repleto de áreas cinzentas e essencializações prejudiciais às minorias que pretende incluir. As maneiras como essas estruturas operam podem ser claramente observadas na história da inclusão de mulheres em ensaios clínicos que recuperarei adiante.

Epstein tem pesquisado esse movimento de transformação na representação de minorias nos últimos anos mantendo sempre em mente a questão de como a diversidade dos seres humanos tem aparecido em alguns discursos enquanto uma diferença essencialmente inscrita nos corpos, na natureza, no código genético. Segundo o autor, um novo paradigma biomédico centralizado nas palavras-chave “inclusão” e “diferença” ganhou força entre reformistas nos anos 90 a partir de um desconforto com algumas generalizações incautas promovidas por pesquisas científicas – generalizações que implicavam que um ser humano (geralmente homem e caucasiano) podia ser tomado como padrão de medida e comparação para outros grupos sexuais e étnicos (EPSTEIN, 2007). Mas Epstein destaca que seria um erro imaginar que políticas de inclusão poderiam levar à produção de ciências médicas livres da standardização. A conduta da ciência, afinal, é “crucialmente

dependente da disponibilidade de instrumentos, testes e protocolos padronizados, e a conduta da governança é impossível sem formulários, procedimentos e medidas padronizadas” (EPSTEIN, 2007, cap.1, p.27). Sendo assim, em vez de se afastar radicalmente do modelo do “humano médio”, o novo paradigma da inclusão e da diferença seria fundamentalmente regido pela lógica categorial e por generalizações de vários tipos, incluindo novas maneiras de padronizar os seres humanos – mais ainda, ele teria dado lugar ao que ao autor chama de “padronização de nicho”: uma maneira de transformar populações humanas em objetos uniformizados disponíveis para escrutínio científico, gerência, política, publicidade, ou outros propósitos que renegam o universalismo e o individualismo, mas que estandardizam ao nível do grupo social.

O autor conclui que a incorporação do estudo das diferenças entre os sexos, raças e etnias – com toda a história e todos os simbolismos que tais categorias carregam – tem implicações expressivas, porque ela reforça e pressupõe a significância biomédica destas categorias. O novo modelo não apenas dá sentido a estes grupos ao atestar sua relevância científica, mas também dá lugar a generalizações que podem ocultar similitudes entre indivíduos tidos como muito distintos ao nível da biologia. Esta questão chama atenção para outro ponto importante do argumento de Epstein ao longo do livro: o descaso com as diferenças que costumam ser interpretadas como “meramente socioculturais”. Se pensarmos, por exemplo, em como a experiência de classe (especialmente em suas intersecções com marcadores de raça e de sexo) pode afetar expressivamente uma resposta fisiológica a determinado medicamento ou terapia – por conta de fatores como diferenças de nutrição, a natureza do trabalho realizado pelos indivíduos e as horas diárias de descanso de que podem se valer – torna-se difícil compreender o desinteresse biomédico por estas distinções.

Epstein também questiona repetidamente se o foco na diferença incorporada deste novo paradigma sociocientífico realmente tem impacto sobre a eliminação das disparidades experimentadas pelos pacientes em uma sociedade biomédica. Para o autor, a resposta definitivamente é negativa. Há ainda a agravante possibilidade de que esta perspectiva encoraje a concepção de que o estudo da biologia da raça e do sexo é o caminho para a eliminação de desigualdades na arena da saúde. Ele continua:

Se nós estamos, de fato, assistindo ao repúdio da chamada “medicina do tamanho único” em favor das especificidades dos grupos, então, essa mudança é aparente não apenas no domínio das ideias. Ela está ancorada em mudanças institucionais, novas políticas, diretrizes, leis, procedimentos, departamentos burocráticos, e mecanismos de vigilância e reforço – que são o produto de ação coletiva. Estas mudanças importam para aqueles que realizam pesquisas em humanos: os pesquisadores são obrigados a alterar suas práticas para satisfazer novas exigências se desejam receber financiamento, e o mesmo vale para as companhias farmacêuticas, se elas desejam colocar seu produto no mercado. Mas estas mudanças também afetam outros setores: elas afetam qualquer pessoa que, agora ou no futuro, precise assumir o status de “paciente”. Mais difusamente, mas de maneira igualmente relevante, elas têm importância porque alteram a compreensão social sobre o que são fundamentalmente características como raça e gênero. (EPSTEIN, 2007, p.11, Introdução)

Destaco e retomo, então, algumas das conjecturas e proposições teóricas de Epstein que serão fundamentais para a análise que se segue: 1) a instituição de um novo paradigma biomédico no qual inclusão e diferença são termos centrais; 2) a padronização de nicho das populações humanas como recurso de gestão e escrutínio de grupos de pessoas enquanto objetos de pesquisa; 3) a extensão e impacto da negligência das categorias entendidas como estritamente sociais nas pesquisas médico-científicas; 4) a ênfase da biomedicina contemporânea na noção de diferenças incorporadas e o impacto destas sobre as concepções culturais de raça, gênero e etnia.

5.6 O corpo neutro

Em um artigo publicado no NEJM em 2002, Talmade E. King Jr oferece *insights* importantes de seu trabalho como clínico acerca do problema das discrepâncias raciais e da inclusão de minorias em geral no que concerniu os estudos farmacêuticos sobre HIV/AIDS até aquele período. O médico destaca o tropo do "mal sujeito de pesquisa" chamando atenção para o fato de que, mesmo que este seja verdadeiro, raramente são consideradas as razões socioculturais que impedem algumas populações de aderir a um fármaco:

Por que os grupos minoritários estão sub-representados em ensaios clínicos de tratamentos da infecção pelo HIV? Existem barreiras nos níveis do paciente, do médico, da instituição e da comunidade. Embora uma discussão completa dessas barreiras esteja além do escopo deste artigo,

vários pontos principais podem ser feitos. **Crenças, comportamentos, atitudes, percepções e expectativas influenciam pacientes e médicos. Além disso, esses fatores podem afetar a relação paciente-médico de forma que nenhuma das partes percebe conscientemente. Os médicos precisam reconhecer e aceitar o fato de que, apesar do desejo de visualizar cada paciente de forma objetiva e basear a tomada de decisão em informações biomédicas sobre esse paciente, muitas vezes é impossível atingir esse objetivo.** Dados sugerem que os prestadores de cuidados de saúde, como o resto da sociedade, possuem atitudes prejudiciais (preconceitos ou estereótipos) em relação a grupos minoritários - particularmente os negros." (KING Jr., 2002, p.1401)

As empresas farmacêuticas, como parte de seus esforços para obter aprovação de licenciamento, realizam a maioria dos testes de medicamentos anti-HIV. Consequentemente, **os pesquisadores evitam deliberadamente o recrutamento de populações marginalizadas** (como membros de grupos minoritários, dependentes tóxicos ou pessoas sem-teto) para ensaios clínicos, pois acreditam que o mau cumprimento das regras é comum nesses grupos. Muitos obstáculos à participação de tais pacientes (por exemplo, falta de lar, falta de transporte, renda limitada, falta de assistência infantil e uso ativo de drogas) **são provavelmente superáveis** (...)

Finalmente, os investigadores têm uma visão restrita do tipo de pessoa que faz um bom participante em um estudo clínico relacionado ao HIV: **um homem homossexual branco, formado na faculdade, empregado, com uma casa, homossexual.** (Idem, p.1402)

Na transição da primeira para a segunda década da epidemia, críticas como essa começaram a ficar mais intensas com os efeitos das diferenças entre corpos e populações sendo evidenciado pelos testes com a Zidovudina. Além disso, começava a germinar a ideia de que a incidência do vírus estava crescendo entre mulheres, embora o sistema de pensamento ainda tivesse majoritariamente fechado em torno da população homossexual. As críticas à negligência com que mulheres e minorias raciais estavam sendo tratados partiu principalmente de clínicos, que presenciavam em primeira mão a suposta mudança na direção da epidemia, e de organizações feministas que se mobilizavam principalmente em torno do ACT UP. A breve nota publicada no New York Times representa bem a emergência desse clamor por mudanças:

"Visão preconceituosa em estudos sobre a AIDS" (artigo de notícias, 18 de dezembro) relata uma acusação por parte de um grupo comunitário de que os ensaios clínicos financiados pelo governo federal em Nova York podem estar negando a medicação potencialmente útil (AZT) a membros de grupos minoritários, mulheres e crianças, particularmente aquelas vistas no sistema hospitalar municipal.

Em contrapartida, os negros e os hispânicos são 69% dos 159 pacientes

matriculados no grupo de ensaios clínicos patrocinados pela Associação de Medicina Albert Einstein e National Institutes of Health, com os quais estamos associados, no Bronx Municipal, Montefiore, North Central Bronx e Hospitais de Weiler.

Além disso, 45% desses pacientes são mulheres, incluindo parceiras heterossexuais de usuários de drogas intravenosas. Menos de um terço dos nossos pacientes são homens brancos que contraíram a síndrome da imunodeficiência adquirida através da atividade homossexual. Em estudos separados, tratamos crianças com AIDS, todas pobres e 96% pertencentes a minorias.

Esperamos conseguir a ajuda da Act Up e outros grupos voltados para a AIDS para matricular mais pacientes nesses estudos. RUY SOEIRO, NEAL STEIGBIGEL ARYE RUBINSTEIN Bronx, 29 de dezembro de 1988 ⁶⁷

Como Epstein (2007) sugere, estas concepções emergentes sobre os significados e a importância das diferenças entre os seres humanos transformaram expressivamente a prática e pesquisa médica contemporâneas. Estas reformas colocaram a identidade de grupo e a diferença no centro da arena biomédica assumindo, frequentemente, a forma de políticas e diretrizes sobre quem é estudado, e como é estudado. Grupos diversos de reformistas se opuseram ao paradigma homogeneizante e exclusivo que a biomedicina parecia ter assumido até ali. A abordagem alternativa em emergência – aparentemente mais inclusiva e focada nas variações entre os grupos – encontrou apoiadores nos mais diversos setores da sociedade, gerando coalizões efetivas entre ativistas, movimentos sociais, médicos, pesquisadores e políticos.

Há uma longa tradição de estudos sociais sobre ciência e medicina que demonstram que fatores como raça, classe, sexo, gênero, nacionalidade, orientação sexual interferem na experiência dos indivíduos no que diz respeito ao corpo e à saúde. Como diversos autores destacam, o “humano padrão” imaginado pela biomedicina parece ter sido preferencialmente homem, caucasiano e jovem. Mas Epstein pede para que sejamos cautelosos e recordemos que há outro aspecto desta narrativa que não pode passar sem menção: o fato de que o homem branco não é sempre o sujeito preferencial das pesquisas médicas, e de que há um longo histórico de abuso da biomedicina relativa ao uso de minorias vulneráveis como sujeitos de teste.

Um corpo que é repetidamente representado a partir de uma série de

⁶⁷ DISCRIMINATION DENIED IN AIDS-DRUG TESTS. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/1989/01/06/opinion/1-discrimination-denied-in-aids-drug-tests-031289.html>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

marcadores enquanto fora da curva de normalidade – que é simbolizada pelo corpo “neutro” do homem branco – pode ser, em contextos específicos, performado enquanto corpo normal. No século XIX, por exemplo, Epstein menciona que o “paciente teste” era frequentemente mulher – seja porque tinham maior probabilidade de visitar um médico, ou porque seus corpos foram historicamente mais patologizados que o dos homens. No mesmo período, corpos de pessoas escravizadas também serviram frequentemente aos propósitos de estudo e escrutínio médicos, como podemos constatar em variados registros documentais de venda de seres humanos (vivos ou mortos) para instituições de pesquisa. (EPSTEIN, 2007). Entre os séculos XVIII e XX, médicos realizaram testes, por fim, em qualquer corpo de que pudessem fazer uso: soldados, prisioneiros, órfãos, prostitutas – e não havia nada de específico sobre esses corpos além de sua disponibilidade. O que é paradoxal é que, para validar estes experimentos, pesquisadores se encontravam com frequência tendo que justificar a semelhança entre os corpos analisados e aqueles “socialmente relevantes” (EPSTEIN, 2007).

Foi apenas a partir da década de 1950, com o aparecimento do Ensaio Clínico Randomizado, com a institucionalização das práticas estatísticas pela medicina e com o estabelecimento da epidemiologia, que o homem caucasiano passou a aparecer como sujeito recorrente de pesquisa, e apenas em testes considerados de baixo risco (DUMIT, 2012). O advento de novas tecnologias de mensuração e mapeamento foram fundamentais para a transformação das práticas clínicas, porque possibilitaram novas maneiras de descrever, objetificar e generalizar as doenças.

Epstein aponta para a relação entre o abuso de determinadas populações e sua posterior subrepresentação em testes clínicos – argumento que os reformistas apontam enquanto um “falso protecionismo” do Estado, uma vez que: 1) não evitou que minorias fossem exploradas dentro e fora do território norte-americano em todas as épocas; 2) acabou por restringir o acesso dessas minorias a drogas experimentais que poderiam ter evitado um grande número de fatalidades. O modelo do ser humano médio, por conseguinte, parece bastante mais complexo do que interpretamos por vezes – diferença e similitude, afinal, são categorias relacionais que estão a todo o momento em disputa e negociação. A mesma ciência novecentista que, afinal, insistiu enfaticamente nas diferenças raciais e sexuais, saiu em defesa, em dados momentos, de uma proximidade suficientemente relevante entre caucasianos e não-caucasianos e entre homens e mulheres no que dizia

respeito ao uso destas minorias enquanto sujeitos de pesquisa.

Tal generalização mostrou-se particularmente conveniente depois do trágico episódio envolvendo a substância Talidomida – um sedativo criado pela empresa alemã *Chemie Grünenthal* e prescrito em larga escala para mulheres europeias até o final da década de 1950. Além de ser publicizada como um sedativo completamente seguro, a Talidomida também era utilizada em mulheres grávidas para enjoos matinais e chegou a ser quase tão popular quanto aspirina⁶⁸. Tudo mudou em 1961, quando o medicamento foi associado com o nascimento de milhares de bebês com má formação, muitos dos quais não passaram da primeira infância:

Ninguém sabe quantos abortos espontâneos a droga causou, mas estima-se que, apenas na Alemanha, 10 000 bebês nasceram afetados pela talidomida. Muitos estavam muito doentes para sobreviver por muito tempo.

Hoje, menos de 3.000 ainda estão vivos. Na Grã-Bretanha, são cerca de 470. Entre os quase 50 países afetados estão o Japão (aproximadamente 300 sobreviventes), o Canadá e a Suécia (mais de 100) e a Austrália (45). O governo da Espanha recentemente reconheceu que a droga já foi distribuída lá. Ninguém sabe quantos sobreviventes espanhóis existem. Poderiam ser centenas.⁶⁹

No Brasil, em uma decisão extremamente controversa, a droga foi amplamente usada para o tratamento de hanseníase, mesmo depois de ter sido proibida no país na década de 1960. O remédio permaneceu sendo comercializado de maneira ilegal por aproximadamente trinta anos, mas o uso e venda foram regulamentados pela ANVISA na década de 1990 e hoje a medicação é distribuída na rede pública de saúde⁷⁰. A dimensão do número de mulheres afetadas pelo fármaco em território nacional é desconhecida, mas evidentemente os números são muito maiores do que nos países onde seu uso foi proibido há quase sessenta anos.

Nos Estados Unidos, por outro lado, a droga jamais foi aprovada pelo FDA, mas o caso teve consequências para mulheres no mundo inteiro: em 1962 os eventos lamentáveis na Europa levaram o congresso estadunidense a aprovar a emenda Kefauver-Harris Amendment que exigia mudanças nos testes clínicos e aumentava a autoridade do FDA; em 1975 a *National Commission for the Protection*

⁶⁸ THE DEATH AND AFTERLIFE OF THALIDOMIDE. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2013/09/23/booming/the-death-and-afterlife-of-thalidomide.html>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

⁶⁹ WHAT'S HAPPENED TO THALIDOMIDE BABIES? Disponível em: <<http://www.bbc.com/news/magazine-15536544>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

⁷⁰ TALIDOMIDA. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/talidomida>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

of Human Subjects and Biomedical and Behavioral Research aprovou uma regra definindo mulheres grávidas como população vulnerável; em 1977 uma diretriz da FDA praticamente proibiu mulheres com “potencial reprodutivo” (em termos efetivos, em idade fértil) de participar de fases iniciais de testes clínicos, exceto para doenças potencialmente fatais; finalmente, em 1985 um relatório da força-tarefa *U.S. Public Health Service Task Force on Women’s Health* concluiu que pesquisas com mulheres devem ser enfatizadas para doenças que afetam exclusiva ou majoritariamente mulheres (LIU e MAGER, 2016).

O temor de outro escândalo como o da Talidomida e dos possíveis efeitos colaterais do uso de medicamentos na reprodução das mulheres selou o destino de muitas mulheres quando a epidemia da AIDS emergiu. A série de decisões mencionadas acima estabeleceu definitivamente que as diferenças sexuais exigiam diferentes abordagens biomédicas, mas também criou o cenário que posteriormente dificultariam o acesso das mulheres às pesquisas e testes clínicos para fármacos usados no tratamento de HIV; afinal, apesar do número assustadoramente crescente de mulheres infectadas, a síndrome estava longe de ser percebida como uma questão de saúde majoritariamente feminina, quase todas as mulheres infectadas estavam em idade reprodutiva e mulheres grávidas eram percebidas como especialmente vulneráveis.

Sendo assim, as disputas acirradas travadas a partir da década de 1990 na arena biomédica para a inclusão de mulheres e minorias nas pesquisas e testes clínicos culminaram no que Epstein chama de paradigma da inclusão e diferença; mas, ao mesmo tempo em que finalmente se reconhecia a existência de diferenças fundamentais entre sujeitos de pesquisa, não parecia haver soluções viáveis para lidar com a distinção sexual:

Os problemas éticos e clínicos associados à inclusão de mulheres e membros de grupos minoritários em pesquisas clínicas são complicados. Pois embora uma ética sólida frequentemente exija que oportunidades iguais sejam dadas a todas as pessoas independente de gênero, raça ou origem étnica, para participar em pesquisas clínicas uma ética sólida também exige – ou ao menos permite – a exclusão de mulheres, em casos raros, destes estudos. (Eu não posso imaginar nenhuma razão ética para excluir membros de grupos minoritários destas ocasiões, **a não ser que tais membros sejam mulheres**). (MCCARTHY, C.R., 1994, p.695)

Mesmo com tantos impedimentos e diante de um cenário pouco favorável, a transmissão vertical era uma das modalidades de transmissão que mais crescia nos

Estados Unidos, de modo que, quatro anos depois da aprovação da Zidovudina nos EUA pelo FDA, um estudo foi projetado para testar o fármaco em mulheres grávidas. Depois de vários pesquisadores sugerirem que havia razão para acreditar que a substância poderia prevenir a transmissão de mãe para filho e aproveitando as pequenas conquistas dos movimentos que advogavam em prol da inclusão de mulheres nas pesquisas médicas, o protocolo ACTG 076 foi criado em 1991 (NIH, 1994). Algumas particularidades favoreceram a aprovação deste estudo e precisam portanto, ser consideradas: ainda que houvesse a possibilidade de que Zidovudina pudesse prejudicar de algum modo a saúde dos recém-nascidos, a chance de sobrevivência para bebês que nasciam com o vírus e não recebiam tratamento era praticamente inexistente; havia um recorte de classe explícito, uma vez que a maioria de mulheres grávidas infectadas pertencia a minorias raciais ou era usuária ou parceira sexual de usuários de drogas intravenosas. Mas, ainda que estas populações estivessem mais sujeitas à intervenção médica, as rígidas diretrizes de pesquisa com mulheres grávidas ainda eram um empecilho a vários aspectos da pesquisa que as companhias farmacêuticas desejavam investigar. Felizmente para o capitalismo biomédico, sempre existiria grupos de pessoas cujas vidas eram menos estimadas para que essas investigações pudessem ser realizadas.

5.7 O peso dos corpos

Em 1985, o virologista William Haseltine – que advogava contra a ideia de que a AIDS era uma “doença gay” – foi chamado ao Congresso para comentar o caso de alguns militares que foram infectados por prostitutas na Alemanha enquanto serviam: “Esses (militares) não são homossexuais. Eles não são usuários de drogas. Eles são jovens normais que visitaram prostitutas. Metade das prostitutas estão contaminadas e eles também estão infectados agora” (apud TREICHLER, 1999, cap.2, p.44). É possível perceber por meio desta fala o que a literatura feminista estabeleceu faz tempo: o corpo masculino heterossexual raramente é lido – ao contrário de suas contrapartes – como ontologicamente doente.

É essa atenção que precisamos dar à ideia do corpo neutro: não que esse é padrão conforme o objeto de exploração preferido pela ciência mas, sim, que ele é concebido culturalmente como o único corpo livre de marcadores de diferença e,

portanto, como ideal. Nesse sentido, Epstein e M'Charek são muito bem-sucedidos em demonstrar como raça, sexo, gênero, classe, sexualidade aparecem no discurso médico, por vezes, como irrelevantes, e por vezes como extremamente problemáticos. O fato de que o corpo não-caucasiano esteve historicamente mais sujeito à intervenção, a testes e mesmo à violação nos comunica igualmente que esses marcadores de diferença estão sendo materializados de maneiras muito diversas mesmo dentro da esfera conformada pela ciência. Desse modo, ao mesmo tempo em que temos um “novo paradigma” centrado em um movimento global de reconhecimento da diferença e um chamado por inclusão e celebração da diversidade, temos movimentos de estereotipização desses mesmos marcadores a partir de certos padrões e convenções biomédicos. M'Charek explica como a diversidade se tornou uma ferramenta de gestão na atualidade apoiada na retórica de que boas instituições e organizações precisam levar em conta e demonstrar a diversidade da sociedade, mas que “estas políticas de representação frequentemente exigem que o 'outro' venha em uma versão única. Esse outro está ali para representar, falar por, e, de fato, corporificar um grupo objetificado” (2010, p.5).

Essa colocação vai direto ao encontro das críticas de Epstein ao paradigma da inclusão-e-diferença – ou melhor, não ao paradigma, mas ao discurso de que tal virada biomédica ofereceria os recursos intelectuais adequados para desafiar percepções essencialistas. Reformistas que promoveram a inclusão apontaram sim para as desigualdades sociais como parte da justificção para uma mudança nas práticas de pesquisa biomédicas, mas o fizeram, segundo o autor, sem analisar mais profundamente as disposições complexas das condições que geram essas disparidades. Em vez disso, eles caíram em uma concepção de “diferença” compatível com a moldura das distinções biológicas.

De acordo com o discurso médico hegemônico, homens e mulheres são diferentes: seus cromossomos, sua habilidade reprodutiva, sua fisiologia, hormônios, peso, massa muscular, gordura, enzimas, proteínas – tenho certeza que a lista poderia continuar até quase o nível atômico se alguém se dedicar o suficiente. Uma vez que os sexos são tão diferentes entre si, mas tão coerentes em sua biologia, podemos presumir que um homem é suficientemente igual a outros homens e que mulheres são suficientemente iguais a outras mulheres a ponto de podermos fazer algumas generalizações seguras sobre ambos – mas apenas quando esta narrativa

convém.

A história que tanto M'charek como Epstein nos contam se refere a como diferença e igualdade são performadas pela ciência de maneiras variadas de acordo com interesses específicos. Como tentei argumentar até aqui, a diferença entre corpos e populações é o cadáver do cachorro que permanece orbitando a epidemia HIV/AIDS. A história da aprovação da Zidovudina é emblemática nesse sentido, mas está longe de ser o único evento que explicita os efeitos deste paradigma.

Retornemos ao caso do ACTG 076 um instante. Depois de constatar os benefícios da Zidovudina no tratamento da AIDS neonatal, o CDC e o NIH, em parceria com a OMS e o UNAIDS, desenvolveram mais dezesseis ensaios clínicos baseados no protocolo 076 – dos quais todos seriam realizados em países em desenvolvimento – para averiguar efeitos colaterais a longo prazo, se a transmissão também era evitada utilizando doses menores, e para verificar a real eficácia do tratamento tendo grupos de controle fazendo uso de placebo. Em relação a este último, é importante observar que uma das maiores vitórias do ativismo gay em relação aos procedimentos de pesquisa em humanos e testes clínicos foi a abolição de testes duplo-cego em território estadunidense. Por outro lado, o uso de placebos ainda era e continua sendo considerado por muitos como uma das metodologias científicas mais confiáveis e o padrão de excelência no que se refere a ensaios clínicos. A justificção moral para que o protocolo 076 fosse continuado fora dos Estados Unidos é a que se segue:

Os pesquisadores (...) argumentaram que os testes com um grupo de placebo, embora não permitidos nos Estados Unidos, porque eles sujeitariam esse grupo a um risco desnecessário, são moralmente aceitáveis em países não desenvolvidos porque essas populações atualmente não possuem nenhum tratamento eficaz para prevenir a transmissão mãe-bebê do HIV e, portanto, seu risco não é aumentado por estar em um grupo placebo. Em outras palavras, os bebês em um grupo de placebo nos Estados Unidos seriam submetidos a riscos desnecessários porque o protocolo 076 está disponível neste país, **mas os bebês em um grupo de placebo que vivem em países pobres não desenvolvidos não seriam submetidos a riscos desnecessários porque o regime AZT 076 simplesmente não está disponível em seu país.**

Finalmente, os pesquisadores argumentaram que **não estão explorando pessoas que foram colocadas em risco em suas pesquisas, mas que elas provavelmente não se beneficiarão com isso porque seu trabalho é a pesquisa e não alocação de recursos.** Tudo o que eles podem fazer é fornecer às autoridades sanitárias locais bons dados científicos. Se essas autoridades não alocam os recursos para fornecer tratamentos efetivos para suas populações, elas são as que merecem críticas éticas, e não os

pesquisadores que estão fornecendo dados com a esperança de que os líderes políticos os usem sabiamente para ajudar sua população. (DEVETTERE, 2009, 380)

Os problemas éticos não apenas da pesquisa, mas também da justificativa, são bastante graves. Em primeiro lugar, temos duas versões de diferença e similitude sendo mobilizadas: as mulheres de nações em desenvolvimento são como as mulheres do mundo desenvolvido no sentido de que seus corpos podem ser usados com equivalência nos ensaios clínicos. Por outro lado, elas, seus corpos e os de seus filhos são fundamentalmente diferentes e menos valiosos, uma vez que podem ser usados em pesquisas que podem muito realisticamente culminar em sua morte. Raymond J. Devettere recupera os cinco pontos apontados pelos críticos da pesquisa: 1) é antiético utilizar um grupo placebo quando existe um tratamento eficaz disponível; 2) é antiético conduzir ensaios em outro país quando o mesmo não é permitido no país de origem do pesquisador; 3) é antiético conduzir pesquisas em países em desenvolvimento que sabidamente não se beneficiarão destes estudos em decorrência de um sistema de saúde precário, além da ausência de condições básicas de saneamento; 4) é antiético expor bebês a grande perigo (e morte) ao colocá-los em um grupo placebo quando estudos de equivalência proporcionariam respostas similares; 5) é antiético conduzir pesquisas que violam a Declaração de Helsinki e as Diretrizes para Pesquisa Biomédica em Humanos (DEVETTERE, 2009, p.383).

A controvérsia em torno do ACTG 076 foi tão grande que levou a Declaração de Helsinki a ser revista pela OMS enfatizando justamente os dilemas relativos ao uso de práticas e metodologias proibidas nos países desenvolvidos. Na prática, as novas diretrizes não fizeram diferença no modo como tais estudos são conduzidos, o que ficaria claro poucos anos depois em um estudo sobre transmissão heterossexual do HIV realizado em Uganda. A proposta dos pesquisadores era compreender melhor os fatores de risco que impactam a disseminação do vírus entre heterossexuais enfatizando duas questões: se a presença de DSTs facilitava a contaminação do indivíduo, e se cargas virais maiores implicavam em maior risco de transmissão (DEVETTERE, 2009, p.383).

A primeira parte do estudo recrutou milhares de pessoas soronegativas com DSTs assintomáticas – incluindo mulheres grávidas – e as separou em dois grupos:

um que recebeu antibióticos dos pesquisadores, e outro que continuou sem tratamento. O estudo não encontrou diferenças significativas na incidência entre aqueles que trataram as DSTs e aqueles que permaneceram sem medicação. Depois de encerrada, a pesquisa foi publicada no *The Lancet* (WAWER et al,1999).

A segunda parte do estudo recrutou 415 casais sorodiscordantes, optando por não obrigar os parceiros positivos a informar seu status ao cônjuge. Ao final do estudo, 22% dos cônjuges haviam adquirido o vírus. Analisando as condições de seroconversão, algumas informações foram confirmadas ou descobertas: taxas virais altas aumentam o risco de transmissão; nenhum homem circuncidado foi contaminado no período do estudo. Como Devettere bem aponta: Os pesquisadores também conscientemente se recusaram a tratar mais de 400 pessoas HIV-positivas em relacionamentos com parceiros HIV-negativos. Isso coloca as pessoas infectadas em maior risco para o desenvolvimento da AIDS e coloca seus parceiros em risco de infecção pelo HIV.” (DEVETTERE, 2009, p.384).

Parte do estudo também foi publicado pelo NEJM (2000), mas em uma situação peculiar: Marcia Angell, então editora do periódico, abriu a edição posicionando-se contra os procedimentos da mencionada pesquisa e dissertando sobre o que seus pares, como clínicos e pesquisadores, deveriam ter aprendido com violações passadas dos direitos humanos como o famoso caso de Tuskegee e o próprio ACTG 076. Ainda assim, como o artigo foi aprovado pelo conselho de ética da NEJM, ela não estava em posição de impedir a publicação. Saindo em defesa do próprio trabalho, os autores do artigo apontaram que não houve conduta antiética no estudo sobre DSTs porque os participantes poderiam ter recebido os resultados se tivessem pedido por eles e poderiam ter procurado ajuda na rede pública se assim desejassem. Sobre a carga viral, os pesquisadores disseram que revelar o status serológico dos cônjuges dos participantes violaria o direito à privacidade garantido pelo governo ugandense, e insistiram que educaram todos os sujeitos de pesquisa sobre o risco de contaminação, encorajando a abstinência e práticas sexuais seguras (DEVETTERE, 2009, p.384).

Sugerir abstinência para cônjuges é uma prática, na melhor das hipóteses, ingênua. Além disso, a dificuldade de negociação de práticas sexuais seguras para mulheres em relações estáveis já havia sido vastamente explicitada pela literatura médica até aquele momento. Tudo isso, acrescido à informação de que estes sujeitos de pesquisa estavam sendo pagos por sua colaboração com doações de

barras de sabonete, torna difícil sustentar que haveria qualquer justificação ética possível para que tal pesquisa fosse conduzida. A extrema vulnerabilidade desta população continua sendo a única razão para que seus corpos fossem considerados humanos o suficiente para serem testados, mas não para serem cuidados.

Como fica evidente, portanto, a importância e significado das discrepâncias entre corpos masculinos e femininos é um argumento absolutamente central ao discurso médico sobre HIV/AIDS, mas também é extremamente volátil no discurso médico. Essas diferenças são performadas de maneiras diversas, podendo ser diminuídas ou exacerbadas para ir de encontro a projetos e agendas específicas sempre que necessário. Existe uma diferença sexual, no entanto, que jamais é descartada, diminuída ou atenuada e que parece flutuar estagnada na frente da janela da nossa nave. Embora já tenha sido introduzida no presente capítulo, entendo que o aspecto reprodutivo do corpo feminino constitua um tropo inteiramente à parte que, por muitas razões, merece ser analisado dentro de sua retórica específica. A seguir, analisarei em mais detalhes o tropo do corpo reprodutor.

6 O CORPO REPRODUTOR

“Deus, quando você vai criar uma mulher que será completa em si mesma, um ser humano por inteiro, não um apêndice de alguém? ela rezava desesperadamente..”

— Buchi Emecheta, *The Joys of Motherhood*⁷¹

6.1 Notas do campo

Quando desembarquei em São Francisco no dia 22 de maio depois de mais ou menos um dia inteiro de viagem, já era madrugada na cidade e as filas para os guichês de imigração estavam surpreendentemente vazias. Eu já estava nervosa, tenho que admitir. É que, veja bem, eu tenho um desconforto, medo, pânico, verdadeiro horror a andar de avião. Convenhamos, aquilo é uma lata voadora só esperando a primeira oportunidade de cair. Então, quando eu vi a fila vazia, fiquei um pouco mais ansiosa. Explico: na minha cabeça, a ausência de mais pessoas significava que me fariam uma entrevista mais longa e, apesar de eu não ter nenhum motivo para ansiedade – o que, é claro, nunca me impediu antes – comecei a recapitular todos os casos de brasileiros interrogados e detidos em aeroportos do mundo todo.

Eu estava ali para um congresso e algumas entrevistas, parecia um motivo razoável para entrar no país. Eu tinha um doutorado para concluir, vínculo com uma instituição, família em Porto Alegre. Mas a minha irmã morava em São Francisco e era lá que eu ficaria hospedada. Ai, meu Deus, e se achassem que eu queria imigrar só por conta disso? Com pernas que pareciam mais varetas bambas caminhei até o guichê, onde me deparei com o exato imaginário de estadunidense genérico que anos de qualquer ausência de diversidade na mídia haviam me proporcionado: um homem branco, enorme, de olhos azuis.

“Passaporte”, ele pediu, assim mesmo, sem formular uma pergunta ou mesmo uma oração. Entreguei na mão dele meu passaporte vencido, que continha o meu visto, e o novo, que estava dentro da validade. Será que preciso explicar porque o visto e o passaporte estão separados?, perguntei a mim mesma, mais desesperada do que gostaria de admitir. Não, não. Ele devia se deparar com aquilo o tempo todo

⁷¹ EMECHETA, B. *The Joys of Motherhood*. Londres: Allison & Ruby. 1979

– com certeza sabia como funcionava.

O estadunidense genérico começou a inserir alguns dados no computador. “O que você veio fazer aqui?”, perguntou, sem desviar do computador. Expliquei sobre o congresso e minha pesquisa. Dei um tapinha imaginário nas minhas costas por ter um comprovante de inscrição na mochila. Ele não podia me deter com um motivo razoável agora. Certo? Será que o mandato Trump era mesmo o melhor momento para ter feito aquela viagem? E se abrissem minha mala e encontrassem minhas camisetas comunistinhas e gays? Talvez eu devesse ter feito escolhas fashion mais inteligentes. Mas enquanto eu elucubrava sobre todas essas coisas razoáveis, o homem já estava com a mão estendida segurando meus passaportes com a mesma cara de sono e tédio que eu o encontrara. Peguei os documentos e segui em frente. Tá bem. Talvez meu receio tenha sido um pouco desproporcional.

Caminhei uns 50 metros até a área de recuperação de bagagens. As esteiras pretas vazias rodando, rodando, rodando me deixaram imediatamente desinteressada. Então eu olhei para cima e vi dois painéis gigantescos com mensagens que me lembraram imediatamente dos motivos para eu estar ali. Os visores exibiam um aviso com o logotipo do CDC sobre os perigos da Zika. A primeira página mostrava uma mulher gestante seguido dos dizeres: “Grávida? O Zika está relacionado a defeitos de nascença”. O próximo slide dizia “Proteja você e sua família do Zika” e “use camisinhas se for fazer sexo”. As mensagens seguintes enfatizavam o perigo que você corria e a que submetia sua família caso estivesse chegando de países da América Central ou América do Sul ou tivesse estado em algum deles recentemente. Os slides eram exibidos em inglês e depois em espanhol. Uma mulher grávida estampava todos eles. Senti-me muito incomodada pelo tom do aviso, mas especialmente com as implicações de que cabia à mulher a responsabilidade de “proteger a família”.

Lembrei-me de um texto sobre saúde global que havia lido alguns anos atrás que argumentava que tais esforços, longe de serem fruto de um espírito humanista e filantrópico, têm por intenção proteger os países de crises, doenças e males que possam ser trazidos por outras nações aos seus territórios. Em outras palavras, o grande projeto da saúde global não seria promover o bem-estar universal, mas estabelecer quem pode monitorar, controlar, gerir e garantir que a “sujeira” dos outros não passem por sua porta. Para parte do mundo, nós, enquanto latinos e não-brancos, levamos a sujeira, mas para outra parte do mundo, somos nós quem

fechamos a porta.

Mas minha mala finalmente chegou e imediatamente caiu sobre mim o cansaço e tensões acumulados colocando fim aos meus devaneios. Empolgada com a vista e com uma cama para pousar, não pensei mais sobre o assunto. Algumas semanas depois, no entanto, resquícios desse incômodo com a ideia de doença e da obrigação do cuidado retornaram na forma de um sonho no qual eu tinha um filho. Havia algo como óleo sob minha pele formando enormes manchas negras por todo o meu corpo, especialmente perto dos seios, de onde escorria o líquido viscoso, sintético, mecânico. Neste pesadelo o bebê nascia com uma cabeça defeituosa que teria de ser substituída por meio de uma operação por uma cabeça de metal. Eu o odiava pela minha desumanização. Depois da operação seríamos os dois meio máquinas e aquilo era apavorante.

6.2 Reflexões de um corpo-máquina

Acredito que sonhos são uma tentativa curiosa da mente de processar pensamentos, traumas, experiências e, principalmente, ansiedades. Claro, minha visão é informada por definições psicanalíticas com as quais acabamos tendo algum contato afastado por meio da TV e revistas de banca, mas essas ideias acabam compondo largamente nosso imaginário. É muito provável que a maternidade – desejada ou não – seja uma fonte de preocupação para a maioria das mulheres. Uma gravidez, afinal, é um evento definidor que transforma necessariamente o seu corpo, hábitos, ambições, prioridades. Ter uma criatura ganhando forma gradualmente dentro de você até ser levada à força para o mundo externo onde estará diante de todos os tipos de estímulos que o transformarão em sujeito é visto culturalmente como uma experiência edificante, admirável, quase sobrenatural – e certamente isso é verdade para muitas mulheres, mas é inegável que também é assustador.

Meses depois do pesadelo mencionado, deparei-me com um artigo antigo sobre antropologia, literatura e ficção científica que me fez revisitar meu sonho sob outras perspectivas, mais equipada para captar algumas nuances que de outro modo deixaria escapar. Mary Anne Doane diz:

O conceito de “corpo” denotou tradicionalmente o limite material e finito que é absoluto – tanto que a sobreposição dos termos “conceito” e “corpo” parece oximorônica. Pois o corpo é aquilo que está situado como oposto preciso do conceitual, do abstrato. Ele representa a última barreira da especulação ou teorização, o lugar onde o empírico finalmente se faz percebido. Esta noção do corpo como um conjunto de limitações definidas talvez fique mais evidente em face dos desenvolvimentos tecnológicos associados à Revolução Industrial (...) A ficção científica, um gênero específico da era do desenvolvimento tecnológico acelerado, frequentemente contempla um corpo revisto e novo como resultado direto da ciência avançada. E quando a tecnologia intersecta o corpo no reino da apresentação, a questão da diferença sexual é inevitavelmente envolvida. (DOANE, 1990, p.163)

O grande temor que meu inconsciente parecia tentar digerir naquele sonho era precisamente o horror da diferença sexual que desumaniza. A política do corpo, afinal, permeia as teorias que constroem a realidade ideológica dentro da qual o sujeito passa a ser generificado, ocupando um corpo cujas manifestações biológicas e sexuais são codificadas de maneiras específicas (JACOBUS et al., 1990, p.2). Embora não possamos recuperar quando tal processo de diferenciação teve início, sabemos que houve um desenvolvimento acentuado da medicalização do nascimento no século XIX a partir do qual todos os aspectos da reprodução passaram a estar sob o domínio da ciência, o que foi um marco da consolidação do poder do discurso médico no ocidente no que diz respeito à intersecção da ideologia de gênero e das práticas científicas materiais. (Idem, p.3)

A partir do século XX passamos, desse modo, a ter a medicina enquanto área de conhecimento com uma autoridade cultural sem precedentes que compartilha com a ciência moderna uma de suas metáforas dominantes, a do “corpo feminino da natureza iluminado pela ciência masculina” (JACOBUS et al., 1990, p.2-3). Mas apesar de as ideologias de gênero informarem e conformarem a percepção e materialidade dos cientistas e de suas produções, isso não significa que: a reprodução foi a única via pela qual o corpo feminino foi subjugado pela ciência; que o corpo feminino produzido era único e homogêneo; ou que seu significado tenha permanecido imutável ao longo da história.

Dentre as incontáveis transformações ocasionadas pelo capitalismo industrial, por exemplo, temos a associação do corpo à figura da máquina que gira em torno de um único objetivo: produção. Desse modo, “(...) a noção do homem como uma máquina complicada que o taylorismo, enquanto movimento do início do século XX cujo propósito é tentar regular os movimentos corporais do trabalhador, se

empenhou em explorar” (DOANE, 1990, p.164) é confrontada com uma questão essencial: se o corpo é máquina e a função da máquina é produzir, o corpo feminino é a máquina perfeita, pois é o lócus da reprodução. Emily Martin explica muito bem a cunhagem dessa metáfora em *A Mulher no corpo*:

Para compreender o tratamento médico dado ao parto, precisamos reconhecer que, no desenvolvimento do pensamento e da medicina ocidental, o corpo passou a ser visto como máquina. Essa metáfora mecânica teve seu início nos hospitais franceses do século XVII e XVIII, em que se dizia que era como se o ventre e o útero ‘formassem uma bomba mecânica que, em situações específicas, era mais ou menos adequada para a expulsão do feto’. No desenvolvimento da obstetrícia, a metáfora do útero como máquina é combinada ao emprego de instrumentos mecânicos reais (como o fórceps), que tiveram papel importante na substituição das mãos das parteiras por mãos masculinas que usam ferramentas. (MARTIN, 2006, p. 105)

Com a emergência e consolidação desse imaginário da mãe-máquina, não é surpreendente que dois dos principais tropos da ficção científica – gênero literário e cinematográfico que também é reinventado e impulsionado pela revolução industrial – sejam o do robô fêmea, e da reprodução sem mãe. Tudo indica, no entanto, que esses dois temas sejam duas faces de um tropo maior, pois apesar de a “fantasia tecnológica definitiva” ser a reprodução sem mãe (HYUSSEN, A. 1986, p. 70), ela vem acompanhada do surgimento de uma obsessão com a construção de máquinas humanoides que sirvam aos propósitos de obediência sem questionamentos e fantasias sexuais masculinas, como encontramos nas histórias clássicas de *Metropolis* (1927), *The Perfect Woman* (1949), *Stepford Wives* (1976) e em revisões contemporâneas, como *Battlestar Galactica* (2004), *Ex Machina* (2015) e *Westworld* (2017).

Não é coincidência, portanto, que o androide – em sua acepção usual que engloba os dois sexos – seja costumeiramente representado como parte de questões e dilemas sociais historicamente relacionados às mulheres. Na ficção científica, ele frequentemente “toma o lugar da mulher como marginal, como Outro” (DOANE, 1990, p.171), pois, apesar de não ser exatamente humano, é perturbadoramente semelhante a um. O robô inteligente tem como único propósito servir a sociedade antes de seus interesses individuais – relação bem representada

nas leis da robótica de Asimov⁷², por exemplo – mas eventualmente, percebe a perversidade deste sistema, e é aí que se dá início a outro tropo essencial da ficção científica: a rebelião das máquinas.

Mas por que a narrativa da revolta tem sempre desfechos nefastos? A máquina é boa: ela cria e reproduz da maneira mais eficiente possível, mas isso é também o que lhe torna perigosa, pois surge daí a tensão constante de perda do controle. O corpo materno ocupa uma função parecida na lógica capitalista e por isso sua reprodução precisa ser cuidadosamente escrutinada, supervisionada e regulada, para que não exceda o equilíbrio precioso entre oferta e demanda. Parte importante do fascínio interminável com esse objeto advém, portanto, dessa qualidade de insubordinação às expectativas e do potencial de borrar os limites claros que definem o indivíduo. Jean Baudrillard (apud Doane, 1990, p. 170) diz: “A reprodução é diabólica em sua própria essência; ela faz algo fundamental vacilar” – ela faz os limites da identidade e do *self* perderem sua estabilidade. Daí emerge a dificuldade das instituições – concebidas para a proteção do indivíduo – de apreender o fenômeno da gestação: quando dois corpos ocupam um único corpo, de quem é a prioridade perante a lei? Quem tem maior direito à vida? À saúde? À proteção e segurança? A atenção médica? Aos fármacos? Na epidemia HIV/AIDS esse dilema se revela ainda mais complexo.

Uma série de questões difíceis emergem na intersecção da maternidade e da AIDS, e certamente não será possível tratar todas com o detalhamento que exigem. Mas seja como for, ofereço um panorama geral dos problemas mais debatidos na literatura médica. Antes de tudo é preciso apontar que a atenção dada à saúde feminina em um cenário global foi erigida completamente em torno da questão da reprodução. A partir do século XXI, uma série de acontecimentos que detalharei adiante colocaram a questão da mortalidade materna no centro da arena das políticas mundiais de saúde. A partir daí, uma retórica de urgência e alarme passou a ser utilizada para tratar dessa questão quase sempre descrita como intimamente vinculada a pandemia da AIDS. Isso faz perfeito sentido, visto que o cuidado à mulher na epidemia é oferecido quase que exclusivamente via a ginecologia e

⁷² “Um robô não pode ferir um ser humano ou, por inação, permitir que um ser humano sofra algum mal; um robô deve obedecer às ordens que lhe sejam dadas por seres humanos exceto nos casos em que tais ordens entrem em conflito com a Primeira Lei; um robô deve proteger sua própria existência desde que tal proteção não entre em conflito com a Primeira ou Segunda Leis.” ASIMOV. Runout. *I, Robot*. New York City: Doubleday. 1950

obstetrícia.

Outra grande questão com grande destaque no discurso científico também se refere a grande variedade de temas que podem ser agregados no escopo da saúde reprodutiva. A transmissão vertical é o tema de 87% dos artigos publicados no *The Lancet* e NEJM. Isso significa que temas como transmissão do vírus de mãe para filhos, gravidezes indesejadas, regimes de medicação no período da gravidez, debates sobre aleitamento e triagem pré-natal estão entre os principais interesses no âmbito dos dois periódicos mencionados e afins ao longo de todo o período aqui analisado.

Alguns dos temas que foram observados, embora não tenham uma presença estatística tão expressiva quanto a dos anteriores, estão os seguintes: gravidezes por estupro, mortes de mulheres portadoras do vírus em tentativas de aborto, esterilização forçada, perda da guarda da criança pela mulher soropositiva, maus tratos médicos, e questões de exclusão social e abandono do Estado depois do parto. Essas questões claramente exigem uma sensibilidade maior, especialmente por envolverem, em alguns casos, questões médicas éticas e morais, mas por isso mesmo urgem em serem debatidas. Mas, antes disso, é preciso recuperar brevemente a história da construção moral da maternidade e do tropo da mulher-mãe.

6.3 A carne do mundo⁷³

No capítulo anterior falei brevemente da “intensificação das preocupações, especialmente por parte dos médicos, com a diferença entre homens e mulheres” (ROHDEN, 2009, p.29) promovida como *backlash* à ideologia de igualdade promovida pela Revolução Francesa. Se os princípios de igualdade entre os seres humanos pretendiam ser minimamente coerentes, o lugar da diferença entre os sexos precisava se deslocar para domínios cuja autoridade era mais aparente, o que ocasionou “uma reafirmação sem precedentes da condição biológica e dos papéis atribuídos a cada sexo” (Idem). Ao corpo feminino, coube a predestinação biológica à maternidade expresso em seu corpo claramente moldado para a gestação e o nascimento. Outras representações surgem ou são consolidados a partir dessa

⁷³ Verificar Anexo III

convicção, como a da fragilidade moral da mulher, seus desgovernos sexuais, dissimulação, mentira e aptidões intelectuais medíocres (ROHDEN, 2009, p.30).

As doenças e patologias femininas – fisiológicas e psíquicas - passam a ser todas relacionadas ao útero:

(...) a sua existência normal [das mulheres] se apresenta mesmo como uma patologia estabelecida manifestadas nas gravidezes e hemorragias periódicas. Trata-se de um corpo instável, que deveria ser regulado pelas regras, mas que está sujeito à mobilidade e à hipersensibilidade, capaz até mesmo de reter impressões que serão transmitidos ao feto. E o mais grave é que essas criaturas que parecem suscetíveis de perturbar a ordem do mundo, são também a garantia da procriação da humanidade, da manutenção da ordem primeira (PETER apud ROHDEN, 2009, p. 30)

Considerando o cenário e o projeto por trás da redefinição das diferenças sexuais, surge no século XIX uma especialidade que oficializava a equivalência tácita entre a medicina da mulher e a medicina da sexualidade e reprodução: a ginecologia. Por outro lado, mesmo nos eventos em que o corpo e sexualidade masculina foram colocados sob exame, como nas epidemias de sífilis (CARRARA, 1996) e de HIV/AIDS, não vemos a emergência de uma ciência do homem. Claro, entre as duas epidemias mencionadas temos uma diferença de simbolismos impossível de ignorar: a primeira epidemia é associada à masculinidade, heterossexualidade e reprodução, uma vez que uma de suas grandes consequências é a transmissão vertical pela via paterna; a segunda, por outro lado, é sobre a versão patológica e desviada da masculinidade, sobre a homossexualidade, por definição, sobre a não-reprodução – mas, ainda assim, o corpo masculino nunca é colocado sob o mesmo tipo de escrutínio que o corpo complexo e desregrado da mulher.

Irigaray sugere em sua reflexão sobre a ética entre os sexos que o corpo materno (“a carne do mundo”) (BUTLER, 2008), e não o corpo da mulher, é construído em relação de alteridade com o corpo masculino. Tendo isso em mente, podemos supor uma hierarquização do corpo feminino no qual o oposto diametral do homem seria a mãe, e abaixo da mãe teríamos o corpo feminino potencialmente reprodutor e, por fim, o corpo feminino não-reprodutor ou distanciado do arquétipo materno (mulheres mais velhas, trabalhadoras do sexo, mulheres com múltiplos parceiros, lésbicas). Essa ordem também parece corresponder ao nível de

humanização destes corpos – embora nenhum chegue, claro, a ser o humano representado pela masculinidade. Observemos os seguintes trechos:

A prevalência de anticorpos contra o HIV nas Filipinas é muito baixa. Foram identificadas 44 mulheres soropositivas **sexualmente promíscuas** entre 40.000 mulheres testadas e apenas 3 casos de AIDS (...). (MONZON e CAPELLAN, 1985, p.40-41)

O risco de transmissão durante ou possivelmente após a gravidez deve ser comunicado a mães de alto risco, como **mulheres promíscuas solteiras**. (LEPAGE et al., 1987, p.400)

Durante o período do estudo, o número total de partos foi de 1710. As 640 mulheres foram classificadas como **em risco de infecção pelo HIV por causa do país de origem** (por exemplo, 411 na África Central ou Haiti), por causa da **promiscuidade heterossexual** (214), porque eram usuárias de heroína intravenosa (29), ou porque fizeram uma transfusão de sangue antes da introdução do rastreio de anticorpos de sangue nos doadores de sangue (6). (CIRARU-VIGNERON et al., 1987, p.630)

Algumas **prostitutas internacionais** podem desconhecer a sua soropositividade ao HIV e seu **potencial para infectar a população heterossexual local ou seus futuros filhos**. (KOENIG, 1989, p.783)

Mulheres com dependência de drogas frequentemente são consideradas **“sexualmente promíscuas”** ou “bens danificados”; elas são percebidas como **violadoras dos papéis tradicionais de gênero e, portanto, mais merecedoras de serem abusadas**. (EL-BASSEL et al., 2011, p.299)

Uma vez que fora aberta a porta da contaminação no discurso científico sobre HIV/AIDS, uma série de metáforas históricas relacionando mulheres à doença venérea (especialmente pela via da prostituição e da promiscuidade) foram rapidamente recuperadas pelas instituições de saúde pública. Treichler relembra, por exemplo, os pôsteres da I e da II Guerra que eram estampados com a foto de uma mulher tida como “atraente” sobre os seguintes dizeres: “Ela pode parecer limpa. Mas garotas de uma noite só, garotas para diversão e prostitutas espalham sífilis e gonorreia. Você não pode combater o Eixo se você pegar uma DST”. A autora recorda ainda de outro pôster onde uma prostituta caminha abraçada com Hitler e Hirohito sob a legenda: “DST, o pior destes três” (TREICHLER, 1999, cap. 2, p. 4). As metáforas escolhidas para estes pôsteres são evidentes e acionam uma série de argumentos históricos tais quais os que seguem: 1 – a mulher “fácil”, a “garota do bar”, a “prostituta” são piores que qualquer ameaça estrangeira; 2 – elas são um

inimigo interno; 3 – elas são uma ameaça para a saúde pública e para o desenvolvimento da nação; 4 – a mulher é simbolicamente a própria doença venérea (ou, pelo menos, uma personificação desta). Mas à mãe foi dedicado um conjunto simbólico inteiramente diferente.

Uma coisa importante de manter em mente é que, evidentemente, a prostituta, a mulher promíscua e outras mulheres nomeadas de maneira expressa e propositalmente demeritória possuem corpos femininos e, portanto, corpos maternos em potencial. Dito isso, como Rohden (2009, p.53) explica, a crença de que o corpo feminino é singular em decorrência justamente de sua capacidade reprodutiva possibilitou a conformação de uma especialidade que define as mulheres como um tipo distinto de humano – uma classe apartada do universal. Ao vincular a feminidade à maternidade de modo tão visceral, a ginecologia cria um cenário onde praticamente todas as questões de saúde de mulher são obrigadas a passar direta ou indiretamente pelos seus domínios.

Quando procuramos pelas manifestações e efeitos desta configuração na epidemia da AIDS, a primeira coisa que chama atenção é o fato de que a transmissão vertical foi a principal via de entrada das mulheres nas instituições e políticas de cuidado destinadas à epidemia ainda na década de 80; além disso, os exames pré-natal continuam sendo a principal rede de captura de mulheres soropositivo pelas instituições de saúde. Mas a figura da mulher-mãe não foi conformada exclusivamente a partir do discurso obstétrico – outra área de conhecimento do mesmo período foi imprescindível na vinculação destes arquétipos e construção deste tropo: a psicanálise.

De acordo com Doane, a mãe é o cerne de toda a psicanálise, de modo que todo o conhecimento é obtido por meio do seu corpo – o conhecimento da castração, da diferença sexual, da origem da vida (DOANE, 1990, p. 171). A mãe é o que informa a criança desde a mais ínfima idade o que o indivíduo pleno deve ser (caso seja mulher) ou não deve (caso seja homem). Não surpreende, deste modo, que praticamente todas as patologias de ordem psicológica tenham origem na relação com a genitora, numa perspectiva psicanalítica. Isso considerado, a mãe passa a ser fundamental não apenas para a compreensão do mundo externo, mas principalmente para a compreensão de si.

O que estas duas áreas da saúde fizeram não foi tanto criar um simbolismo em torno da figura da mãe – pelo contrário, a ginecologia se consolidou sobre uma

noção de feminilidade ontologicamente doente que remete a Hipócrates (ROHDEN, 2009), e a psicanálise se serviu em larga escala de arquétipos da literatura helênica – mas, sim, criar uma equivalência entre a reprodução e o feminino que anteriormente era apenas um vínculo. Não por acaso, a feminilidade branca de classe média e superior foi relacionada às características de frieza, moderação e moralidade, enquanto às mulheres pobres e não-brancas foi associado o estereótipo de uma sexualidade bestial.

Com a inseparabilidade das imagens da mãe e da mulher cria-se também a patologização da não-reprodução. A mulher que não consegue engravidar precisa do auxílio da ginecologia para “consertar” o que há de errado e, finalmente, gestar; a mulher que não *deseja* engravidar deve sofrer de algum problema de ordem psíquica uma vez que não corresponde ao ideal de sexualidade feminino concebido pela psicanálise. A figura materna é alçada principalmente por meio destas duas áreas ao lugar de representação fundamental e definitiva da vida, da reprodução, do cuidado e da sobrevivência – ela é a origem material e psíquica do humano:

O papel biológico da mãe na reprodução é codificado como certo, imediatamente conhecível, enquanto o papel do pai na reprodução está sujeito à dúvida, não é verificável por evidências que podem ser captadas pelos sentidos (daí a necessidade da sanção legal do nome paterno). A mãe é a figura que garante, em um nível, a possibilidade de certeza no conhecimento histórico. Sem ela, a história de origem vacila, a narrativa vacila. É como se a associação com um corpo fosse a única maneira de estabilizar a reprodução. Daí a persistência nestes textos [de ficção científica] de contradições que manifestam tanto uma nostalgia pela, e terror da função maternal, ambos conectando-lhe e ao mesmo tempo divorciando-lhe da ideia de uma mulher máquina. (DOANE, 1990, p.175)

Muitas perversidades decorrem do tropo do corpo reprodutor, mas talvez o pior deles seja o de vincular o valor da vida de uma mulher à sua condição de mãe ou de mãe em potencial. Na literatura médica isso é bem representado por uma perífrase insistente: a substituição da palavra mulher por mãe ou por mulher em idade reprodutiva. A diminuição incrivelmente expressiva no número de casos de transmissão perinatal desde que a AIDS foi descoberta até hoje é descrita como uma das maiores vitórias da ciência na história da epidemia, e não há dúvidas de que ela precisa ser celebrada; mas não podemos negligenciar o fato de que, cada vez que

uma transmissão vertical é evitada, uma mulher foi diagnosticada com HIV e uma possível prevenção deixou de acontecer.

6.4 Corpos cativos

Em 2000, a Organização das Nações Unidas acordou com 191 países um conjunto de oito metas que foram chamadas de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A ideia era que todas as nações se comprometessem a chegar o mais perto possível da resolução destas metas até 2015. Como é costumeiro neste tipo de “grande projeto global” promovido por instituições pretensamente mundiais, as proposições soam completamente desconectadas da realidade e servem mais ao propósito de promover um espírito de solidariedade e otimismo do que produzir e promover soluções pragmáticas. Os objetivos são os que se seguem⁷⁴: 1) Acabar com a fome e a miséria; 2) Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3) Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde das gestantes; 6) Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7) Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8) Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

Pelo menos uma serventia podemos atribuir a estes objetivos: eles revelam muito sobre quais questões eram percebidas como mais urgentes e pertinentes na saúde global na virada do milênio. Apesar da vagueza notável das referidas metas, é possível observar uma preocupação especial com as gestantes. Também vale notar a implicação de que a questão da mortalidade de mulheres grávidas não está subsumida na promoção de “igualdade entre os sexos e autonomia da mulher”. Grande parte dos artigos avaliados nesta pesquisa tem como foco a questão da transmissão vertical do HIV: 50% dos artigos do *The Lancet* e 60% dos artigos do NEJM que tratam especificamente da saúde de mulheres são especificamente sobre gestantes. Essa relação de inerência entre saúde reprodutiva e saúde da mulher vinha sendo um tema central das agências globais de saúde desde meados da década de 1990, quando a *International Conference on Population and Development* (1994), realizada no Cairo, e a *World Conference on Women in Beijing* (1995),

⁷⁴ OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

sediada em Pequim, passaram a promover uma abordagem mais *abrangente* da saúde reprodutiva das mulheres, mas no universo da ciência abrangente frequentemente significa levar em conta “o papel central da reprodução nas vidas e saúde das mulheres em várias partes do mundo” (WALRAVEN et al, 2001).

As questões reprodutivas constituíram, desde o início, a principal porta de entrada das mulheres no que diz respeito à saúde na epidemia HIV. Em um editorial do *The Lancet* de 1988⁷⁵, os autores afirmam que mulheres são sistematicamente diagnosticadas como soropositivas por meios de exames pré-natal. Essa pesquisa não incluía a Rússia e demais países da então União Soviética, que reconheceram ou reportaram a epidemia tardiamente; vinte anos mais tarde, um estudo em profundidade da epidemia na Rússia demonstrou que quase 90% das mulheres diagnosticadas em áreas rurais descobriram seu status durante a gestação. Um artigo de 1990 (LEFRERE, J. et al, p. 1401), também publicado no *The Lancet*, avalia o estranho crescimento no número de mulheres contaminadas por via sexual e conclui que a generalização dos testes durante o pré-natal provavelmente levou à detecção de mulheres que não seriam reconhecidas como em risco. No Brasil, a mortalidade de crianças em decorrência do vírus é usada pelo Ministério da Saúde para precisar as estatísticas sobre mulheres infectadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), pois, mesmo com a obrigatoriedade do teste de HIV no pré-natal, muitas mulheres não têm acesso a esse tipo de acompanhamento médico.

Tão logo a transmissão vertical e as evidências de uma epidemia heterossexual nos países desenvolvidos foram estabelecidas, debates acirrados sobre a melhor maneira de proceder no que concernia à triagem da população começaram a aparecer nos periódicos de medicina. Em 1987 o *The Lancet* publicou uma série de artigos sobre o tema depois de orientações polêmicas sugeridas por pesquisadores de Londres em *HIV testing on all pregnant women*, no qual foi defendido que gestantes deveriam ser obrigatoriamente testadas no pré-natal, mas com autonomia para decidirem se queriam saber o resultado. A equipe sugere que não haveria necessidade de solicitar o consentimento para o teste porque tais mulheres já seriam obrigadas a fornecer uma amostra de sangue para outros propósitos (BLACK et al, 1987, p. 1277); além disso, defendem que essa seria a maneira mais acurada de coletar dados sobre prevalência de maneira eficiente e

⁷⁵ THE LANCET. HIV infection, breastfeeding, and human milk banking. 332:8603, p. 143-144. 1988

fácil de organizar (idem).

No ano seguinte o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* publicou um estudo e uma resposta também no *The Lancet* no qual se posiciona contra a triagem pré-natal universal, mas “por motivos práticos, não por motivos éticos” (HUDSON, C. N., et al, 1988, p. 234). Houve desconfiança de parte da comunidade científica sobre as razões reportadas, e concordo pessoalmente que a lógica dos argumentos é frágil: o primeiro motivo seria a maior probabilidade de falsos positivos na triagem da população geral, o segundo, a dificuldade de manter o anonimato das pacientes quando testadas em grande escala. As afirmações não se sustentam: primeiro, porque testes positivos são obrigatoriamente refeitos para confirmação do resultado usando uma metodologia diferente da primeira verificação; no segundo caso, outros testes pré-natais obrigatórios, como o de hepatite e sífilis, sempre operaram com sucesso em um sistema de confidencialidade em grande escala (Idem).

O aumento expressivo de casos de transmissão vertical e heterossexual na década seguinte levou a OMS a recomendar a “triagem pré-natal universal voluntária”, o que deixaria aberta a possibilidade de recusa. Efetivamente, a maioria dos países implementou a versão obrigatória do teste, mas muitos daqueles que advogam pelo consentimento praticam algo mais próximo da compulsoriedade velada do que do aconselhamento para tomada de decisão. Ainda em 1987, uma resposta publicada no *The Lancet* foi capaz de resumir o problema que legisladores e organizações de saúde em todo o mundo ainda têm dificuldades em considerar:

Isso cria um precedente perigoso quando o teste de HIV é recomendado sem consideração das necessidades dos indivíduos em questão ou do seu total consentimento esclarecido. Se a obtenção de dados de prevalência é tão crucial como Black et al sugerem, então há que ter mais atenção à seleção de homens e mulheres. Ao invés de procurar explorar a **população cativa das mulheres atendidas nas clínicas pré-natais**, deve-se fazer mais esforços para promover a triagem voluntária. Se o público decidir não usar os serviços de triagem, não será porque eles mesmos são culpados, mas porque os clínicos, epidemiologistas e estatísticos que pedem triagem não conseguiram fazer apelo convincente. Ficamos com a sensação incômoda de que seus nove correspondentes **representam mais um exemplo da dominação masculina na saúde das mulheres**. (CUNNINGHAM-BURLE, 1987, p.1530)

Enquanto o discurso médico subsumir a sexualidade feminina sob o signo da

maternidade, o corpo feminino continuará sendo regulado pela lógica de que estar apto à reprodução e ser capaz de gestar um indivíduo saudável equivale a ter sua saúde e direitos garantidos. É essencial elevar o nível do discurso sobre sexualidade e reprodução se pretendemos compreender as interconexões sobre esses temas e a epidemia HIV. Apesar dos belos simbolismos – amor incondicional e instintivo, proteção, sacrifício, cuidado, carinho –, a gestação também pode materializar momentos difíceis, tristes, traumáticos. Ao insistir no tropo da existência que gira em torno da reprodução, a ciência frequentemente fracassa em abordar experiências absolutamente centrais para entender por que a epidemia alcançou proporções tão alarmantes entre as mulheres.

6.5 O paradoxo da maternidade

Em artigos que têm saúde reprodutiva como pauta, é comum que girem em torno da definição de Fathalla, feita em 1988: “a capacidade de viver os anos reprodutivos e além com a escolha de se reproduzir, a dignidade e a maternidade bem-sucedida e livre de doenças ou riscos ginecológicos”. Escolha reprodutiva, no entanto, acaba sendo reduzida a duas questões: métodos contraceptivos e aborto. Não estou sugerindo que esses não sejam tópicos absolutamente essenciais no que concerne às problemáticas que emergem da intersecção entre reprodução e HIV. Pelo contrário, acredito que, apesar de sua presença na literatura, ainda são questões subrepresentadas e discutidas, muitas vezes, sem a profundidade exigida.

Por exemplo, a OMS e o UNAIDS apontam que a prevenção de gravidezes indesejadas entre mulheres HIV-positivo é uma prática essencial para diminuir as taxas de transmissão vertical de HIV. No entanto, “os materiais de planejamento familiar e guias de aconselhamento produzidos para países em desenvolvimento avaliados muitas vezes falharam em lidar com o HIV em detalhe” (BRUYN, 2006, p. 415). A literatura médica já estabeleceu que alguns métodos contraceptivos não são aconselhados para mulheres com HIV devido à sua vulnerabilidade superior a infecções na região anogenital e DSTs em geral, como cervicite purulenta, infecção por clamídia e gonorreia. Essas particularidades tornam desaconselhável o uso de tecnologias como diafragmas, tampos cervicais e DIU em mulheres HIV-positivo (Idem). Também destaca-se a importância de realizar alterações no regime de

medicações de algumas mulheres em caso de gravidez, uma vez que algumas drogas antirretrovirais são contraindicadas para gestantes (Idem, p. 417).

Essas informações, no entanto, simplesmente não fazem parte da realidade de muitas mulheres soropositivas. Em um contexto em que o acesso a preservativos – que é uma tecnologia muito mais barata e acessível que os métodos previamente mencionados – e a antirretrovirais só é possível por meio de doações e iniciativas internacionais, as mulheres não têm acompanhamento médico individualizado para que seus regimes farmacêuticos sejam monitorados e tampouco estão em posição de acessar medicações específicas no período gestacional.

As regiões do mundo onde a mortalidade materna é mais alta é a mesma em que a epidemia entre mulheres tem proporções mais alarmantes: a África Subsaariana e a Ásia Meridional (FILIPPI, V. et al, 2006, p.1535), seguidas de perto pelo Leste Europeu. Conquanto estejam em contextos completamente diferenciados, as mulheres que vivem e trabalham nas zonas rurais destas três regiões compartilham de uma série de vulnerabilidades muito específicas e similares: prostituição, taxas elevadas de estupros, guerras, pauperização epidêmica.

Uma quantidade expressiva de estudos relaciona os índices de morte durante o parto, complicações na gravidez, abortos espontâneos e natimortes ao HIV. Mesmo quando a mulher e a criança sobrevivem, a incidência de danos à estrutura pélvica é alta e as consequências físicas e psicológicas de procedimentos obstétricos mal realizados podem ser permanentes. Por outro lado, a literatura sobre abortos induzidos entre mulheres HIV-positivo é bastante limitada (BRUYN, 2006, p. 416), mesmo com tantos relatos de mulheres vivendo com HIV que tentam interromper gravidezes indesejadas, inclusive em países onde essa prática é ilegal (Idem).

O tropo do corpo reprodutor é perverso não só porque reduz as mulheres à maternidade ou perspectiva dela, mas também porque implica que a vida do embrião será a prioridade natural da gestante a partir do momento da concepção. Mais que isso, ele implica que as mulheres que colocam suas vidas, necessidades e projetos em primeiro lugar são egoístas, más, degeneradas e, com a ilegalidade do aborto sendo a realidade na maior parte do mundo, criminosas.

Mesmo na África do Sul, que permite interromper a gravidez por várias razões, as respondentes HIV-positivo apontaram que mulheres são

dissuadidas de acessar esse procedimento médico legal e podem sofrer abuso quando conseguem obter um aborto. Mulheres falaram sobre ter medo de pedir um aborto em clínicas e temer que receberiam cuidado de menor qualidade: “Se acessamos os serviços somos maltratadas – sem respeito, sofremos com os julgamentos dos funcionários da saúde, que muitas vezes são cruéis”. Um dos piores casos de abuso narrado para a equipe do projeto foi o de **uma mulher vivendo com HIV que disse ter recebido o feto para levar para casa após o procedimento**. As enfermeiras disseram a ela que era sua decisão, então cabia a ela lidar com o feto, porque elas teriam pesadelos se tivessem que fazê-lo. Mulheres também contaram que foram informadas que só receberiam um aborto se concordassem em ser **esterilizadas**. A questão da esterilização forçada foi relatada como sendo muito pior em áreas rurais. (BRUYN, 2006, p. 418)

Essa dupla moral acaba fazendo com que muitas mulheres das regiões rurais destacadas e mesmo de zonas urbanas empobrecidas do mundo desenvolvido e da América latina recebam atenção médica exclusivamente durante o período gestacional e sejam ostracizadas pela saúde pública a partir do segundo em que dão à luz. Diante desse cenário, é preciso repensar o sucesso das políticas voltadas para a prevenção da transmissão vertical no mundo, ou, nas palavras do UNAIDS, “uma das histórias de sucesso mais marcantes na saúde global” (2016, p.6). Por mais que esses resultados mereçam ser celebrados e tenham salvado a vida de milhões de crianças nos últimos anos, a realidade é extremamente cruel para as mulheres que dão à luz em contextos econômica e socialmente desfavorecidos – como são quase todos para a maioria de nós.

Políticas globais de saúde, políticas estatais e outros projetos falam repetidamente sobre a importância de garantir às mulheres saúde e direitos reprodutivos mais abrangentes, mas não é isso que seu discurso reproduz, e definitivamente não é o que vemos acontecer na prática. O que essas redes estão majoritariamente expressando é sua preocupação com o corpo gestante – não com as mulheres, não com as mães, mas com corpos femininos cumprindo seu propósito. O valor só existe enquanto a máquina está operando – claro, não se dispensa atenção a máquinas desligadas e quebradas. Falarei mais sobre esse desamparo e de seus efeitos devastadoras na seção a seguir.

6.6 O direito de ser mãe

Parte da experiência incrível de estudar um objeto é a maneira como qualquer coisa levemente relacionada ao seu tópico de interesse parece ganhar uma aura que

faz com que as maiores trivialidades saltem aos olhos e se destaquem das demais coisas – seja na conversa entreouvada, em uma banca de jornal, em uma revista de três anos atrás na sala de espera do dentista. Melhor ainda é poder compartilhar esse processo criativo com pessoas que acompanham nossa jornada e que, instintivamente, também passam a perceber esse brilho incomum nos objetos mais cotidianos.

Foi assim com o relato que reproduzo a seguir, do qual tomei conhecimento por meio da minha namorada, que comprou uma edição do Boca de Rua, conhecido jornal comandado por moradores de rua porto-alegrenses, porque achou que a manchete poderia me interessar. A edição de dezembro de 2017 traz a reportagem “Por que não podemos ser mães?”, com a história de algumas de muitas mulheres em situação de rua e risco social que foram capturadas pelo Estado por meio de seus corpos gestantes, apenas para serem descartadas e relegadas ao familiar esquecimento logo depois do parto:

Quando a gente engravida, procura atendimento médico e faz o pré-natal direitinho o pessoal da saúde nos dá bastante atenção nesse período. Mas tudo muda quando baixamos o hospital para ganhar o bebê. Muitas de nós saem sozinhas, sem saber onde levaram nossos filhos. Esse foi o caso de Sabrina (...) quando ganhou o bebê no hospital não deixaram ela amamentar no peito, só com mamadeira. Em seguida, ela recebeu alta e perguntou pela criança. Foi informada que a criança não sairia com ela. Nunca mais viu o bebê. (BOCA DE RUA, 2017, p.2)

Sabrina não sabia, mas era soropositiva, como viria a descobrir no pré-natal. Se não fosse o caso, no entanto, seu destino seria exatamente o mesmo. Na reportagem em questão, outras histórias idênticas se seguem a essa narrativa revelando a desumanização destas mulheres pobres, a hipocrisia do valor atribuído ao corpo materno e histórias de inútil perseverança nas quais mulheres passam o resto de suas vidas sem jamais reencontrar ou recuperar as crianças que lhes foram tiradas.

Mulheres vivendo em situação de rua frequentemente são vítimas de outras epidemias sociais: violência, uso de drogas, prostituição, criando um monstro que se retroalimenta. Tais grupos de mulheres são as mais visadas pelas políticas de proteção social à criança, sendo separadas de seus filhos e filhas pouco depois do nascimento, que por sua vez são institucionalizados e criados em abrigos que tampouco podem atender a demanda ou às necessidades de tais infantes. Mas a situação é ainda mais dramática para as crianças que não escapam à transmissão

vertical. No Brasil, a relação entre maternidade e HIV tem sido estudada e documentada desde os anos 1990, mesmo com a precariedade de dados das instituições responsáveis (APOLINÁRIO e ANTUNES, 2015). Um dos motivos para o grande interesse em torno do tema decorre do número expressivo de crianças soropositivas na fila de adoção. Do outro lado da mesma fila, apenas 3% dos adultos declaram que aceitariam adotar uma criança infectada (Idem).

(...) sob as leis de “proteção ao feto”, muitas mulheres em todo o país sofreram **processos criminais**. Diversos estados (incluindo Flórida, Illinois, Oklahoma e Rhode Island) **definiram o uso de drogas durante a gravidez como uma forma de “abuso infantil”**. A ameaça de prisão e processo sob acusação de drogas, no entanto, não parece impedir mulheres grávidas de usar drogas. Em vez disso, o medo da prisão, processo e encarceramento geralmente desencoraja mulheres usuárias de substâncias de procurar cuidados de saúde reprodutiva vitais. (KAPLAN, 1995, p.14)

Se um recém-nascido é diagnosticado com AIDS, sua genitora é, por tabela, identificada como portadora do vírus. Nesse cenário, numerosas mulheres – especialmente aquelas a que se somam uma opressão de raça e classe – perdem guarda legal de seus filhos e, depois de terem a humanidade negada por provavelmente toda a sua vida, também são privadas da maternidade. Mesmo nas ocasiões em que as mulheres não são confrontadas com a situação extrema e dolorosa de perderem a guarda de seus filhos, ainda podem ter que lidar com decisões inimagináveis, como a de aleitar a criança mesmo sendo portadora do vírus HIV. Esses não são casos isolados, não são tragédias avulsas ou infortúnio de algumas poucas mulheres – a literatura médica não deixa dúvidas sobre esse problema estrutural e sistemático que afeta milhares de pessoas em situações de acentuada pobreza:

Em nações industrializadas, o uso de HAART em mulheres grávidas junto a um ótimo pacote de intervenções, incluindo cesárias e alimentação como fórmula reduziu a taxa de transmissão do HIV1 de 25% para 1 ou 2. Em países em desenvolvimento, onde regimes com HAART ou ARVs complexos não estão disponíveis e não-aleitamento não é uma opção realística, o uso de zidovudina a curto prazo administrado entre a semana 32 e 36 semanas de gravidez e dose única de nevirapine são os regimes mais utilizados [...] **ainda assim, a transmissão em decorrência do aleitamento ocorre em 25% dos casos de transmissão perinatal evitados.** (COOVADIA, H., 2004, p. 289)

O uso do HAART em partes do mundo em que alimentos de substituição não estão disponíveis para prevenir transmissão vertical **é uma estratégia sem evidências**. (SHAPIRO, 2010, p. 2283)

Onyango disse que a decisão da maioria das mães HIV-positivas de amamentar era "compreensível". "Na Europa para acordar à noite e misturar fórmula para bebês não é um problema porque eles têm eletricidade, frigoríficos e etc. Aqui se você está falando sobre uma mulher **que nem sequer tem parafina para ferver água**, o que dificulta a situação.", disse ele. (WENDO, 2001, p. 649)

Não acredito que nenhum de nós em posição de produzir trabalhos como este possamos conceber os contextos de adversidade e o nível de desumanização que mulheres enfrentam todos os dias em regiões remotas do mundo e, por vezes, em lugares nem tão distantes assim. Em mais uma ironia sinistra produzida no contexto do discurso da maternidade, ao mesmo tempo em que mulheres que desejam alentar e criar seus filhos são privadas desse direito, cabe a outras a tarefa de gerenciar todo o cuidado de pessoas soropositivas no ambiente doméstico.

De acordo com a OMS, 90% do cuidado com HIV/AIDS mundo acontece em casa. Em alguns países, como no caso de Botswana, a profissão de cuidador foi institucionalizada, sendo ocupada quase que inteiramente por mulheres, que recebem a tarefa injusta de lidar com todo o setor em condições de trabalho degradantes como narrado por Kang'ethe. As Nações Unidas chamam esse fenômeno de "feminização da pobreza":

De acordo com as Nações Unidas, a feminização da pobreza é um desafio estrutural que foi causado por dinâmicas de poder de gênero desequilibradas que relegam a mulher a um status de subordinação. Em muitos contextos, especialmente onde tradicionalmente ainda é uma grande norma e dinâmicas de gênero controladoras, uma mulher é vista como alguém que deve cumprir o dever de gerar e cuidar, enquanto outras tarefas ficam em segundo plano. **Essas dinâmicas de gênero demarcaram e diferenciaram os papéis de homens e mulheres, com o resultado de que a mulheres são atribuídas e alocadas tarefas cuja natureza é doméstica e não atraem qualquer pagamento**, enquanto as ocupações masculinas atraem premiações monetárias na maioria das vezes. (KANG'ETHE, 2013, p. 2)

No exemplo de Botswana, podemos vislumbrar também as dificuldades de ordem técnicas e materiais enfrentadas por mulheres que ocupam a posição de cuidadoras:

Isso é manifestado pela falta de comida, abrigo, roupas, infraestrutura como **vasos sanitários e itens de higiene como água, sabão** etc.; enquanto uma cuidadora vivencia pobreza relativa quando ela se vê pior do que quando comparada a outros ambientes sociais. (Idem, p. 3)

85% das cuidadoras que eram majoritariamente mulheres **não tinham emprego e frequentemente citavam pobreza como o maior obstáculo na provisão de cuidado de qualidade**. Dois dos pacientes viviam em casas velhas decadentes enquanto um vivia em uma cabana de plástico, enquanto outra cuidadora não tinha um vaso sanitário e usava o de sua vizinha. (Idem, p. 3)

Esse tipo de situação mortificante só é possível porque é amparada por discursos históricos – muitos dos quais promovidos e reproduzidos pela ciência – de que o cuidado, a preocupação e a atenção são inerentes ao sexo feminino. Sendo assim, delega-se às mulheres alguns dos empreendimentos mais física e psicologicamente desgastantes de toda a epidemia. Kang’ethe (2013) fala dos altíssimos níveis de depressão e síndrome de *Burnout* enfrentado por essas cuidadoras, tanto em decorrência de sua própria situação, como daquela enfrentada pelas pessoas por quem são responsáveis e que enfrentam um alto nível de mortalidade por conta dos recursos escassos e impróprios com os quais são cuidados. Além de tudo isso, essas mesmas condições materiais precárias fazem com que muitas cuidadoras sejam contaminadas acidentalmente no trato dos pacientes.

6.7 O dever de ser mãe

Entre “mães sem filhos” e “filhos sem mães”, encontramos a outra face perversa do tropo do corpo reprodutor: a gravidez compulsória. Esse é um dos aspectos mais cruéis das violações diárias dos direitos humanos a que toda mulher é submetida diariamente apenas por ocupar um tipo determinado de corpo. Nesse sentido, encontrei no *The Lancet* um dos relatos mais emblemáticos e viscerais sobre as violações aos direitos humanos e reprodutivos narrado por um médico no Zimbábue, em 1994:

Em uma terça-feira à tarde na clínica ginecológica (a taxa por visita dos pacientes é de Z\$ 34), um dos últimos pacientes que vejo é uma mulher de 38 anos que exigiu o término da gravidez. Por quê? É a questão lógica em

um país onde o aborto só é permitido para algumas indicações. "Porque a esposa do meu namorado morreu há duas semanas por AIDS". Ser soropositivo pode ser, dependendo das opiniões pessoais das autoridades sobre como interpretar a lei e até que ponto o superintendente médico está preparado para se arriscar, uma possível indicação para um aborto. "Eu tenho que testá-la antes que possamos tentar agendar um aborto", eu digo. Depois de alguma hesitação, ela concorda. Uma semana depois, enquanto vejo um dos primeiros pacientes da clínica, o secretário me traz o resultado do HIV: negativo. Já via a paciente na sala de espera, acho que ela pode estar muito ansiosa, então eu corro para a sala de espera e sussurro as boas notícias em seu ouvido. **Ela começa a chorar alto, não de alegria, mas de desapontamento. Ela perdeu a indicação para um aborto legal.**

[...]Ela insiste que fará o aborto de qualquer forma. Parece que ela conhece alguém que está preparado para fazer o aborto por Z\$ 160 com uma **raiz de uma planta** no colo do útero. Dou-lhe antibióticos profiláticos e promete voltar ao hospital logo que começar a sangrar (ou apresentar dor, ou febre) para que possamos prevenir complicações graves. Dois dias depois, ela retorna com um aborto incompleto. **O útero é evacuado e fazemos a ligação das trompas ao mesmo tempo.** (VERKUYL, 1994, p. 70)

No mundo, ser uma mulher gestante é encontrar-se diante situações e dilemas ainda mais cruéis que aqueles a que estamos sujeitas em um dia normal. O contexto importa, as intersecções de nossos marcadores sociais também – mas, para aquelas que tem o infortúnio de terem acrescentados à sua narrativa a pobreza racializada, os discursos globais sobre igualdade de gênero e autonomia são palavras ainda mais esvaziadas de qualquer significado.

Ainda que alguns estudos sobre HIV e gravidez na literatura médica abordem a questão de complicações relacionadas a gravidez e a relação entre a AIDS e abortos espontâneos e natimortes, poucos investigam temas como o aborto induzido entre mulheres soropositivas. Evidentemente, esse é um problema difícil de investigar devido ao silêncio e tabu que, infelizmente, ainda cercam o assunto do término voluntário da gestação. Aliado à precariedade de dados em decorrência da ilegalidade da prática em muitos países, torna-se difícil promover investigações, o que gera um ciclo de sigilo e taciturnidade que se retroalimenta com prejuízos incalculáveis à qualidade de vida de mulheres no mundo todo:

Na África subsaariana, a taxa combinada de mortalidade materna por hemorragias graves, doenças hipertensivas e infecções é surpreendente, são quase 500 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em comparação com menos de 300 por 100.000 no sul da Ásia, pouco mais de 100 na América Latina e o Caribe e quatro por 100.000 em países desenvolvidos. De cerca de 166.000 mortes por hemorragia globalmente a cada ano, metade estimada ocorre na África subsaariana e mais de um terço no sul da Ásia. A hemorragia é conhecida por ser a "principal causa de mortalidade materna em que as mulheres morreram desnecessariamente por falta de habilidades

comuns que toda parteira ou ajudante deveriam possuir". A chance de uma mulher morrer ou não de hemorragia durante ou após o parto depende em grande parte do acesso a cuidados obstétricos oportunos e competentes. A proporção precisa de óbitos atribuíveis ao aborto induzido é desconhecida. A revisão sistemática da OMS avalia os índices de mortalidade materna do aborto induzido de 37 mortes por 100.000 nascimentos vivos na África subsaariana, 12 por 100.000 no sul da Ásia e 23 por 100.000 na América Latina e no Caribe. No entanto, estimativas muito mais elevadas foram relatadas globalmente e em estudos individuais, especialmente em países onde o aborto é ilegal ou restrito. Por exemplo, em um estudo de 12 hospitais no Benim, na Costa do Marfim e no Senegal, **quase todas as mortes no início da gravidez foram devidas ao aborto induzido e um terço de todas as mortes maternas foram devidas ao aborto de forma indevida**. Pelo nível da população, os resultados relatados variam substancialmente. O aborto raramente foi dado como causa de morte em estudos no Afeganistão, no Egito, ou no Senegal. Por outro lado, **o aborto induzido foi a principal causa de morte materna em áreas rurais na Tanzânia e Bangladesh** na década de 1980, com índices de mortalidade materna tão elevados como 80 e 100 mortes por 100.000 vivos, respectivamente.

A contribuição para mortes maternas de doenças que não são exclusivas na gravidez é amplamente desconhecida nos países em desenvolvimento, em parte devido a poucas capacidades de diagnóstico e, em parte, porque a gravidez muitas vezes não é relatada em tais circunstâncias. **A inclusão ou exclusão de causas que não são exclusivas da gravidez (por exemplo, infecção por HIV) podem afetar substancialmente a magnitude da mortalidade materna.** (ROSNMANS, C. e GRAHAM, W., 2006, p. 1194)

No mesmo universo em que, na maioria das sociedades, as mulheres encontram-se impossibilitadas de insistir em monogamia ou no uso consistente de camisinha por seus parceiros homens; em que estão sujeitas a todo tipo de violência por tentar escapar ao roteiro sexual a que estão submetidas; em que são relegadas ao pesado trabalho doméstico não remunerado que frequentemente lhes impossibilita de manter um emprego para que possam sustentar um família; em que são sistematicamente estupradas, não apenas por desconhecidos, mas principalmente por homens em que confiavam, com quem são casadas, por quem esperavam ser amparadas quando em dificuldade – é nesse mesmo contexto que mulheres são obrigadas a ter filhos que não desejam; que desejam, mas não planejaram; que planejaram, mas que, por estarem inseridas em uma estrutura sociocultural e material perversa para mulheres, não estão em condições de cuidar.

Em todos os outros períodos, desde 1981 até agora, nossos corpos continuaram sendo descritos e performados pelas mesmas estruturas que vem nos privando do acesso aos direitos mais básicos do indivíduo humano. O tropo do corpo reprodutor é ainda mais cruel que seus antecessores nesse sentido, porque permite que as mulheres experimentem durante a gestação vislumbres da dignidade

assegurada por nascença à parte dos homens.

Seja como for, a epidemia da AIDS é um objeto em que ficam visceralmente evidentes as manifestações cruéis das diferenças entre o norte e o sul do mundo, entre as classes econômicas, entre homens e mulheres. Mas uma coisa é certa: enquanto os discursos e tropos sobre os corpos femininos permanecerem inalterados, os projetos das grandes instituições de saúde global – com seus padrões internacionais de direitos humanos, com seus projetos de proteção às pessoas soropositivas, com suas ambições de pôr fim às desigualdades de gênero – permanecerão sendo devaneios. Enquanto a ciência e a medicina não se valerem de sua credibilidade e legitimidade para resolver os gravíssimos problemas enfrentados pelas mulheres no mundo real, a saúde da mulher continuará sendo subsumida no breve período da gestação.

De todos os muitos equívocos cometidos por essas arenas ao longo da história da epidemia HIV/AIDS, convencer-se de que a triagem de mulheres grávidas é o melhor que se pode fazer pela saúde das mesmas foi, de certo, um dos maiores. O fato de que quase todas as mulheres soropositivas do mundo foram e continuam sendo identificadas durante o pré-natal é apenas a prova definitiva de que a medicina falhou com elas.

Quando vejo, portanto, toda a publicidade em torno da Zika na atualidade tenho a convicção de que mudam os objetos, mas permanecem os mesmos discursos. A mulher segue sendo vista como responsável pela saúde de seu filho ainda por nascer, dos que já nasceram, e de qualquer outra pessoa que necessite de seu auxílio. Esse ônus seria extremamente pesado não fosse a natureza ter criado nossos corpos para o amor, a abnegação e para o cuidado com o próximo. Que grande sorte.

7 MATANDO O ANJO NA CASA

7.1 Notas do campo

Eu nunca havia comparecido a um congresso médico até o Improving the Management of HIV Disease®: An Advanced CME Live Course in HIV Pathogenesis, Antiretrovirals, and Other Selected Issues in HIV Disease Management. Eu estava empolgada para conhecer a Universidade de Berkeley e ter aquela experiência etnográfica em um congresso internacional. Saí cedo de casa para pegar o trem, e – talvez porque eu não saiba procurar endereços, talvez porque minhas expectativas sobre os lugares que estou procurando nunca estejam exatamente ajustadas com a realidade – não encontrei o prédio do evento, embora tenha passado na frente dele pelo menos três vezes.

Até eu criar coragem de espiar pelas portas de vidro e encontrar um pôster indicando que o evento estaria ocorrendo naquele centro de eventos, não me passou pela cabeça que aquele poderia realmente ser o lugar. Eu sabia que aquele era um congresso de porte médio e não estava esperando que ocorresse em um lugar tão luxuoso com suas portas de vidro imensas e pesadas e arquitetura contemporânea que não condizia com o aspecto histórico do resto do campus.

Abri a porta e me aproximei da mesa de crachás e imediatamente um segurança enorme se aproximou. Fiquei um pouco intimidada por sua ocupação e especialmente pelo seu tamanho, mas ele me abordou da maneira mais simpática possível para perguntar se eu já estava inscrita ou se precisava de ajuda. Respondi que já havia realizado a inscrição e ele prontamente começou a vasculhar os identificadores procurando o meu nome.

“Aqui está, tenha um bom evento”, ele disse com um sorriso enquanto me entregava o crachá. “Não se esqueça que você tem direito ao lanche e ao almoço”. Eu agradei e ele me indicou a porta do auditório. Dois dias depois nos encontraríamos por acidente em um tradicional bar gay de São Francisco a vários quilômetros dali.

O lugar era realmente muito grande. Mais ou menos um quarto das cadeiras estava desocupado quando entrei. As pessoas estavam espalhadas, quase todas com laptops e celulares na mão, claramente muito mais familiarizadas com aqueles

processos do que eu. Logo descobri que é comum nesse tipo de evento que as pessoas interajam com os apresentadores por meio de um aplicativo de enquetes e de perguntas e respostas.

Quando os médicos Stephen E. Follansbee e Robert T. Schooley entraram no palco para apresentar o evento e os convidados, estranhei um pouco o tom humorísticos e descontraído de suas falas. Seguindo à risca o tempo de fala previsto na programação, apresentaram rapidamente os oradores e suas filiações universitárias. Três homens e três mulheres palestrarão sobre assuntos dos mais diversos no universo da doença do HIV – terminologia preferencial entre os apresentadores.

O primeiro a falar foi o médico Daniel C. Douek. Logo que ele subiu no palco identifiquei a postura de showman que conheço bem de assistir a palestras acadêmicas. Com uma piada atrás da outra, ele falou dos avanços importantes no tratamento do HIV, as mudanças que estão sendo implementadas pelo PreP, a ambição ainda distante, mas realista de uma vacina. Andando de um lado para o outro como se tivesse apresentando um desses TEDtalks, ele entreteve o público e abriu o caminho para as discussões mais específicas que se seguiriam.

A primeira professora e médica a falar foi Annie F. Luetkemeyer. Seu nervosismo transparecia um pouco no começo, no jeito atropelado em que se expressava. Mas, ainda na introdução, lembrou-se de que não havia agradecido aos seus patrocinadores de sua pesquisa e reclamou da obrigatoriedade de fazê-lo com um murmúrio. Então, como se tivesse tido a súbita percepção de que eles podiam escutá-la de algum modo, completou em voz alta: “mas nós realmente apreciamos o dinheiro”. O riso da plateia claramente a deixou mais calma.

Luetkemeyer seguiu sua apresentação cujo foco era o HIV e doenças cardíacas. Ela apontou que o HIV não é reconhecido como fator de risco para doença cardíaca, mas que ele é: “Nós perdemos mais da metade dos pacientes de risco porque não verificamos pessoas com menos de 40 anos ou pessoas negras”, disse. “Alguns ARVs também são associados a doenças cardíacas, e é difícil achar sujeitos de pesquisa para verificar essa condição porque quase ninguém é tratado apenas com terapias de primeira ou segunda linha”.

A médica explicou que mulheres são mais suscetíveis a doenças do coração e aos efeitos colaterais dos ARVs, além disso, os novos tratamentos para HIV são todos baseados em trocas frequentes de regimes de medicamento e as pessoas não

são informadas de modo adequado sobre os riscos de tratamentos experimentais. Mas antes que ela pudesse desenvolver essa questão, foi interrompida pelo apresentador da mesa porque seu tempo havia acabado.

A médica que lhe sucedeu, Susan Philip, é a única pessoa não-branca entre os apresentadores. Ela é diretora do Disease Prevention and Control Branch do Departamento de Saúde de São Francisco e o foco da sua fala se divide entre a questão do HIV e outras doenças venéreas, especialmente porque há uma possível nova epidemia de sífilis em andamento no mundo ocidental.

Philip explica que a sífilis afeta especialmente homens que fazem sexo com homens, homens que fazem sexo com mulheres, e mulheres. Também menciona que as estatísticas recentes sobre sífilis congênita são alarmantes, especialmente porque o tipo de penicilina recomendada para tratar grávidas com sífilis estava em falta no estado da Califórnia. Em seguida, ela falou de outras vulnerabilidades enfrentadas por pessoas soropositivas no que concerne o contágio por DSTs. Ela enfatiza a preocupação com a tricomoníase, única DST exclusivamente feminina e que é persistente em mulheres soropositivas.

Depois dessas três apresentações, um painel com todos os oradores foi anunciado. Eles se posicionaram lado a lado e de frente para o público enquanto Schooley lhes fazia algumas perguntas em pé no palanque. Para introduzir o propósito do painel, o apresentador levantou uma questão para os médicos convidados. Ele pediu para que cada um na mesa respondesse o que faria caso percebesse em algum momento que deixado de notar uma especificidade importante em um caso de atendimento a um paciente com HIV – uma condição de saúde que impedisse o uso de determinado medicamento, um problema de saúde que não tivesse relação com o HIV, qualquer particularidade que exigisse que o paciente recebesse um tratamento diferente do que lhe seria prescrito por padrão.

Doueke respondeu, e aqui eu cito exatamente as palavras utilizadas: “Nós nunca deixamos de notar”. Se no auditório o desconforto foi imediato, na mesa, ele foi quase palpável. Visivelmente constrangido, Schooley refez a pergunta acrescentando que isso era um cenário hipotético, mas Doueke insistiu: “Isso simplesmente não acontece”. Ninguém mais respondeu à pergunta. O apresentador seguiu para a próxima fase do painel.

A dinâmica é muito diferente agora. Em vez de apresentações individuais, Schooley exhibe um slide com dados de casos individuais de pacientes e pergunta a

cada um da mesa que regime de tratamento dariam àquele sujeito – o público também respondia às mesmas perguntas por meio de um aplicativo. Na janela de tempo em que as pessoas estavam analisando os casos e produzindo respostas, uma série de músicas engraçadinhas tocam ao fundo, como a abertura da Pantera cor-de-rosa e de Game of Thrones. Cada vez que toca algo inesperado, as pessoas riem. Eu também rio em algumas ocasiões, mas me ocorre que multidões se comportam mesmo de um jeito muito estranho.

Entre os quatro casos apresentados, vou relatar aqui o que foi mais representativo das questões que estou privilegiando nesta pesquisa. Esse era o caso número 2, que descrevia uma mulher soropositiva de 47 anos tratada desde 2007 com o mesmo regime de medicamentos. O apresentador perguntou à mesa o que eles fariam com uma paciente assim. Doueke respondeu – e a essa altura, confesso, eu já havia desenvolvido uma grande antipatia por ele – “Deixo assim mesmo. Próxima”.

Ignorando a contribuição valiosa do médico, Susan Phillip respondeu que “é muito comum pacientes dizerem que não sofrem efeitos colaterais, mas perceberem mudanças positivas depois de mudarem o regime de medicamentos que usam para outro mais moderno, então, eu pelo menos debateria a opção com a paciente”. Depois de concordar com Phillip, Annie F. Luetkemeyer acrescentou: “Esse é um caso em que vale a pena pensar em uma mudança de regime, porque o corpo dela estaria passando por muitas mudanças importantes com a chegada da menopausa”. Na pergunta seguinte, Doueke disse que estava atrasado para um compromisso e deixou a mesa mais cedo.

Depois da mesa, as atividades foram suspensas para o almoço. Entre 300 e 400 pessoas foram para o hall de entrada onde estava servido o banquete mais vasto e variado possível. Entre meu terceiro e quarto prato – porque a gente também não vai dispensar comida de graça – me ocorreu que havia algo de absurdo naquele monte de gente reunida se empanturrando e debatendo uma doença cujas piores versões estavam distantes demais da nossa realidade para compreendermos. A apenas três estações de metrô dali, algumas das pessoas a quem realmente interessavam aqueles avanços viviam suas vidas em uma luta diária contra adversidades tão grandes que viver com HIV provavelmente era apenas mais uma. Muitas delas nunca veriam uma fatura igual àquela, ou entrariam em um prédio tão

luxuoso, e certamente não acessariam aquelas tecnologias de ponta que discutiam ali.

Desse modo, quando Constance A. Benson deu início às apresentações da tarde, eu ainda pensava nessas terríveis ironias. Por coincidência, sua fala de abertura foi sobre como o 909090 era ambicioso demais para ser concretizado e sobre a impossibilidade logística de distribuir consistentemente essa quantidade de ARVs pelo mundo. O tema de sua apresentação era ARVs ainda em desenvolvimento e seu potencial de impactar a epidemia: “É muito difícil encontrar pacientes virgens em São Francisco. Dependemos de achar pacientes altruístas. No passado, era melhor para o paciente fazer parte de um ensaio clínico – era como acessavam novas tecnologias. Mas hoje, estão disponíveis muitas opções seguras, então estamos tendo que recorrer a sujeitos de pesquisa não-ideais. Temos que aprender a projetar os testes para esse tipo de paciente”.

Benson foi sucedida por Robert T. Schooley cuja apresentação destoou bastante do esperado. Sua fala era sobre doenças infecciosas em tempos de aquecimento global. Evidentemente, a primeira questão abordada foi a disseminação do Zika e as medidas que precisavam ser tomadas para que a epidemia não se tornasse ainda maior. Mas, a partir daí, a apresentação tomou rumos inesperados. O slide seguinte exibia fotos do que reconheci imediatamente como a Marcha das Mulheres de 2017. Schooley começou a falar de maneira solene e, pareceu a mim, até um pouco comovida, sobre como aquele evento foi incrível e como “era essencial que as mulheres tomassem as ruas e lutassem por seus direitos porque mulheres com direitos eram mulheres saudáveis”.

Depois da fala final de David L. Wyles sobre o cuidado de pacientes com hepatite C, o evento foi encerrado e o hall, em um piscar de olhos, estava novamente cheio de comida e pessoas em círculo conversando casualidades. Saí do prédio e fui dar uma caminhada. Berkeley é uma cidade com uma quantidade impressionante de moradores de rua, até para quem mora no centro de Porto Alegre. Dúzias de pessoas vivendo nas calçadas de uma das maiores universidades do mundo. Faz pensar com tristeza no tipo de intelectuais que nos tornamos.

Finalmente, em uma última visita ao A Woman’s Place para agradecer o tempo e prestatividade de Bebe, reencontrei as duas senhoras que encontrei na porta no primeiro dia, reclamando que não podiam fumar no prédio. Elas me reconheceram imediatamente quando eu estava passando pelo corredor. Idgie me

perguntou sobre minha tatuagem – um barco indo em direção a um polvo – questionando se eu gostava de navegar. Respondi que gosto de andar de barco, mas que não sei navegar. Ruth se juntou à conversa dizendo que também gostava muito e ambas me convidaram para fazer um cruzeiro. Fizemos alguns planos sobre nossa viagem imaginária antes de eu me despedir. Falamos de festas, cassinos, coquetéis e o tempo inteiro eu pensava que era uma grande honra ter conhecido aquelas mulheres com quem muito provavelmente eu não tornaria a me encontrar. Estávamos a um mundo de distância – literal e figurativamente. Eu certamente não podia sequer imaginar o tipo de coisas que tinham que enfrentar diariamente, mas ainda assim, tínhamos algumas lutas, adversidades e, agora, mais um sonho em comum.

7.2 Últimas considerações

Decidi encerrar o trabalho com a descrição do congresso porque entendo que este evento sumariza perfeitamente muitas das questões que levantei aqui como problemáticas no que refere à inclusão de mulheres na epidemia HIV/AIDS e como seus corpos têm sido historicamente concebidos. Temos o corpo que não aparece, o corpo que aparece como diferente, particularidades ignoradas, e até mesmo certo nível de escárnio por parte de alguns representantes do discurso médico.

É sintomático, por exemplo, que apenas as autoras mulheres tenham cogitado as diferenças materiais que decorrem do uso de variados regimes de medicamento disponíveis, como por exemplo na menopausa, fase exclusiva do corpo feminino. É representativa a ausência de discussões mais complexas sobre o regime de inclusão e diferença que parece vigorar na biomedicina – especialmente no que concerne aos marcadores de raça e de classe. É preocupante observar a carência de autocrítica por parte de alguns pesquisadores da área da saúde, mesmo diante de uma epidemia que nos mostrou repetidamente o quão frágeis são as certezas da ciência.

Em breve, quarenta anos terão se passado desde que os primeiros homens foram diagnosticados com uma estranha doença que, em algum momento, tornou-se o que conhecemos hoje por HIV/AIDS. Muitas lições importantes foram aprendidas desde então; muitas vidas foram perdidas, mas muitas foram salvas. Como disse ainda no início deste trabalho, minha intenção ao fomentar o debate sobre a

epidemia não é, de modo algum, desvalorizar as conquistas valiosíssimas da medicina e da ciência no que diz respeito a uma questão tão sensível que compromete a saúde de tantas pessoas no mundo e que continua a dizimar milhões de vidas. Não fosse pelo esforço de tantas pesquisadoras e pesquisadores, médicas e médicos, cientistas sociais, ativistas, o cenário da doença seria ainda mais brutal. Mas quantas outras vidas não teriam sido poupadas se as mulheres realmente tivessem direitos iguais e inalienáveis a escolha, autonomia e dignidade previstos na declaração dos direitos humanos?

A AIDS foi um evento que instituiu um antes e depois para uma série de instâncias da vida social, mas especialmente para as relações entre a produção de conhecimento biológico e social. Não é que antes disso não houvesse nenhum diálogo ou pesquisadores de ambos os lados sensíveis a estas questões, mas o HIV/AIDS institucionalizou a importância dos fatores socioculturais na análise de fenômenos biomédicos. Como destaquei neste trabalho, as evidências desta colisão estão por toda a literatura sobre saúde, e são particularmente observáveis na gramática usada para descrever a epidemia. No que concerne à entrada das mulheres neste âmbito, a associação fica ainda mais clara, com conceitos importados das ciências humanas sendo constantemente evocados, como: opressão de gênero, desigualdade de gênero, roteiros sexuais, desculturalização, mentalidade patriarcal, vulnerabilidade social, estigma e, a que mais me interessa aqui, feminização. Acredito que esse seja apenas mais um dos muitos motivos para considerarmos nossa obrigação acompanhar os regimes de verdade que são produzidos usando tais ferramentas.

Também como explicitado anteriormente, a feminização é um conceito emergido na sociologia que se refere a entrada e maior participação das mulheres em um âmbito determinado. Mais que um conceito, nesse sentido, a feminização é um argumento: o de que um espaço – físico e metafórico – que era, anteriormente, majoritariamente ocupado por homens está contando progressivamente com mais e mais mulheres. Desse modo, mesmo quando a palavra feminização não é evocada, a noção está presente a todo momento.

O problema que tentei apontar ao longo deste trabalho é que a feminização também não passa de um tropo: a feminização do HIV/AIDS, assim como a da pobreza, é um argumento, uma retórica e uma ficção que promovem a falsa noção de que corpos femininos passaram a surgir onde não estavam antes. Essa é uma

narrativa muito melhor do que as versões alternativas em que mulheres têm sido histórica e repetidamente privadas de direitos básicos; em que são espancadas, estupradas e mortas; em que são obrigadas a ter filhos que não desejam; em que não podem criar as crianças que amam; em que são vistas como responsáveis pela vida de todas as pessoas ao seu redor; em que morrem de doenças que são conhecidas há centenas de anos porque não podem comprar medicamentos; em que podem sofrer violência por sugerirem o uso de preservativos. A feminização é um texto com cortes – uma adaptação para pessoas sensíveis. Ela não nos obriga a olhar reflexivamente para os problemas discursivos que têm cercado e produzido esse corpo historicamente.

A narrativa da feminização desvia a atenção das negligências cometidas em decorrência das concepções e estruturas que já existiam muito antes da epidemia da AIDS ser concebida. O descaso e abandono vivenciados pelas mulheres no contexto do HIV/AIDS não pode ser descrito senão como criminoso, e o ônus é infinitamente maior para mulheres negras, latinas e asiáticas – tanto em países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos onde também vivem, frequentemente, em situação de extrema pobreza. A feminização do HIV/AIDS é, portanto, um fenômeno no qual interseccionalidades performam diferenças extremas. Raça, classe, sexo e sexualidade em suas presenças ausentes circulam incansavelmente ao redor da nave nos alertando, a todo instante, de que continuarão a produzir desigualdades enquanto não formos capazes de encará-las.

Com o advento de novas questões de saúde que se relacionam intimamente com a produção do corpo feminino e com questões reprodutivas, como é o caso do Zika e suas complicações – especialmente a microcefalia –, é fundamental colocarmos os objetos em perspectiva na tentativa de impedir que tropos nocivos produzidos ou reproduzidos pela ciência continuem a fomentar o descaso com nossa saúde e nossos corpos, especialmente para mulheres em regimes mais complexos de opressão social cujo acesso aos direitos mais básicos é tão difícil. Em reportagem intitulada “Gastos com microcefalia podem chegar a R\$ 34,9 bilhões no Brasil”, Renata Mariz diz⁷⁶:

⁷⁶ GASTOS COM MICROCEFALIA PODEM CHEGAR A R\$ 34,9 BILHÕES NO BRASIL. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/gastos-com-microcefalia-podem-chegar-r-349-bilhoes-no-brasil-21708596>> Acesso em: 4 out 2015

A pesquisa [realizada pela ONU] alerta que, no cenário de microcefalia associada ao Zika, é ainda mais urgente zelar pela saúde sexual e reprodutiva feminina pautada no “respeito pela decisão das mulheres, acesso a informações precisas e completas, acesso à contracepção”, entre outros cuidados. Ao citar Brasil e Suriname, o relatório descreve que “políticas restritivas ao aborto na região” se agravam pelo fato de a microcefalia só poder ser identificada no terceiro mês de gravidez.

Aponta ainda que os serviços clandestinos são numerosos no Brasil. Em 2016, o Alto Comissariado da ONU para Direitos Humanos defendeu a descriminalização do aborto em função da epidemia de zika no Brasil. No relatório divulgado pelo Pnud nesta terça, não há a mesma defesa enfática, mas o documento faz referência ao problema do aborto inseguro.

“Mesmo antes do surto de Zika, a OMS havia alertado que cerca de 95% dos 4,4 milhões de interrupções de gravidez por ano na região são realizados em condições inseguras, resultando em 12% por cento de todas as mortes maternas”, destaca.

A reportagem enfatiza o pesado custo ao Estado uma vez que cada caso, ainda segundo pesquisa da ONU, custaria ao país quase um milhão de dólares por caso uma vez que “nascidos com a malformação no cérebro têm 20% de probabilidade de óbito no primeiro ano de vida e expectativa média de 35 anos”. Isso me leva a pensar inevitavelmente nas lições valiosas que precisamos tirar da ausência e inserção problemática das mulheres na epidemia HIV/AIDS – uma das principais é justamente que, enquanto não produzirmos consistentemente narrativas, textos e discursos diferentes daqueles estabelecidos, não conseguiremos impedir os efeitos perversos das representações já estabelecidos sobre nossos corpos.

Nesse sentido, tomo como exemplo os estudos sobre o que o direito contemporâneo definiu como “crimes da globalização” – uma questão que tem recebido cada vez mais atenção dentro das ciências jurídicas. Essa área emergente da criminologia promove a ideia de que políticas internacionais de instituições financeiras causam enorme mal a pessoas em diferentes partes do mundo e esses danos precisam ser vistos como crimes independentemente de existirem violações específicas de leis de estado ou internacionais:

A emergente área da criminologia amplamente descrita como ‘crimes da globalização’ desenvolveu-se da afirmação feita por alguns críticos criminais de que um foco acadêmico em danos sociais é crucial para expandir as fronteiras da pesquisa criminológica. A criminologia dominante ou tradicional conceitua crime em termos de violação da lei criminal de um país. Tal violação pode envolver a comissão de um ato proibido pelo código criminal do Estado ou a falha em cumprir uma obrigação exigida pelo código criminal. Em outras palavras, para um ato ou omissão ser considerado um

crime, sua definição e punição devem estar claramente descritas no código criminal.” (EZEONU e KOKU, 2008, p. 115)

O artigo vai ainda mais longe argumentando que a maioria das leis são instrumentos políticos que “incorporam os valores da classe, raça, gênero e outros grupos sociais dominantes na sociedade” (Idem, p.116). Conforme entra na discussão mais específica sobre mulheres e HIV/AIDS, os autores argumentam que a feminização da epidemia não passa de reflexos biológicos de falhas sociais descritas como *sísmicas*. Os autores fazem um trabalho de localização incrível relacionando políticas neoliberais à pauperização dos países em desenvolvimento, vulnerabilidade das mulheres e precariedade do sistema de saúde.

Embora seu foco seja nos aspectos jurídicos e econômicos da epidemia, o trabalho nos permite vislumbrar o que podemos alcançar por meio da interdisciplinaridade e mesmo com a dissolução de fronteiras disciplinares cuja rigidez não traz nenhum benefício e promove a manutenção da autoridade incontestável daqueles que produzem a partir de áreas consolidadas como mais confiáveis. Mais que isso, o trabalho nos lembra da importância de produzir discurso mais direcionados e destemidos, trazendo atores e redes específicos para a discussão e indicando o mais precisamente possível onde são produzidas certas narrativas.

É importante observar, portanto, essa característica essencial do discurso: a multidirecionalidade. O discurso médico hegemônico, por exemplo, é profundamente influenciado por percepções produzidos em outras frentes, como procurei mostrar a partir da metodologia de dobragem do objeto – o conhecimento produzido por este, por outro lado, também informa outras redes de produção discursiva originando assim um movimento de eterna retroalimentação. O mesmo é verdade para os discursos que produzimos nas ciências sociais, na literatura, no feminismo, mas com a diferenças de que operamos em registros de menor credibilidade.

Curiosamente, as centenas de textos médicos com que tive contato, exatamente como os que produzimos, estavam repletos de metáforas, hipérboles, lítotes, ironias; pois a literatura médica, como qualquer tipo de texto, é composta tão somente por figuras de linguagem e representações. Não podemos – e nem deveríamos – ambicionar que a ciência e a produção geral de conhecimento sejam relacionadas à verdade e literalidade. Somos percebidos nas ciências sociais

enquanto áreas de conhecimento politizadas, e o que devemos ter como objetivo é justamente que *quaisquer* discursos produzidos em *todas* as redes sejam vistos dessa maneira.

Quando o HIV/AIDS é associado à homossexualidade masculina; quando mulheres são reduzidas a mães, prostitutas, gestantes; quando a violência masculina perde o sujeito, tornando-se apenas violência doméstica ou violência perpetrada; quando estupros são eufemizados de maneiras que beiram o ridículo; quando corpos são omitidos, quando a biologia e a natureza são usadas para justificar a dispersão de uma doença em vez das estruturas de opressão que levam à vulnerabilidades; quando a inclusão das mulheres em uma epidemia é narrada como um “crescimento” e não como um reconhecimento necessário, mas tardio de sua presença, estas também são descrições políticas que, frequentemente, passam incontestes.

Desse modo, não há dúvidas de que o número de mulheres infectadas desde que a epidemia foi reconhecida pela primeira vez tenha aumentado – mas tenho convicção de que parte importante desse aumento e, possivelmente, a maior parte dele se deve ao fato de que as mulheres que escaparam à configuração inicial do radar da epidemia passaram a ser finalmente procuradas.

Dito isso, sei que o tom deste texto fugiu, frequentemente, do que se espera de um trabalho acadêmico, mas é apenas porque tenho a crença firme – compartilhada com muitos dos autores aqui citados e com pessoas que me inspiram em diversas outras arenas – de que a livre expressão, a política, a criatividade são e deveriam continuar sendo parte essencial da produção de conhecimento. Nesse sentido, recupero a emblemática fala do René Dubos para resumir meu argumento: “Não é impossível que no futuro, como no passado, passos efetivos na prevenção de doenças sejam motivados por revoltas emotivas contra algumas das inadequações do mundo moderno. Conhecimento e poder podem emergir de sonhos tanto quanto de fatos”.⁷⁷

Quase quatro anos atrás, quando entrei na sala de aula do curso sobre epidemiologia pela primeira vez, o professor fez um comentário curioso que encontrei rabiscado em um cantinho do meu caderno de notas: “o dever da epidemiologia é 1) reunir informações atualizadas; 2) processar e analisar esses

⁷⁷ DUBOS, R. *Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change*. Nova York: Doubleday, 1959.

dados; 3) fazer recomendações pertinentes que façam diferença na vida das pessoas. O terceiro item separa a epidemiologia decente da epidemiologia pornográfica”. Esqueci-me completamente dessa fala até pouco tempo, quando recuperei esse caderno em uma mudança de casa, mas compartilho, mais que nunca, desse sentimento. Se estamos produzindo conhecimento sem a intenção de jogar luz sobre as injustiças a que as pessoas estão submetidas e sem fazer o possível para que nossos trabalhos e vidas contribuam, ainda que minimamente, para mudar essa estrutura perversa, então estamos apenas produzindo entretenimento de má qualidade para satisfação própria.

7.3 Aprendendo a soletrar e matar anjos

Este trabalho foi aberto com um trecho do poema *Spelling*⁷⁸ de Margaret Atwood. O texto começa com a autora descrevendo sua filha, que está brincando no chão com letras de plástico, aprendendo a escrever, soletras, fazer feitiços⁷⁹. Olhando a cena, Atwood continua: quantas mulheres precisaram abdicar de ter filhas, precisaram se fechar em quartos e fechar as cortinas apenas para poderem escrever. Ela prossegue, pensando nas mulheres que vieram antes dela, cativas de guerra cujas pernas foram amarradas para evitar que dessem à luz, em nossas ancestrais que foram queimadas com a boca amarrada para silenciar suas palavras e feitiços.

O poema continua com uma linda metáfora sobre como o corpo inteiro se transforma em uma boca para que as palavras se derramem e a verdade seja dita. Às vezes o corpo inteiro, como lembra Butler, transforma-se em um rosto, em uma boca e, então, ele fala. O corpo de uma mulher – de todas as mulheres – tem muitas histórias para contar. Histórias de dor, de sofrimento, mas, especialmente, de vitórias sobre as mordanças que diariamente nos colocam e diariamente falham em nos silenciar.

⁷⁸ Transcrito no Anexo IV.

⁷⁹ O poema faz uma brincadeira com os múltiplos sentidos de *spell/make a spell*, que pode significar tanto soletrar como fazer feitiços.

No extremo oposto dessa temática, temos *The Angel in the House*⁸⁰ - um poema do século XIX escrito por Coventry Patmore que “exalta” a mulher em sua posição de submissão e domesticidade. Virginia Woolf falou sobre tal tropo em uma palestra de 1931 na qual conta que, sempre que sentava para trabalhar, o “anjo na casa” vinha lhe sussurrar coisas no ouvido, plantar dúvidas, lembrar que não era o seu lugar de direito escrever e ser ouvida⁸¹. É interessante observar que Virginia Woolf não deixou de ser uma das mulheres a que Atwood se contrasta em seu poema: também ela não teve filhos e dedicou-se à escrita exclusivamente, fechada em *um quarto todo seu* para que sua vida de escritora pudesse prosperar.

Infelizmente, quase um século mais tarde, todas as mulheres ainda conhecem o tal anjo. Também é verdade que, dependendo de nossa cor, nossa classe, nossa sexualidade alguns anjos são muito mais difíceis de matar. Mas seja por meio de resistências tão pequenas que não produzem mais que um murmúrio, ou por meio da união de nossos corpos e vozes que gritam, e cantam, e enfeitiçam e que são cada vez mais difíceis de ignorar, mataremos esse anjo, uma palavra por vez.

Então, em vários sentidos, a AIDS tem sim um rosto de mulher: um rosto que resiste apesar de uma história milenar de descasos e abusos, de opressão e subjugação; um rosto que continua falando apesar das ameaças de agressão e de morte e apesar das tentativas diárias de ser desacreditado, desvalorizado, silenciado. Como fizemos desde os primórdios, seguiremos povoando o mundo com nossas narrativas, mesmo que nos imponham, como historicamente fizeram, o anonimato. Por fim, nas palavras de Alice Walker, que expressa esse mesmo sentimento mais sucintamente: “Jamais precisaremos ser outra coisa além do que já somos para ter sucesso. Nós percebemos que somos, nós mesmas, ilimitadas e que nossas experiências são válidas. Cabe ao mundo reconhecer o mesmo, se assim quiser”⁸².

⁸⁰ Transcrito no Anexo IV.

⁸¹ WOOLF. “*Professions for women*” em *Killing the Angel in the House*. Londres: Penguin Books. 1993

⁸² WALKER. *The World Has Changed*. New York: The New Press, 2010.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

30 ALARMING STATISTICS THAT SHOW THE REALITY OF SEXUAL VIOLENCE IN AMERICA. Disponível em: <http://www.huffpostbrasil.com/entry/sexual-assault-statistics_us_58e24c14e4b0c777f788d24f>. Acesso em: 02 dez. 2017.

70% DAS VÍTIMAS SÃO CRIANÇAS E ADOLESCENTES: OITO DADOS SOBRE ESTUPRO NO BRASIL. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36401054>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

ABOUT THE LANCET. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/lancet/about>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

AGGLETON, P., & PARKER, R. (2015). Moving beyond biomedicalization in the HIV response: Implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. **American Journal of Public Health**. Vol 105, n.8. 2015

AIDS NOW SEEN AS A WORLDWIDE HEALTH PROBLEM. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/1983/11/29/science/aids-now-seen-as-a-worldwide-health-problem.html?pagewanted=all>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

AN ENTIRELY CURABLE DISEASE IS A TOP 10 KILLER AROUND THE WORLD. Disponível em: <http://www.huffpostbrasil.com/entry/tuberculosis-top-ten-killer-who-report_us_57feab2be4b0e8c198a5e095>. Acesso em: 23 dez. 2017.

ATWOOD, M. Spelling. True Stories. Londres: Oxford University Press, 1981.

ATWOOD, M. The Handmaid's Tale. New York: Anchor Books, a division of Penguin Random House LLC, 1998.

BASEADO EM FATOS REAIS, DELICADO ROMANCE ABORDA O RAPTO DE MULHERES NO MÉXICO. Disponível em: <<http://cultura.estadao.com.br/noticias/literatura,baseado-em-fatos-reais-delicado-romance-aborda-o-rapto-de-mulheres-no-mexico,1629043>>. Acesso em: 23 dez. 2017

BADIOU, A. O ser e o evento. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1996.

BEAUVOIR, S. O Segundo Sexo: a experiência vivida. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1980.

BLACK, D. et al. HIV Testing on All Pregnant Women. **The Lancet**. Volume 330, Issue 8570, p. 1277. 1987.

BRANDT, A. No magic Bullet: A social history of venereal diseases in the United States since 1880. New York, Oxford Univ. Press, 1985.

BRENKY, D.; CARTER, J.; ZÉMOR, O. **La route du SIDA: enquête sur une grande peur**. [s.l.] : Londreys, 1985.

BREXIT, TRUMP, LE PEN AND THE RISE OF THE RIGHT: THE ANGER GOES GLOBAL. Disponível em: <<http://www.independent.co.uk/news/world/brexit-trump-le-pen-and-the-rise-of-the-right-a7443241.html>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

BRUNET, J.B., et al. Acquired immunodeficiency syndrome in France. **The Lancet** 1983; i: 700-01

BRUYN, M. Women, Reproductive Rights, and HIV / AIDS : Issues on Which Research and Interventions are Still Needed. **Journal of Health, Population and Nutrition**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 413–425, 2006.

BUONAGURO, L. et al. Genetic and phylogenetic evolution of HIV-1 in a low subtype heterogeneity epidemic: the Italian example. **Retrovirology** 4:34. 2007.

BUTLER, J. Bodies that matter. New York/London, Routledge, 1993.

BUTLER, J. Sexual Differences as a Question of Ethics: Alterities of the Flesh in Irigaray and Merleau-Ponty. *Chiasmi International* 10:333-347. 2008

BUTLER, J. Vida precária. Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar. São Carlos, Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, 2011, n.1, p. 13-33

BYGBJERG, I. C. AIDS IN A DANISH SURGEON (ZAIRE, 1976). **The Lancet**, [s. l.],

p. 1983, 1983.

CABANE, J. et al. AIDS in an apparently risk-free woman. **The Lancet**, [s. l.], p. 1984, 1984.

CALLON, M. & LAW, J. De los intereses y su transformación. Enrolamiento y contraenrolamiento. In: DOMÈNECH, M. & TIRADO, F. X. (orgs.). Sociología simétrica: ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad. Barcelona: Gedisa, 1998.

CALLON, M. El proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramienta para El análisis sociológico. In: DOMÈNECH, M. & TIRADO, F. X. (orgs.). Sociología simétrica: ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad. Barcelona: Gedisa, 1998.

CARRARA, S. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CDC (Centers for Disease Control). Pneumocystis pneumonia. Los Angeles. **MMWR**. 1981a.

_____. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men - New York City and California. **MMWR**. 1981b.

_____. Persistent, generalized lymphadenopathy among homosexual males. **MMWR**. 1982a.

_____. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS). United States. **MMWR**. 1982b.

_____. Pneumocystis carinii pneumonia among persons with hemophilia A. **MMWR**. 1982c.

_____. Possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS). California. **MMWR**. 1982d.

_____. Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among Haitians in the United States. **MMWR**. 1982e.

_____. Immunodeficiency among female sex partners of males with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). New York. **MMWR**. 1983a.

_____. Prevention of acquired immune deficiency syndrome (AIDS): report of interagency recommendations. **MMWR**. 1983b.

_____. Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting - United States. **MMWR**. 1985a.

_____. Revision of the surveillance case definition of acquired immunodeficiency syndrome. **MMWR**. 1987a.

_____. Classification for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children under 13 years of age. **MMWR**. 1987b.

_____. Summary of notifiable diseases - United States. **MMWR**. 1987c.

_____. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. **MMWR**. 1992a.

_____. Guideline for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for persons infected with human immunodeficiency virus. **MMWR**. 1992b.

CHECHEN POLICE 'HAVE ROUNDED UP MORE THAN 100 SUSPECTED GAY MEN'. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2017/apr/02/chechen-police-rounded-up-100-gay-men-report-russian-newspaper-chechnya>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

CHICAGO TYLENOL MURDERS: THE FIRST DOMESTIC TERROR INCIDENT. Disponível em: <<http://www.chicagomag.com/Chicago-Magazine/October-2012/Chicago-Tylenol-Murders-An-Oral-History/index.php?cparticle=4&siarticle=3#artanc>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

CIRARU-VIGNERON, N., et al. HIV infection among high-risk pregnant women. **The Lancet**, [s. l.], p. 1986, 1987.

CLAVEL F. et al. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. **Science**: 233. 1986.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, 18. 1992.

COOVADIA, Hoosen. Antiretroviral agents--how best to protect infants from HIV and save their mothers from AIDS. **The New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 351, p. 289–292, 2004.

COSTA, Larissa. Pornotopia: história, desafios e reimaginações das pornografias feministas. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2014.

CUEVAS, J. M, et al. Extremely High Mutation Rate of HIV-1 In Vivo. *PLoS Biol* 13(9): e1002251. 2015. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1002251>> Acesso em: 8 dez 2017.

CURRAN, James W.; JAFFE, Harold W. AIDS: the early years and CDC's response. **MMWR supplements**, United States, v. 60, n. 4, p. 64–69, 2011.

CPPR (Center for Public Policy Research). From Under-Developed Areas to World Class Economies, the Ascension. Disponível em
<<http://www.cppr.in/archives/fromunder-developed-areas-to-world-class-economies-the-ascension/>>

CRENSHAW, Kimberlé W. Demarginalizing the intersection of race and sex; a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. Chicago, University of Chicago Legal Forum, 1989.

CRESSMAN, D. A Brief Overview of Actor-Network Theory: Puntualization, Heterogeneous Engineering and Translation. 2009.

DAVIES, J. et al. Credit Suisse Global Wealth Databook. 2015.

DE VINCENZI I, for the European Study Group in Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual couples. **The New England Journal of Medicine**. 1994.

DEVETTERE, R. J. **Practical Decision Making in Health Care Ethics: Cases and Concepts, Third Edition.** [s.l.] : Georgetown University Press, 2009.

DOANE, Mary-Anne. Technophilia: Technology, Representation and the Feminine. In: REDMOND, Sean (Ed.). **Liquid metal: the science fiction film reader.** London: Wallflower, 2004. p. 182–191.

DOMÈNECH, M. & TIRADO, F. X. Claves para la lectura de textos simétricos. In: DOMÈNECH, M. & TIRADO, F. X. (orgs.). *Sociología simétrica: ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad.* Barcelona: Gedisa, 1998.

DUMIT, Joseph. *Drugs for life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health.* Duke University Press/Durham and London: 2012

DUNKLE, Kristin L. et al. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. **The Lancet**, [s. l.], v. 363, n. 9419, p. 1415–1421, 2004.

EDWARDS, D. et al. Kaposi sarcoma associated with AIDS in a woman from Uganda. **The Lancet**, [s. l.], p. 631–632, 1983.

EL-BASSEL, N. et al. Intimate partner violence and HIV among drug-involved women: Contexts linking these Two epidemics-challenges and implications for prevention and treatment. **Substance Use and Misuse**, [s. l.], v. 46, n. 2–3, p. 295–306, 2011.

EMECHETA, B. *The Joys of Motherhood.* Londres: Allison & Ruby. 1979

ENGEL, Jonathan. *The epidemic: a global history of AIDS.* New York: Smithsonian Books/Collins. 2006.

EPSTEIN, Steven. *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge.* Berkeley: University of California, 1996.

EPSTEIN, Steven. *Inclusion: The Politics of Difference in Medical Research.* Chicago: University of Chicago, 2007.

ESCOFFIER, Jeffrey. "Introdução". In: ESCOFFIER, Jeffrey (Org.). Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. Inclusion: The Politics of Difference in Medical Research. Chicago: Experience. 2007.

EZEONU, Ifeanyi; KOKU, Emmanuel. Crimes of Globalization: The Feminization of HIV Pandemic in Sub-Saharan Africa. *The Global South*, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 112–129, 2008.

FACT SHEET. Disponível em: <<http://www.nejm.org/page/media-center/fact-sheet>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

FADERMAN, L. *The Gay Revolution: The Story of the Struggle*. New York: Simon & Schuster. 2015.

FEMINICÍDIO: 10 PAÍSES COM MAIOR TAXA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Disponível: < <https://br.blastingnews.com/sociedade-opiniao/2017/01/feminicidio-10-paises-com-maior-taxa-de-violencia-contra-a-mulher-001427789.html>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

FENTON, Lynda. Preventing HIV / AIDS through poverty reduction: the only sustainable solution? *Lancet* (London, England), [s. l.], v. 364, p. 1186–1187, 2004.

FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum. 2010.

FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. *Tratado de infectologia*. 3.ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu. p.111-113 e 238 -239. 2007.

FROM, Approaches; SOCIAL, T. H. E. *Women, AIDS and access to health care in sub-saharan africa*: [s. l.], [s.d.].

GALLO, R. et al.. Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS. *Science*: 224. 1984a.

_____. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science*, 224 (4648): 500–3. 1984b.

_____. et al. et al. (May 1984). Serological analysis of a subgroup of human Tlymphotropic retroviruses (HTLV-III) associated with AIDS. *Science*. 224. 1984c.

_____. et al. (May 1984). "Antibodies reactive with human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS". *Science*. 224. 1984d.

_____. HIV causes AIDS. *Science*. 241. 1988.

GALLO, R. MONTAGNIER, L. The Discovery of HIV as the Cause of AIDS. **The New England Journal of Medicine**. 2003.

GERETTI, Anna Maria et al. Effect of HIV-1 subtype on virologic and immunologic response to starting highly active antiretroviral therapy. **Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, United States, v. 48, n. 9, p. 1296–1305, 2009.

GIBBS, Jr. Process and products in making sense of tropes. In A. Ortony (Ed.), *Metaphor and thought* (2nd Edition). New York: Cambridge University Press. 1993.

GLOBAL HIV AND AIDS STATISTICS. Disponível em: <<https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

GOLDMAN, Marcio. Alteridade e experiência: Antropologia e teoria etnográfica. *Etnográfica*, vol.10, n.1. 2006.

GOULD, Peter. *The Slow Plague*. Oxford, Blackwell. 1993.

GUIMARÃES, Carmen Dora. 1994. Mulheres, Homens e AIDS: o visível e o invisível. In: Richard Parker et al (orgs.) *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ. 1996.

HALL, S. Cultural studies and its theoretical legacies. In: *Cultural Studies*, ed. Lawrence Grossberg, Cary Nelson, and Paula A. Treichler. New York, Routledge. 1992.

_____. Avtar Brah's cartographies: Moment, method, meaning. *Feminist Review*. 100, 27–38. 2012.

HARAWAY, D. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, [S.I.], n. 5, p. 04-41, 1995.

_____. Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*, Belo Horizonte, Autêntica. 2000.

HARAWAY D. Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. In: *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books, 183–201. 1991a.

HAMPTON, L.. Care of the Woman Who Has Been Raped. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 332, n. 4, p. 234–237, 1995.

HENRION, R et al. Trends in HIV transmission in pregnancy. [s. l.], p. 1401, 1990.

HIGGINS, J., et al. Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, [s. l.], v. 100, n. 3, p. 435–445, 2010.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1. 62. p. 61-73. 2014

HOOPER, Edward. *The river: a journey to the source of HIV and AIDS*. Londres: Allen Lane. 1999

HORTON, R. Women as women with HIV. **The Lancet**. [s. l.], p. 531–532, 1993.

HUDSON, C. N., et al. HIV testing on all pregnant women. **The Lancet**, p. 234. 1988.

HYUSSEN, A. *After the great divide: Modernism, Mass Culture, Postmodernism*. Bloomington: University Press. 1986

'I WAS RAPED TO "CURE" ME OF BEING A LESBIAN'. Disponível em: <<http://www.marieclaire.co.uk/news/corrective-rape-first-person-6626>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

IAVI (International AIDS Vaccine Initiative). Annual Report. 2003.

ISIS SUICIDE ATTACK: MORE THAN 80 KILLED IN SOUTHERN IRAQ. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2017/sep/14/isis-kills-at-least-50-in-southern-iraq-attacks>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

JACOBUS et al. *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*. New York: Routledge. 1990

JARLAIS, D. et al. Continuity and change within an hiv epidemic: Injecting drug users in new york city, 1984 through 1992. **JAMA**.

JOHNSON, A. M. Condoms and HIV Transmission. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 331, n. 6, p. 391–392, 1994.

KANE, B. M. *HIV/AIDS Treatment Drugs*. Chelsea House, New York. 2011.

KANG'ETHE, S. M. Feminization of Poverty in Palliative Care Giving of People Living with HIV and AIDS and Other Debilitating Diseases in Botswana. A Literature Review. **Journal of Virology & Microbiology**, [s. l.], v. 2013, p. 1–7, 2013.

KANG'ETHE, S. M. Exploring Feminization of HIV/AIDS and Millennium Development Goals (MDG) with Examples from Botswana and South Africa. **J Hum Ecol**, [s. l.], v. 49, n. 3, p. 211–217, 2015.

KANTOR, Rami. Impact of HIV-1 pol diversity on drug resistance and its clinical implications. **Current Opinion in Infectious Diseases**, [s. l.], v. 19, n. 6, 2006.

KAPLAN, Mark. Feminization of the AIDS Epidemic. *Journal of Sociology and Social Welfare*, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 5–21, 1995.

KING, Jr.; TALMADGE, E. Racial Disparities in Clinical Trials. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 346, n. 18, p. 1400–1402, 2002.

KNAUTH, D. Da camisinha à circuncisão: reflexões sobre as estratégias de prevenção ao HIV /Aids. Anais da 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil. 2008.

KNAUTH, D. R. & MACHADO, P. S. Corrigir, prevenir, fazer corpo: a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), v. 14, p. 229-241, 2013.

KOENIG, E. International prostitutes and transmission of HIV. **The Lancet**, [s. l.], p. 782–783, 1989.

KUPER et al. Looking back to move forward: using history, discourse and text in medical education research: AMEE guide no. 73. 2013

LANGONE, J. AIDS: The Facts. Boston: Little Brown and Company. 1985.

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

LAST, J.M (editor). A dictionary of epidemiology. 4th edition. New York: Oxford University Press. 2001.

LARAIA, Roque. Jardim do Éden revisitado. Em: *Revista de Antropologia*. São Paulo, USP, v. 40 n.1. p. 149-164, 1997.

LATOUR, B. La tecnología es la sociedad hecha para que dure. In: DOMÈNECH, M. & TIRADO, F. X. (orgs.). *Sociología simétrica: ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona: Gedisa, 1998.

LAW, J. Del poder y sus tácticas. Un enfoque desde la sociología de la ciência. In: DOMÈNECH, M. & TIRADO, F. X. (orgs.). *Sociología simétrica: ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona: Gedisa, 1998.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEIBOWITCH, J. A Strange Virus of Unknown Origin. New York: Random House Publishing Group. 1984.

LEIBOWITCH, J. et al. HTLV-III in cells cultured from semen of two patients with AIDS. **Science (New York, N.Y.)**, United States, v. 226, n. 4673, p. 449–451, 1984.

LEFRERE, J. et al. Trends in HIV transmission in pregnancy. **The Lancet**. Volume 335, p. 1401. 1990.

LEPAGE, P., et al. Breastfeeding with maternal antiretroviral therapy or formula feeding to prevent HIV postnatal mother-to-child transmission in Rwanda. **AIDS**. 2009.

LIU, K. e MAGER, N. Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. **Pharmacy Practice**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 708, 2016.

LOPES, Antonio Carlos. Diagnóstico e tratamento. V.3. São Paulo: Manole. 2007.

LUFT, Lya. As parceiras. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

LYON, M. F. e LOUTT, J. F. Aids in a Haitian woman with cardiac Kaposi's sarcoma and Whipple's Disease. **The Lancet**, [s. l.], p. 1981–1982, 1983.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2014, vol.22, n.3, pp.935-952. ISSN 0104-026X.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. & NETTER, T. W., 1993. A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará

MANTELL, J. E. et al. The promises and limitations of female-initiated methods of HIV/STI protection. *Social Science and Medicine*, [s. l.], v. 63, n. 8, p. 1998–2009, 2006.

MARTIN, E. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2006.

MCCARTHY, C. R. Historical background of clinical trials involving women and minorities. **Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges**, United States, v. 69, n. 9, p. 695–698, 1994.

M'CHAREK, A. Technologies of Population: Forensic DNA testing practices and the making of differences and similarities, in: *Configurations*. n. 8: 121-159. 2000.

_____. Fragile differences, relational effects: Stories about the materiality of race and sex. *European Journal of Women's Studies*. 17(4), 307-322. 2010.

_____. Race, time and folded objects: the HeLa error. *Theory, Culture and Society*. Published online January 27, 2014.

MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. *Epidemiologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MCNEIL J, et al. The temporal trend of HIV prevalence among young men entering the Royal Thai Army. 1989-91. VIII International Conference on AIDS, Amsterdam, the Netherlands, July 1992. Abstract PoC 4084.

MELBY, M. et al. Evidence for heterosexual transmission and clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection and related conditions in Lusaka, Zambia. **The Lancet**, [s. l.], n. November, p. 1113–1115, 1986.

MENDELSON, M. E. Molecular and Cellular Basis of Cardiovascular Gender Differences. *Science*, [s. l.], v. 308, n. 5728, p. 1583–1587, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2017. 2017.

MOL, A. (1999) Políticas ontológicas: uma palavra e algumas questões. In: Law, J. & Hassard, J. (Eds.). *Actor Network Theory and After*. Blackwell Publisher. Oxford. 2007

MONTAGNIER, L. et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS) *Science*. 1983.

MONZON, J.; CAPELLAN, O. FEMALE-TO-FEMALE TRANSMISSION OF HIV. **The Lancet**, [s. l.], p. 40–41, 1985.

MOST OF AMERICA'S TERRORISTS ARE WHITE, AND NOT MUSLIM. Disponível em: <http://www.huffpostbrasil.com/entry/domestic-terrorism-white-supremacists-islamist-extremists_us_594c46e4e4b0da2c731a84df>. Acesso em: 23 dez. 2017.

NEEQUAYE, A. R. Preponderance of females with AIDS in Ghana. **The Lancet**, [s. l.], n. October, p. 978, 1986.

OPINION: DISCRIMINATION DENIED IN AIDS DRUG TESTS. Disponível: <<http://www.nytimes.com/1989/01/06/opinion/l-discrimination-denied-in-aids-drug-tests-031289.html>>. Acesso em: 8 jan. 2018.

ORNER, P., et al. Challenges to microbicide introduction in South Africa. *Social Science & Medicine*, 63(4), 968–978. 2006.

OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. London: Routledge, 1994.

OVERSTEEGEN L, et al. HIV combination products. *Nat Rev Drug Discov*. 2007 Disponível em <<http://www.nature.com/nrd/journal/v6/n12/full/nrd2448.html>>. Acesso em 12 de out. de 2015.

PANOS. *Triple Jeopardy*. London: Panos Pubns Ltd. 1990.

PANT PAI, N., et al. Supervised and Unsupervised Self-Testing for HIV in High- and Low-Risk Populations: A Systematic Review. 2013. *PLOS Medicine* 10(4): e1001414.

PEETERS, M, et al. Risk to human health from a plethora of simian immunodeficiency viruses in primate bushmeat. *Emerg Infect Dis* 8: 451–457. 2002.

PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINCKNEY, Leah. SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad SIT Digital Collections The Feminization of HIV/AIDS in Yunnan, China. [s. l.], 2016.

RAPE STATISTICS 2017. Disponível em: <<https://silentscreams4help.org/agencies-survivor/rape-statistics-2017/>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000

ROSNMANS, C. e GRAHAM, W. Maternal mortality: who, when, where, and why. **The Lancet**, volume 368:9542. 2006.

ROSE, D.B.; J. S. KEYSTONE. AIDS in a Canadian woman who had helped prostitutes in Port-au-Prince. **The Lancet**, [s. l.], p. 680–681, 1983.

ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, Oxford, UK, v. 80, n. 2, 2002.

ROSERNGARTEN, M. HIV Interventions: biomedicine and the traffic between information and the flesh. Seattle: University of Washington Press. 2011.

SANJUAN, et al. Vertical transmission of HIV. **The Lancet**, [s. l.], v. Nov 5, n. 7257, p. 1057–1058, 1988.

SANTOS, M. I.; BONAFÉ, S. M. Doenças oportunistas na infecção pelo HIV: tuberculose. Anais eletrônicos. VIII EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. UNICESUMAR. Maringá. 2013.

SAX PE, Cohen CJ, Kuritzkes DR, editors. , editors. HIV Essentials. 7th ed Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; (2014)

SCIMAGO JOURNAL & COUNTRY RANK. Disponível em:
<<http://www.scimagojr.com/>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

SEPKOWITZ, K. AIDS - The first 20 years. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 344, n. 23, p. 6–10, 2002.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH. Disponível em:
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/sexual_violence/en/>. Acesso em: 23 dez. 2017.

SHAIN, R., et al. A Randomized, Controlled Trial of a Behavioral Intervention to Prevent Sexually Transmitted Disease among Minority Women. **New England Journal of Medicine**. 1999.

SHAPIRO, R. L. et al. Antiretroviral Regimens in Pregnancy and Breast-Feeding in Botswana. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 362, n. 24, p. 2282–2294, 2010.

SHARP & HAHN, B. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. Cold Spring Harbor, Perspectives in Medicine, n. 1. 2011.

SOMAINI, Thomas J. et al. HIV prevention in developed countries. **The Lancet**, [s. l.], v. 348, n. 9035, p. 1143–1148, 1996.

STROHL et al., Microbiologia ilustrada. Porto Alegre: Artmed, 2004

SUMATHIPALA, A. et al. Understanding of research: a Sri Lankan perspective. BMC Medical Ethics, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 7, 2010.

SYRIAN REFUGEES: MORE THAN 5M IN NEIGHBOURING COUNTRIES NOW, SAYS UN. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2017/mar/30/syrian-refugee-number-passes-5m-mark-un-reveals>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

TALIDOMIDA. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/talidomida>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

TALLIS, Vicci. Power With: Mobilizing Around Identity and Issue History. In: Feminisms, HIV and AIDS Subverting. [s.l.: s.n.].

THE DEATH AND AFTERLIFE OF THALIDOMIDE. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2013/09/23/booming/the-death-and-afterlife-of-thalidomide.html>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

THE WOMEN WHO FOUGHT AIDS: 'IT WAS NEVER NOT OUR BATTLE'. Disponível em: <https://broadly.vice.com/en_us/article/mbqjqp/the-women-who-fought-aids-it-was-never-not-our-battle>. Acesso em: 23 dez. 2017.

THERE IS NO JUSTICE IN AMERICA FOR BLACK PEOPLE KILLED BY COPS. Disponível em: <http://www.huffpostbrasil.com/entry/philando-castile-no-justice_us_59444c46e4b0f15cd5bb6415>. Acesso em: 02 dez. 2017.

TREICHLER, Paula A. How to have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS. Durham: Duke University Press. (ebook) 1999.

VERKUYL, D. Where women cry when they are HIV negative. **The Lancet**, [s. l.], p. 70, 1992.

FILIPPI, V. et al. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. **The Lancet**, [s. l.], v. 368, n. 9546, p. 1535–1541, 2006.

WAY, P.; STANECKI, K. An Epidemiological Review of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Center for International Research, U.S. Bureau of Census. CIR Staff Paper No. 72, March. Washington, D.C. 1994.

WAINBERG, M. et al. Diminished representation of HIV-1 variants containing select drug resistance-conferring mutations in primary HIV-1 infection. *AIDS*. 37:1627-1631. 2004.

WALKER. *The World Has Changed*. New York: The New Press, 2010.

WALRAVEN, G., et al. The burden of reproductive-organ disease in rural women in The Gambia, West Africa. **The Lancet**, [s. l.], v. 357, n. 9263, p. 1161–1167, 2001.

WENDO, C. Most Ugandan HIV-positive mothers insist on breastfeeding. **The Lancet**, [s. l.], v. 358, n. 9282, p. 649, 2001.

WINGOOD, G. Feminization of the HIV Epidemic in the United States: Major Research Findings and Future Research Needs. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2003.

WHO (World Health Organization). *AIDS: images of the epidemic*. 1994.

_____. The current global situation of the HIV/AIDS pandemic. Jan 3, 1995a.

_____. Surveillance, Evaluation and Forecasting Unit, Division of Technical Cooperation, Global Programme on AIDS. Personal communication. June 1, 1995b.

_____. HIV assays: operational characteristics, World Health Organization, 2004. Disponível em <http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/en/HIV_Report15.pdf>

_____. History of the World Health Organization. Disponível em: <<http://www.who.int/about/history/en/>>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

WHO WE ARE. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/whoweare/about>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

WOMAN GIVES HER LESBIAN PARTNER HIV IN EXTREMELY RARE CASE OF FEMALE-TO-FEMALE TRANSMISSION. Disponível em: <<http://www.dailymail.co.uk/health/article-2580683/Extremely-rare-case-female-female-HIV-transmission-reported.html>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

WOOLF, Virginia. *A Room of One's Own*. London: Hogarth Press. 1929

WOFSY, C. B., et al. ISOLATION OF HTLV-III/LAV from cervical secretions of women at risk for AIDS. *The Lancet*, [s. l.], v. 327, n. 8480, p. 527–531, 1986.

YARCHOAN, M. *The Story of AZT: partnership and conflict*. 2012

APÊNDICE 1

QUADRO 1

Periódico*	Artigos sobre AIDS e HIV (1981-2016)	Total de artigos sobre mulheres	Porcentagem
The Lancet	5.298	199	3,7% do total
NEJM	2.117	82	3,9% do total

*Apenas trabalhos nas seções de artigos originais, estudos de caso e editoriais foram analisados.

QUADRO 2: Lista das 12 doenças associadas à AIDS pelo CDC em 1982

Infecções de Protozoários e Vermes	Criptosporidiose Intestinal, causando diarreia por mais de um mês. (Pela Histologia ou Exame de Fezes)	Pneumocistose, causando pneumonia. (Pela Histologia, análise de uma amostra ou lavagem dos brônquios)	Estrongiloidíase, causando pneumonia, infecção no Sistema Nervoso Central (SNC) ou infecção generalizada.	Toxoplasmose, causando pneumonia ou infecção no SNC.
Infecções por Fungos	Candidíase, causando Esofagite.	Criptococose causando infecção pulmonar, no SNC ou generalizada.		
Infecções Virais	Citomegalovírus, causando infecção pulmonar, no Trato Gastrointestinal ou no SNC.	Vírus da Herpes, causando infecção mucocutânea crônica com úlceras que persistem por mais de um mês; ou infecção pulmonar, no trato gastro intestinal ou generalizada.	Leucoencefalopatia multifocal progressiva, presumidamente causada pelo papovavírus.	
Câncer	Sarcoma de Kaposi em pessoas com menos de 60 anos.	Linfoma, limitado ao cérebro.		

ANEXO I

Figura 1: Filogênese do vírus HIV

Fonte: SHARP e HAHN, 2011

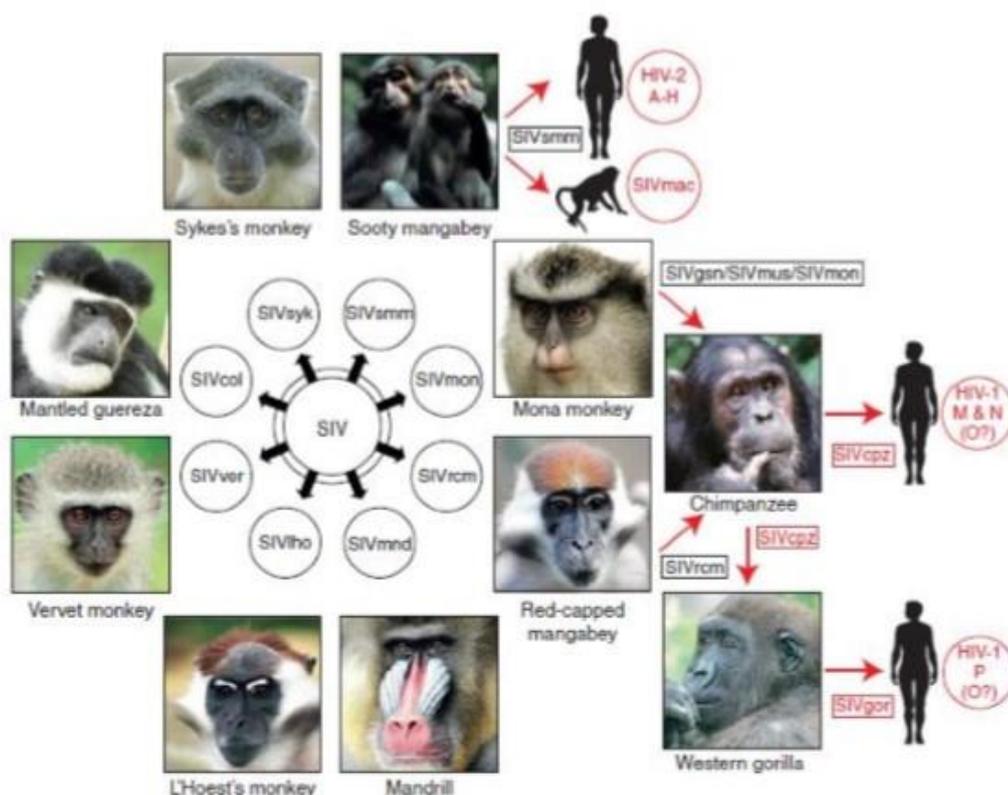


Figura 2: Artigo feito por Robert Gallo de artigo de Montagnier

Fonte: MONTAGNIER, 1983

Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

Abstract. A retrovirus belonging to the family of recently discovered human T-cell leukemia viruses (HTLV), but clearly distinct from each previous isolate, has been isolated from a Caucasian patient with signs and symptoms that often precede the acquired immune deficiency syndrome (AIDS). This virus is a typical type-C RNA tumor virus, buds from the cell membrane, prefers magnesium for reverse transcriptase activity, and has an internal antigen (p25) similar to HTLV p24. Antibodies from serum of this patient react with proteins from viruses of the HTLV-I subgroup, but type-specific antisera to HTLV-I do not precipitate proteins of the new isolate. The virus from this patient has been transmitted into cord blood lymphocytes, and the virus produced by these cells is similar to the original isolate. From these studies it is concluded that this virus as well as the previous HTLV isolates belong to a general family of T-lymphotropic retroviruses that are horizontally transmitted in humans and may be involved in several pathological syndromes, including AIDS.

ANEXO II

IMAGEM 1: Mulheres do ACT UP reunidas antes de um protesto
Fonte: The Women Who Fought AIDS: 'It Was Never Not Our Battle'.



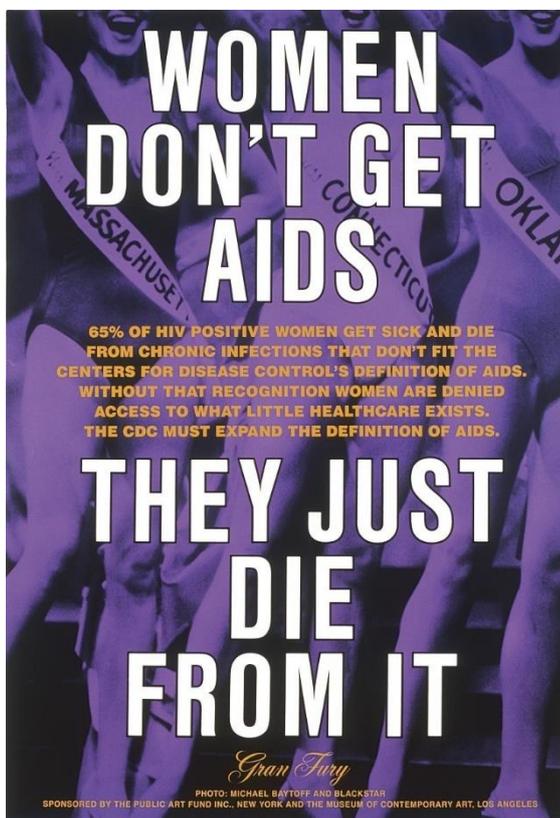
IMAGEM 2: Mulheres do ACT UP em um protesto
Fonte: The Women Who Fought AIDS: 'It Was Never Not Our Battle'.



IMAGEM 3: Mulher segurando cartaz sobre testes clínicos em protesto do ACT UP
 Fonte: The Women Who Fought AIDS: 'It Was Never Not Our Battle'.



IMAGEM 4: Pôster de conscientização do ACT UP
 Fonte: The Women Who Fought AIDS: 'It Was Never Not Our Battle'.



ANEXO III

IMAGEM 1: Pôster de conscientização da Cidade de Chicago sobre o uso de camisinha feminina. Trocadilho com não precisar de “bolas”/coragem para usar camisinha

Fonte: AIDS Education Posters Collection – University of Rochester River



IMAGEM 2: Pôster de conscientização sobre a transmissão vertical.

Fonte: AIDS Education Posters Collection – University of Rochester River

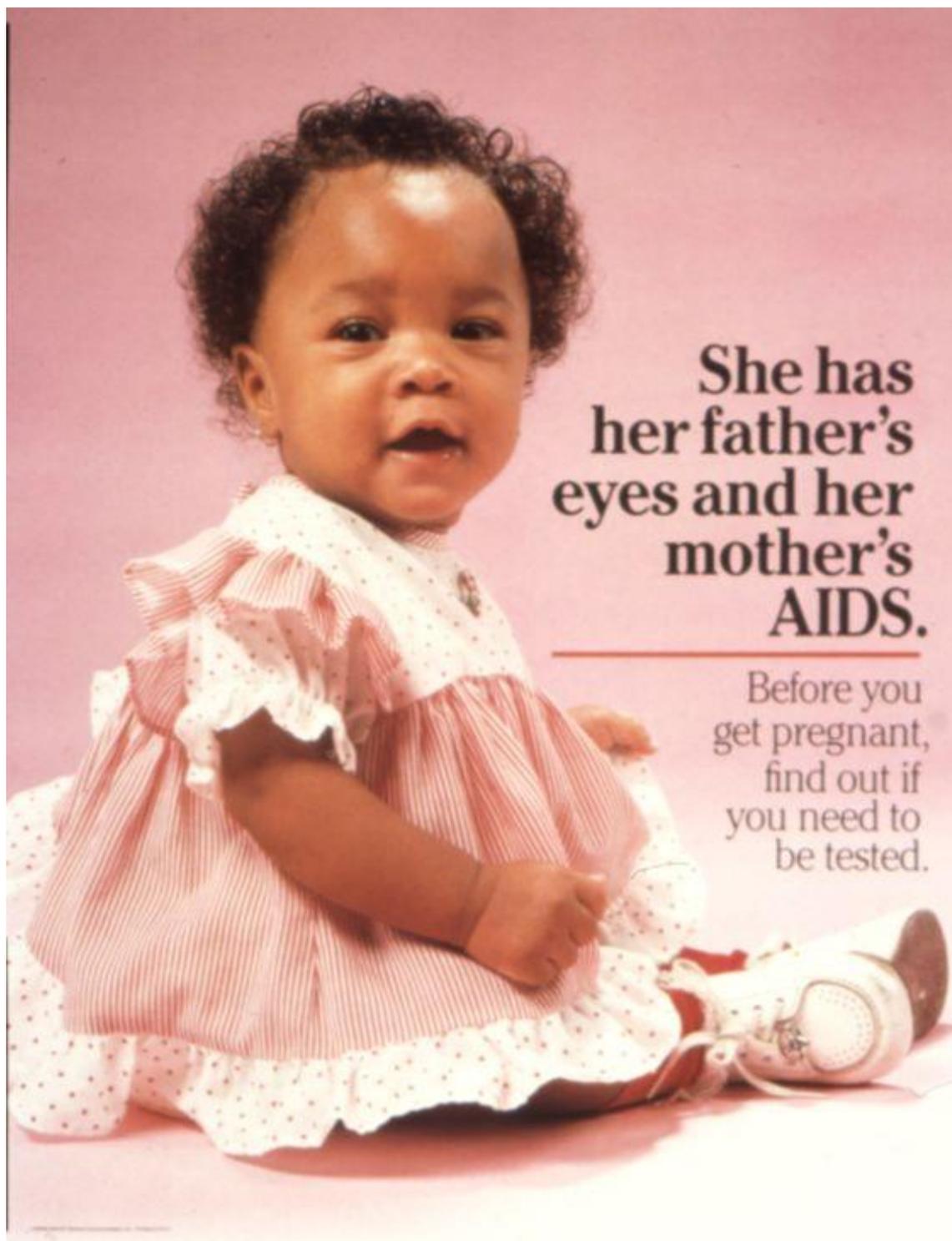


IMAGEM 3: Pôster de conscientização sobre transmissão vertical do estado de Maryland - EUA

Fonte: AIDS Education Posters Collection – University of Rochester River



**WHAT KIND OF MOTHER
COULD GIVE HER BABY HIV?
AN UNTESTED ONE.**

**HIV is one thing you don't have to
pass along to your child. Because
now there are treatments to avoid it.
But you must get tested early.**

Live long. Live strong. Get tested.

HIV ? GET TESTED NOW

GET ANSWERS ABOUT AIDS **FIRST CALL FOR HELP 1-800-492-0618**
MARYLAND AIDS ADMINISTRATION / DHMH **or (410)-685-0525**

IMAGEM 4: Pôster de conscientização sobre transmissão vertical da cidade Washington.

Fonte: AIDS Education Posters Collection – University of Rochester River

**IF YOU EVER
SHOT DRUGS GET
TESTED BEFORE
YOU GET PREGNANT.**

**DON'T MAKE THEM
THE AIDS GENERATION.**



Almost all babies with AIDS have mommas who shoot up or who sleep with men who have shot up. Babies with AIDS can't live very long.

If you or your partner ever shot drugs, even if it was only once, you probably shared needles or works.

Many drug users have gotten AIDS that way and passed it on to their babies.

If you want a baby, you and your sex partner should have the AIDS test first, before you get pregnant. Until then, help protect yourself and your partner from AIDS by using condoms.

Protect your baby. Get into treatment. The sooner you stop shooting drugs the safer you and your baby will be.

STOP SHOOTING UP AIDS.
GET INTO DRUG TREATMENT
CALL 1-800 662 HELP

THE WASHINGTON AREA COUNCIL ON
ALCOHOLISM AND DRUG ABUSE, INC.
1232 M Street, N.W.
Washington, D.C. 20005

A Public Service of the National Institute on Drug Abuse, Department of Health and Human Services.

ANEXO IV

Spelling

*My daughter plays on the floor
with plastic letters,
red, blue & hard yellow,
learning how to spell,
spelling,
how to make spells.*

*I wonder how many women
denied themselves daughters,
closed themselves in rooms,
drew the curtains
so they could mainline words.*

*A child is not a poem,
a poem is not a child.
there is no either/or.
However.*

*I return to the story
of the woman caught in the war
& in labour, her thighs tied
together by the enemy
so she could not give birth.*

*Ancestress: the burning witch,
her mouth covered by leather
to strangle words.*

*A word after a word
after a word is power.*

*At the point where language falls away
from the hot bones, at the point
where the rock breaks open and darkness
flows out of it like blood, at
the melting point of granite
when the bones know
they are hollow & the word
splits & doubles & speaks
the truth & the body
itself becomes a mouth.*

This is a metaphor.

*How do you learn to spell?
Blood, sky & the sun,
your own name first,
your first naming, your first name,
your first word.*

Margaret Atwood

The Angel in the House

Man must be pleased; but him to please
Is woman's pleasure; down the gulf
Of his condoled necessities
She casts her best, she flings herself.
How often flings for nought, and yokes
Her heart to an icicle or whim,
Whose each impatient word provokes
Another, not from her, but him;
While she, too gentle even to force
His penitence by kind replies,
Waits by, expecting his remorse,
With pardon in her pitying eyes;
And if he once, by shame oppress'd,
A comfortable word confers,
She leans and weeps against his breast,
And seems to think the sin was hers;
Or any eye to see her charms,
At any time, she's still his wife,
Dearly devoted to his arms;
She loves with love that cannot tire;
And when, ah woe, she loves alone,
Through passionate duty love springs higher,
As grass grows taller round a stone.

Coventry Patmore