



SEXUALIDADE, VULNERABILIDADE E GÊNERO: ABORDAGEM SOCIOHISTÓRICA DA REPRESENTAÇÃO DA MULHER NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS

TENÓRIO, Luiza Carla. F. R. M

*Estudante do Programa de mestrado em Cognição e Linguagem
luizacarlatenorio@gmail.com*

OLIVEIRA, André Luiz Gomes

*Estudante do Programa de mestrado em Cognição e Linguagem
andrewlui@ig.com.br*

SOUZA, Carlos Henrique

Medeiros

*Professor do Programa de mestrado em Cognição e Linguagem
chmsouza@gmail.com*

765

Resumo:

Aborda questões históricas, sociais e culturais presentes nas relações de gênero, analisando a sexualidade feminina em todo seu desenvolvimento etário e os fatores concernentes a vulnerabilidade do gênero no contexto da epidemia de HIV/AIDS. Pois historicamente o governo e os órgãos epidemiológicos brasileiros negligenciaram a contaminação do gênero feminino por quase 10 anos e a partir deste contexto a mulher foi responsabilizada socialmente e culturalmente pela disseminação e controle da doença. A partir da análise do perfil e comportamento sexual da população brasileira pode-se observar os fatores culturais e sociais condicionadores da identidade feminina e dos papéis masculino e feminino. Ressaltando a diferenciação cultural masculino/feminino que repercuti a vulnerabilidade e o tradicional silêncio feminino a cerca da sexualidade feminina, sendo fator dificultador das negociações nas relações gênero e na adoção de práticas sexuais seguras.

Palavras-chave: relações de gênero, sexualidade feminina e vulnerabilidade.

Abstract:

Discusses historical, social and cultural issues present in gender relations, analyzing female sexuality in all its development and age factors concerning the vulnerability of gender in the context of the HIV / AIDS epidemic. Because historically the government and the Brazilian epidemiological organs neglected contamination females for nearly 10 years and from this context the woman was socially and culturally responsible for the spread and control of disease. From the analysis of the profile and sexual behavior of the population can be observed conditioners cultural and social factors of female identity and male and female roles. Underscoring the male / female cultural differentiation which has repercussions on the vulnerability and the traditional female silence about female sexuality, being a complicating factor in the negotiations of gender relations and the adoption of safer sexual practices.

Keywords: gender relations, female sexuality and vulnerability.



Introdução

A epidemia da infecção do HIV/AIDS constitui um fenômeno global, dinâmico e instável, resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira. A propagação desta epidemia vem sofrendo transformações significativas, pois inicialmente a infecção pelo HIV era restrita aos grandes centros urbanos e marcadamente masculina sendo atualmente a epidemia do HIV caracterizada pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. O aumento da transmissão do HIV por contato heterossexual implica no substancial crescimento de casos entre mulheres, a qual tem sido apontada como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia no Brasil.

Compreender o que é HIV/AIDS e sua epidemia vai além de saber conceitos, formas de contágio, comportamento de risco e prevenção. Embora a educação e a informação sejam fundamentais para a prevenção do HIV/AIDS, sendo até uma questão de cidadania, estas não são suficientes para proporcionar imediatamente as mudanças de comportamento necessárias para conter a epidemia. Visto a realidade vivida por mulheres portadoras do HIV ou com AIDS, a partir da análise antropológica do contexto cultural de contaminação da mulher.

Ao tratar das questões que tornam a mulher vulnerável a infecção pelo HIV/AIDS, faz-se necessário elucidar o contexto histórico e social determinante para a naturalização de situações ditas como naturais para a condição feminina e das relações entre os gêneros. Sendo importante ressaltar que as construções históricas e sociais variam em relação a cultura, e dentro desta, em diferentes classes, que se tornam evidentes em seus significados e recursos de enfrentamento.

Historicamente o governo e os órgãos epidemiológicos só reconheceram a mudança do perfil da AIDS no Brasil e sua relevante importância entre as mulheres em 1990. Sendo que a forma de transmissão por relação sexual entre heterossexuais é a categoria que continua a crescer, apresentando um aumento exorbitante na correlação homem e mulher de 24/1 na década de 80 para 2/1 no cenário epidemiológico atual do Brasil. Neste contexto a mulher em seu aspecto biológico é mais suscetível à infecção pelo HIV que o homem, por razões anatômicas e fisiológicas. Por esta razão a mulher corre o dobro do risco de contrair o HIV que o homem. O Ministério da Saúde ainda



aponta como fator da progressão de casos de AIDS entre mulheres, além do anatômico e fisiológico o de gênero (marginalização sociocultural).

Atualmente os portadores de HIV têm uma expectativa de vida maior e melhor qualidade de vida devido os avanços terapêuticos, por isso à preocupação com a qualidade de vida dos contaminados vêm aumentando. Mais ainda é possível observar que as mulheres chegam mais tardiamente aos serviços de saúde ou não são diagnosticadas. Nesta abordagem é possível identificar como as mulheres são negligenciadas pelos que fazem parte de sua vida (família, social, cultural).

Gênero e epidemiologia do HIV/AIDS

Segundo a UnaidS em 1999 haviam 34,3 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo mundo, sendo que 15,7 milhões eram mulheres, o que correspondia a quase metade das pessoas infectadas pelo vírus. Grande parte das mulheres se contaminou em idade reprodutiva, o que eleva o número de casos em crianças por transmissão vertical. Atualmente as mulheres encabeçam as estatísticas de contaminação, apresentando no período de 1994-1998 um percentual de aumento das notificações de 75,3, enquanto o percentual de notificações no mesmo período em homens apresentou um crescimento de 10,2%. Das mulheres diagnosticadas com AIDS em 2001, 56% não tinham história de múltiplos parceiros sexuais. (SILVEIRA, *et al*, 2002).

A epidemia do HIV/AIDS vem apresentando em sua dinâmica espacial aumento nos últimos anos, entre municípios pequenos, com menos de 50 mil habitantes, nestes municípios podem ser observadas menores proporções nas razões entre os sexos. Os valores da razão entre o sexo masculino e feminino passaram de 24:1 em 1985, para 6:1 em 1990, e para 2:1 em 1997, mantendo esta média de incidência. Neste contexto 57% das mulheres contaminadas são donas de casa com diversos níveis de escolaridade, sendo que mais de 70% destas mulheres apresentavam baixa escolaridade (menos de 08 anos de escolaridade, incluindo as analfabetas) (BRITO, 2000).

Gonçalves (2004) aponta que o gênero feminino encontra-se fragilizado e estigmatizado no contexto do HIV/AIDS, durante todo o percurso epidemiológico da doença onde posteriormente as mulheres que poderiam ser contaminadas pelo HIV/AIDS são as “pertencentes a grupos de risco” como profissionais do sexo e prostitutas (mulheres que se relacionavam com mais de um homem), estando mais uma



vez a mulher como símbolo do contágio. Simbolizando no contexto social a mulher contaminada com HIV/AIDS como imoral, desregrada e/ou prostituta.

Com a feminização da epidemiologia do HIV/AIDS à transmissão vertical do HIV, ou seja, a transmissão do vírus da mulher contaminada para seu filho durante a gravidez, parto ou aleitamento materno levou ao aumento da participação feminina na epidemiologia do HIV/AIDS. Sendo o primeiro registro de transmissão vertical em 1985 e até 2000 notificaram-se 5.409 casos desta transmissão, o que representa cerca de 2,8% do total de casos (BRITO, 2000).

A transmissão vertical do HIV/AIDS é um estigma fortemente vinculado ao gênero feminino, onde a mulher é vista como “vetor” da doença para seus filhos, estando a mulher novamente exposta como responsável pela disseminação e controle da doença. Na assistência à saúde a atenção era voltada para o bebê e a mãe responsabilizada exclusivamente pela transmissão do vírus para o filho, negando neste contexto qualquer responsabilidade da paternidade. Ficando explícita a marginalização da mulher em um período de vulnerabilidade biopsicossocial (gestação/maternidade). A partir do exposto é possível identificar setores de informação e comunicação explorando a vulnerabilidade feminina pela figura e representação social da mulher/mãe em manchetes como: “Mãe amamentando passa AIDS para o bebê”, “Ela tem os olhos do pai e a AIDS da mãe”, comprovando assim a dissociação entre a maternidade e a sexualidade feminina (GONÇALVES, 2004).

Segundo Parker (1996, p.370) a AIDS tem sido considerada uma doença predominantemente masculina, e nem mesmo essa maior visibilidade no gênero feminino mudou esta vinculação. Apresentando a questão do “silêncio” da mulher acerca da AIDS e de questões relacionadas à sexualidade feminina. [...] Há mais de uma década, as complexas questões que vinculam a epidemia de HIV/AIDS às mulheres vêm sendo envolvidas por um silêncio de proporções inacreditáveis” [...]. Neste contexto o atual discurso que “a AIDS é um risco de todos” contrapõe-se a ausência ou negligência em medidas efetivas ao que diz respeito às mulheres, principalmente as mulheres idosas. Necessitando de políticas sociais atuantes voltadas a população feminina. Outra questão demarcada pelo autor que pouco se sabe no Brasil sobre mulheres usuárias de drogas injetáveis, apresentando uma questão urgente nas



especificidades da mulher usuária, assim como a mulher parceira sexual do usuário de drogas.

Perfil sexual Brasileiro: recorte sociohistóricos das relações de gênero

O perfil e o comportamento sexual da população brasileira apresentam aspectos igualitários e divergentes em relação ao gênero. Ambos os gêneros consideram carinho e afeto os elementos mais importantes num relacionamento sexual, já em relação ao medo o gênero masculino refere como seu maior medo o “mau desempenho sexual”, enquanto o gênero feminino refere à contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. As disfunções sexuais mais presentes no gênero masculino são a disfunção erétil e a ejaculação precoce e no gênero feminino a disfunção orgástica e a dor na relação sexual. As mulheres atualmente iniciam a vida sexual 5,6 anos mais cedo que há 40 anos enquanto que para os homens não se observou grande diferença. O número médio de relações sexuais por semana apresentada pelos homens foi de 3,1 e para as mulheres 2,8. As dificuldades sexuais do gênero masculino estão relacionadas a problemas físicos (prostatismo, hipertensão arterial sistêmica) enquanto as dificuldades femininas se relacionam a problemas de ordem psicológica e de relacionamento. Sendo que elementos de ordem psicológica, como conflitos emocionais e estresse podem interferir negativamente na resposta sexual em ambos os sexos. Os homens referem melhor qualidade de vida sexual que as mulheres, e a insatisfação sexual aumenta com a idade para ambos os sexos (ABDO, *et al*, 2014).

O aumento da expectativa de vida e a evolução da biomedicina através das terapias hormonais, medicamentos para libido, pílulas e prótese para disfunções de ereção; possibilitou uma crescente demanda na área da sexualidade na segunda metade da vida, proporcionando visibilidade social desta camada da população. Mesmo com estas evoluções a sexualidade no processo de envelhecimento ainda é um assunto particularmente contaminado com preconceitos. Os estereótipos relacionados à degradação biológica no processo de envelhecimento ainda continuam presentes no pensamento cultural. Até recentemente acreditava-se que por volta dos cinquenta anos o declínio da função sexual seria inevitável, nas mulheres através da menopausa e no homem devido às disfunções de ereção, além da perda do objetivo social da atividade sexual que seria a procriação (VASCONCELOS, 2004).



A autora apresenta que no contexto do envelhecimento a sociedade contemporânea valoriza culturalmente o corpo jovem e deprecia o corpo do idoso (envelhecido) em termos de aptidão e atração sexual, principalmente as mulheres. Outro preconceito social acerca do gênero feminino no processo de envelhecimento se dá acerca da manifestação da sexualidade na velhice que rapidamente é interpretada como sinal de demência senil. Sendo a mulher idosa compelida a suprimir deliberadamente sua sexualidade para evitar conflitos de ordem social afetando neste processo até mesmo sua autoestima. O motivo da cessação das relações sexuais difere em relação ao gênero, os homens deixam de ter relações e tornam-se impotentes por não entenderem as mudanças fisiológicas do envelhecimento, interpretando-as como impotência. Com a autoestima baixa e com medo da frustração acabam por evitar ou cessar as relações sexuais. A limitação ou cessão das relações sexualizadas em mulheres estão relacionadas à falta de um parceiro disponível, visto as condições de oportunidade conjugal (frustração/impotência) e a expectativa de vida superior a do homem/parceiro.

As questões acerca da sexualidade e do comportamento sexual feminino vem se tornando um dos assuntos mais divulgados no mundo atual, devido às profundas mudanças e transformações da sociedade após a II Guerra Mundial, destacando a “liberdade sexual” e social da mulher, visto seu novo papel independente, ocupando terrenos antes exclusivos do homem nas artes, na literatura, na indústria ou nos esportes. Essas transformações culturais e morais acarretaram novos problemas sociais e agravaram outros já existentes como: prostituição, aborto, homossexualidade, desajustes conjugais, divórcio e outros. Com isso, a família como célula de destaque da sociedade sofreu sérios abalos. Nesta forma de organização familiar, o sexo tem objetivo de reprodução, sendo cultural a valorização do casamento, a fidelidade feminina e a infidelidade masculina. A sexualidade na concepção religiosa é carregada de tabus como: o “pecado” de Adão e Eva que apresenta o relacionamento sexual ligado a um sentimento “de vergonha”, que os anjos são assexuados e por isso puros, e que o diabo representa a sexualidade vivida em promiscuidade apresentando esta imagem do sexo e do prazer (CANO, 2000).

O autor expõe que sexualidade foi fortemente influenciada pelas ideias cristãs, culturais, políticas e econômicas, as quais determinam que a iniciação sexual da mulher deveria ser no casamento para fins de procriação, enquanto ao homem são permitidas a



prática sexual e a busca do prazer fora do matrimônio. O patriarquismo no Brasil não foi apenas uma forma de organização familiar e social, mais também uma construção ideológica dos conceitos de homem e mulher em termos de que o homem é um ser forte, superior, ativo, viril e com potencial para violência, e que a mulher é um ser inferior em todos os sentidos fraca, dócil, bela, desejada e sujeita à dominação masculina. Já o erotismo representa uma transgressão às relações morais nos relacionamentos entre homem e mulher a partir de sua categorização de passivo e ativo. Apresentando o corpo feminino como o corpo violado, a partir da análise das relações sexuais onde a dominação sexual constitui o significado social do homem e a condição de subordinação e submissão o significado social da mulher. Estando essa relação de poder e dominação presentes nas relações de gênero.

Neste contexto a liberdade sexual da mulher constitui duas vertentes a do prazer e do perigo, a do perigo pelos aspectos irrefutáveis envolvidos no exercício da sexualidade (estupro, abuso, espancamento) e a do prazer representado pelo erotismo na busca de novas alternativas eróticas para transgredir as restrições impostas à sexualidade como objetivo de reprodução. Não devendo o “prazer” ser tomado como algo simples, pois a ausência do perigo, o consentimento e a vontade não garantem a tradução do prazer. A relação entre o sexo e o feminismo sempre foi muito complexa, isso se justifica também pelo fato da representação de opressão do gênero desde o nascimento até seu desenvolvimento pelas críticas e restrições do comportamento sexual das mulheres. Estando as relações de poder formadas e reguladas pela sexualidade; e a modelação, direção e expressão da sexualidade presentes na organização da sociedade em dois sexos, mulher e homem, sendo que as relações sexuais não podem ser reduzidas a posições de gênero (GREGORI, 2004).

Segundo o autor as práticas e escolhas sexuais modelam um sistema hierárquico de valorização sexual, nela a sexualidade considerada normal é a que se exercita por meio do matrimônio. Estando o escalonamento de valorização sexual distribuídos da seguinte forma: relações heterossexuais firmadas em matrimônio, casais heterossexuais monogâmicos não casados, solteiros com vida sexual ativa, casais estáveis de gays e lésbicas, gays solteiros sem vida promíscua, fetichistas, sadomasoquistas, posições não masculinas ou femininas (travestis, drag queens), sexo pago, sexo inter-geracional (entre adultos e menores de idades quando não são casos de punição judiciária-



pedofilia), sendo esta análise uma associação da escolha sexual à constituição de identidades coletivas. Ao tratar da visão que é apresentada acerca da sexualidade feminina grande parte dos estudos apresenta duas vertentes; a primeira o desejo e a objetivação do corpo feminino e a segunda uma crítica a depreciação/preconceito da sexualidade presente nas relações mulher/mulher.

Neste contexto os contrastes culturais e sociais podem ser vistos até no mercado convencional do sexo, que apesar de possuir um sentido de transgressão de restrições e livre exercício da sexualidade, se apresentam como um “erotismo politicamente correto”. Sendo que a grande maioria dos materiais eróticos visa o público heterossexual, concernentes a um determinado modelo de desejo que pressupõe exercício de fantasias sexuais, sendo estes elementos simbólicos e variáveis historicamente, socialmente geograficamente. Onde os adornos que salientam os aspectos do corpo têm características feminizadas e os adornos masculinizados configuram o lócus do corpo que penetra. Sendo que o exercício da sexualidade do mesmo sexo (mulher/mulher) tem o sentido de aceitação pela lógica de ser um desejo voyer masculino. Onde a aceitação do corpo que deseja e o corpo do objeto de desejo são demarcados pelo simbolismo masculino (GREGORI, 2004).

Vulnerabilidade e gênero

Historicamente no processo de formação da imagem da mulher e do homem frente à sociedade possibilitou o confronto dos gêneros, no tocante a força, ao comando da vida social e em várias situações como objeto dos desejos masculino, neste sentido a mulher sempre vestida de ternura e representando uma figura vulnerável.

A palavra vulnerabilidade está ligada ao contexto da fragilidade, desproteção, desfavor e abandono sociocultural do gênero feminino. O que demanda a necessidade de proteção das mulheres vulneráveis circunstancialmente, ou seja, a necessidade de utilização de práticas políticas e sociais diretas e duras que efetivem a diminuição da iniquidade em relação a mulher. Pois a desigualdade social, a assimetria de gênero, a falta de acesso à educação, saúde e informação, ainda são fatores de vulnerabilidade para as mulheres. A importância do conceito de vulnerabilidade está em considerar a possibilidade de exposição à infecção, atentando não só para os aspectos individuais mais também coletivos, e as dificuldades na adoção de medidas de proteção. Em outras



palavras estar vulnerável significa não ter meios para se proteger, não ter acesso ao cuidado, é também não ter liberdade para escolher ou propor (GONÇALVES, 2004).

Outro fator relacionado à vulnerabilidade da mulher é a progressiva feminização da pobreza e miséria, pois apesar das mulheres terem sido incorporadas ao mercado formal de trabalho, as que vivem em situação de pobreza tornam-se cada vez mais excluídas, não só pela opressão da classe, mais também pela opressão do gênero. A feminização da pobreza ainda pode ser vista, mesmo após os ganhos importantes do gênero feminino nas conquistas dos direitos civis e políticos adicionais. Sendo os aspectos econômicos e políticos intimamente ligados à organização social e a vulnerabilidade (desigualdade/opressão) a contaminação pelo HIV/AIDS (SALDANHA, 2003).

Estudos sobre a auto percepção das mulheres acerca da vulnerabilidade do gênero ao contágio de DSTs e HIV/AIDS mostram que a prevalência do comportamento de risco é alta na população feminina em geral, e que a percepção da vulnerabilidade do gênero é baixa e frequentemente inadequada. E a maioria das mulheres apresenta um ou dois comportamentos de risco, sendo os comportamentos de risco mais comuns: o início precoce da atividade sexual, o não uso de preservativo e o uso de álcool/drogas pelo parceiro. Constatando assim que a auto percepção da vulnerabilidade feminina não é um bom indicador, já que as mulheres não identificam corretamente seu nível de risco (SILVEIRA, *et al*, 2002).

Segundo Martin (1997) em análise acerca da utilização do preservativo por mulheres antes da contaminação, foi observada a interpretação comportamental que a mulher que pede para um parceiro usar “camisinha” pode condenar a relação em não estável ou sem compromisso. O sexo inseguro neste contexto está longe de ser uma prática de risco e irresponsável pela lógica social e cultural das relações de gênero em relações estáveis que erroneamente se isentam da realidade social do HIV/AIDS e as práticas sexuais de risco. Estando essa não preocupação com a AIDS relacionada a um código moral (casamento, relacionamento afetivo) que parece garantir as mulheres uma imunidade em relação à contaminação, esta despreocupação e garantia acaba por isentar a mulher da sensação de culpa quando contaminada, assumindo assim o papel de vítima, mesmo aquelas que têm conhecimento das práticas de risco do parceiro.

Analisando o conhecimento em relação aos riscos ou perigo de se contaminar



com o parceiro foi apresentada desde desconfianças do comportamento do parceiro até buscas deliberadas por exames, acredita-se que com o conhecimento do risco as pessoas vão se precaver de situações de contaminação, mas mesmo a consciência do risco não proporcionou a desejada mudança da prática sexual segura.

A lógica por traz do conhecimento do risco da contaminação pelas mulheres e a escolha por se arriscar está fortemente ligada à emoção e a afetividade do amor, sendo apresentada a incompatibilidade da prevenção do HIV/AIDS com o relacionamento (representando o amor). Já na contaminação o amor e a doença têm como ponte de mediação a sexualidade. Estando as questões do gênero e da sexualidade presente a todo momento no discurso de prevenção das mulheres infectadas pelo HIV/AIDS, sendo destacado como principal o “diálogo entre os gêneros” acerca do relacionamento aberto, conhecimento real do parceiro (prática sexual insegura, número de parceiros) e acordo quanto ao uso da camisinha. Tornando-se necessário analisar a condição feminina por trás das diferenças de gênero, visto que o amor e a afetividade têm valor privilegiado do ponto de vista social sobrepondo até mesmo o risco de contaminação do HIV/AIDS. Neste contexto as mulheres amam e se arriscam ao mesmo tempo que perdoam, cuidam e suportam situações insuportáveis (violência, desrespeito) por desconhecimento do comportamento do parceiro. (MARTIN, 1997).

Conclusão

No início da epidemia da AIDS, a doença foi apresentada pela ciência médica e reforçada pela mídia como uma afecção configurada de morte, contágio e sexo. Tais domínios caracterizam os componentes enraizados na cultura que causam enorme impacto no plano simbólico, difundidos pela sociedade de forma intensa e irreversível, demarcando a construção histórica e social da doença. No início da epidemia do HIV/AIDS a degradante vivência dos infectados, o senso comum e a reprodução social delinearão o estigma da doença. Implicando assim na vulnerabilidade, discriminação e preconceito do portador de HIV/AIDS. O discurso do HIV/AIDS transgrediu o campo da ciência, se apresentando como objeto privilegiado do discurso religioso (pecado/castigo) reforçando a vulnerabilidade do gênero feminino com ênfase nas relações sociais (matrimônio/proteção). Assim, o Brasil, um país caracterizado pelas



diferenças geográficas e desigualdades sociais somada as assimetrias de gênero, apresenta um perfil epidemiológico de pauperização, heterossexualização e feminização.

A modificação do perfil epidemiológico de gênero da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) caracteriza-se pelo aumento da epidemia entre as mulheres, principalmente entre aquelas que se encontram em relacionamentos estáveis. Para estas, a principal causa de exposição ao risco ultrapassa os determinantes tradicionalmente considerados pelos formuladores de políticas públicas e sociais. Esta causa está intimamente ligada aos padrões de moralidade vinculada à conjugalidade, à crença na segurança das relações estáveis/efetivas, se revela como fator de exposição permanente ao estado de vulnerabilidade do gênero. A confluência entre valores morais, identidade de gênero construída socialmente e o processo de atenção a políticas públicas e sociais à saúde feminina, transforma as mulheres nessa situação em escravas do risco. Diante dessa realidade, as políticas de proteção à mulher necessitam considerar as crenças morais ligadas às relações afetivo-sexuais como o principal fator de exposição ao risco de contrair o HIV/AIDS.

Os papéis culturais e sociais dos gêneros e seu desenvolvimento nas diversas etapas da vida, marcam as alterações biopsicosociais que caracterizam estereótipos e valores ligados à sexualidade internalizados ao longo da vida. A sexualidade se apresenta como fator de vulnerabilidade do gênero feminino, pois a expressão desta está demarcada pelos papéis e desigualdade de gênero. Sendo o aumento da epidemia do HIV/AIDS um indicativo da dificuldade de oferecer respostas institucionais para a contenção da epidemia e sobre tudo das questões relacionadas à identidade de gênero, que determina os papéis sociais de homens e mulheres, cuja a assimetria aumenta a vulnerabilidade das mulheres. Sendo a desigualdade de gênero um dos fatores estruturais da disseminação do HIV/AIDS, juntamente com o subdesenvolvimento econômico e pobreza; e mobilidade (migração e trabalho sazonal).



REFERÊNCIA

ABDO, C, H, N; JUNIOR, W, M, Oliveira; MOREIRA, E, D, Moreira; FITTIPALDI, J, A, S. **Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileira**. Copyright Moreira Jr. São Paulo, 2014.

BRITO, Ana Maria de, CASTILHO, Euclides Ayres de, SZWACWALD, Célia Landmann. **AIDS e Infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2000.

CANO, M. A. T. FERRIANI, M. G. C, GOMES, R. **Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico**. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2000.

GONÇALVES, Erli Helena Gonçalves, VARANDAS, Renata. **O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contextoda epidemia**. Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, 2004.

GREGORI, M, F. **Prazer e perigo: notas sobre feminismo, sex-shops e S/M**. Quaderns-e de InstitutCatalá d' Antropologia. Revistes CatalanesambAccésObert (RACO), 2004.

MARTIN, Denise. **Mulher e Aids: uma abordagem antropológica**. Revista USP. São Paulo, 1997.

PARKER, R, GALVÃO, J. **Introdução – A omissão do Poder Público. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. ABIA-IMS/UERJ- Relume-Duramá, Rio de Janeiro, 1996.

SALDANHA, Ana, A, W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamentos estáveis**. Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, 2003.

SILVEIRA, Mariângela, F; BÉRIA, Jorge. U; HORTA, Bernardo. L; TOMASI, Elaine. **Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres**. Revista saúde pública. Rio Grande do Sul, 2002.

VASCONCELOS, Doris, NOVO, R. F, CASTRO. O.P, VION-DURY.K, RUSCHEL.A. COUTO M. C. P. P, GIANE. P. C. A. **A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural**. Estudos da Psicologia, 2004.