

## Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids

Dirce Guilhem  
Anamaria Ferreira Azevedo

**Resumo** 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 elas, a principal causa de exposição ao risco ultrapassa os determinantes epidemiológicos tradicionalmente considerados pelos formuladores de políticas públicas de saúde. Esta causa está intimamente relacionada às moralidades vinculadas à conjugalidade, à crença na segurança das relações estáveis, que se revela o fator que mais intensamente as expõe a um permanente estado de vulnerabilidade. A confluência entre valores morais, identidade de gênero construída socialmente e o processo de atenção à saúde feminina, transforma as mulheres nessa situação em escravas do risco. Diante dessa realidade, as políticas de promoção à saúde necessitam considerar as crenças morais ligadas às relações afetivo-sexuais como principal fator de exposição ao risco de contrair a doença.

**Palavras-chave:** Bioética. Gênero e saúde. Moralidades. Vulnerabilidade. Risco. Mulheres. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.



Dirce Guilhem - UnB/Agência

### Dirce Guilhem

Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde, área de concentração Bioética, pela Universidade de Brasília (UnB), pós-doutora em Bioética e Pesquisa com Seres Humanos pela Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Buenos Aires, professora titular da Universidade de Brasília

A modificação do perfil de gênero no contexto da infecção pelo HIV caracteriza-se pelo aumento da transmissão heterossexual e pela crescente feminização da epidemia<sup>1</sup>. Esta situação vem suscitando inquietações quanto ao controle da doença entre as mulheres. A vulnerabilidade feminina cristaliza-se, tornando-se visível nos dados epidemiológicos. Observa-se que, embora tenha havido um declínio no número de casos na população em geral, a partir do ano 2000, essa não é uma tendência que automaticamente se reflete para a população feminina. O aumento do número de gestantes infectadas, por exemplo, demonstra, ainda que em parte, a condição global da infecção entre as mulheres<sup>1,2</sup>.

A maioria das mulheres portadoras do HIV encontra-se em idade reprodutiva e em relacionamentos fixos que incluem o casamento, a união estável, a monogamia seriada e o namoro prolongado. Essas parcerias ou alianças afetivas estão tradicionalmente associadas a valores fortemente arraigados nas



**Anamaria Ferreira Azevedo**  
Enfermeira, mestre em Ciências da Saúde área de concentração Bioética, pela Universidade de Brasília (UnB), docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Unieuro, enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

sociedades ocidentais, representados pelo amor romântico, a fidelidade, o respeito e a cumplicidade <sup>3,4,5</sup>. Ao assumirem estes valores em sua vivência cotidiana, as mulheres estariam teoricamente protegidas do risco de se infectarem. No entanto, a configuração epidemiológica atual demonstra a falibilidade dessa perspectiva, baseada em um padrão moral socialmente aceito e perpetuado como verdadeiro. A reprodução desse modelo inibe o processo de reflexão feminina sobre o exercício da sexualidade e sobre o lugar que as mulheres ocupam nas relações afetivo-sexuais que estabelecem <sup>6</sup>.

Assim como outros países, o Brasil reflete o circuito de fragilidades a que está submetida grande parte da população feminina ao redor do mundo <sup>7</sup>. Deste quadro emergem questões complexas, tanto pela dificuldade de compreender o contexto no qual se estabelecem as interações entre as pessoas, quanto pela falta de entendimento dos fatores que interferem no estabelecimento e manutenção das alianças conjugais e dos relacionamentos afetivo-sexuais <sup>6</sup>. Por outro lado, persiste o desconforto institucional e social no que diz respeito ao enfrentamento de problemas que envolvem a abordagem da inter-relação entre a epidemia e as mulheres, o que dificulta um enfoque abrangente da questão. Esse descompasso contribui para a sedimentação do *estado de vulnerabilidade permanente* entre as mulheres <sup>8</sup>.

O conceito de estado de vulnerabilidade permanente foi definido em contraposição ao conceito de *estado de vulnerabilidade circunstancial*. Enquanto o primeiro se refere a uma situação persistente de exposição ao vírus, que, no caso das mulheres, decorre de sua submissão quase incontestemente a crenças e valores morais associados à conjugalidade, o segundo se relaciona a situações passageiras de exposição à infecção, como é, por exemplo, o caso de pessoas que se submetem a transfusões sanguíneas <sup>8</sup>.

Nesse cenário, o conceito de vulnerabilidade deve ser compreendido como um construto multifacetado que resulta de

uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação a questões de saúde <sup>8</sup>. Ou seja, a vulnerabilidade pode ser definida como a condição daquele (ou daquela) que está a margem do processo social, em posição oposta à que possibilita alcançar o poder para discernir e agir, nas dimensões individual e coletiva.

Considerando-se tais questões, este trabalho objetiva refletir sobre a modificação do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV a partir da influência das moralidades e das identidades de gênero presentes na sociedade brasileira.

### **A vulnerabilidade moral das mulheres e a trajetória da epidemia**

O processo de socialização esculpe as identidades sociais, condicionando os padrões de comportamento considerados aceitáveis para cada sexo, faixa etária e classe social, entre outros fatores. Dentre os poucos padrões de comportamento considerados universais pelas Ciências Sociais, estão aqueles relacionados à hierarquia e à assimetria entre os sexos, que instauram uma dinâmica social de dominação-subordinação entre homens e mulheres.

Seja por sua antiguidade ou frequência, a opressão das mulheres está, ainda hoje, presente em praticamente todas as culturas e sociedades.

Esses padrões de comportamento, que configuram a estrutura social e delimitam sua dinâmica, são perceptíveis nas leis e moralidades explícitas bem como nas *marcas cegas*, que consubstanciam as crenças e os aspectos mais subjetivos das moralidades. Essas marcas, que vão sendo gradativamente *impressas* nas pessoas pela tradição e por vocabulários – *verdades* – considerados universais, impregnam a percepção de homens e mulheres sobre o seu lugar e papel no mundo. Constituem, dessa forma, o referencial que subsidia e condiciona seu comportamento e suas decisões morais nas diferentes esferas da vida em sociedade <sup>9</sup>.

Em decorrência da reprodução social desses padrões explícitos e implícitos é perpetuada socialmente a crença na posição subalterna das mulheres em relação aos homens, a qual se apóia em um modelo moral embasado nos papéis tradicionalmente atribuídos a elas. Esses papéis se pautam, principalmente, pela adoção do modelo de conjugalidade estável e pelo exercício da maternidade. Nesse contexto, as mulheres tornam-se vulneráveis à medida que perpetuam as *marcas cegas* desse papel feminino, que são, na verdade, partes irrefletidas de sua identidade social de gênero <sup>9</sup>. Essa circunstância permite associar o processo histórico que condiciona a opressão feminina ao conceito de vulnerabilidade, inerente a tal condição.

Essa concepção a respeito dos papéis e valores que orientam os comportamentos de homens e mulheres em sociedade é por si mesma problemática. Implica em perpetuar um modelo que torna a vulnerabilidade uma característica inerente às mulheres e revela-se ainda mais delicada no contexto da aids, já que a credibilidade conferida às idéias a ele associadas interfere no processo de reflexão, indispensável ao enfrentamento da epidemia. Como as moralidades delimitam comportamentos pessoais e coletivos, a crença na subordinação feminina, associada ao modelo de conjugalidade estável e ao exercício da maternidade, acabaram contribuindo para modificar o perfil epidemiológico da doença. A crescente feminização da epidemia demonstra isso, revelando que os valores têm influência decisiva na susceptibilidade das mulheres para contrair ou não a infecção. Diante disso, a adoção do conceito de vulnerabilidade, entendido como resultante de fatores individuais, programáticos, sociais e culturais, permite ampliar os horizontes éticos e políticos da discussão sobre a disseminação da epidemia da aids, dando ênfase à importância de conferir visibilidade e discutir os valores culturais que influenciam sua propagação entre o segmento feminino <sup>10</sup>.

Para verificar como ocorreu a feminização da epidemia é preciso retomar os acontecimentos da década de 1980. O afastamento inicial das mulheres do contexto da aids remonta ao surgimento da doença. As imagens veiculadas àquela época focalizavam homossexuais, usuários de drogas e, um pouco mais tardiamente, as prostitutas ou profissionais do sexo, enfatizando uma estreita relação entre drogas, sexo

ilícito, aids e morte <sup>11</sup>. As pessoas infectadas ou doentes estavam circunscritas aos denominados *grupos de risco*. As mulheres que não pertenciam a esses grupos e não adotavam comportamentos de risco – o que incluía praticamente todas aquelas protegidas pelas crenças da conjugalidade estável, do amor romântico, da fidelidade, do respeito e confiança entre sexos – estariam, em alguma medida, protegidas de contrair a infecção.

A associação da epidemia à imoralidade, isto é, aos comportamentos considerados transgressores, ocasionou a vinculação da aids a algumas metáforas, tornando-a conhecida como *câncer gay*, *peste gay*, entre tantas outras denominações. Essa associação fez ressurgir o medo do contágio, anteriormente disseminado pelas antigas pestes e doenças relacionadas ao sexo, como é o exemplo clássico da sífilis <sup>12</sup>. As representações sociais criadas sobre a doença e os doentes ou infectados sedimentaram no imaginário popular a concepção polarizada de que haveria dois grupos distintos de pessoas. No primeiro estariam os *culpados*, agentes ativos que de alguma forma procuraram a doença, já que, por opção pessoal, transitavam em um universo de comportamentos marcados pelo estigma da transgressão, violação e infração às normas morais estabelecidas. Para esses indivíduos desviantes, a doença seria o castigo decorrente de sua postura moral.

O segundo grupo seria formado pelas *vítimas*, pessoas arbitrariamente condenadas à morte, cuja representação era associada às idéias de passividade e submissão ao infortúnio da epidemia. Essa condição seria resultante de sua

fragilidade física ou de sua submissão aos padrões morais e culturais a que estavam expostas. De forma diversa, esse grupo se tornou depositário de certo grau de benevolência por parte da sociedade. Tal é o caso daqueles que contraíram a doença em decorrência de transfusões sanguíneas.

Uma vez que a percepção que se tem sobre as doenças é sempre culturalmente determinada, sob o ponto de vista social e simbólico existem maneiras distintas de adoecer: aquelas que uma determinada sociedade considera como corretas, que tendem a reforçar as moralidades e as representações dominantes e; as maneiras anômalas, geralmente relacionadas a padrões de comportamento que vão de encontro a elas<sup>13</sup>. Em relação à infecção pelo HIV, pode-se dizer que há formas consideradas legítimas de se contrair a infecção: estariam nesta categoria mulheres com parceiros fixos, crianças contaminadas por suas mães e hemotransfundidos, ao passo que as maneiras ilegítimas de adoecer seriam aquelas experimentadas por homens que fazem sexo com outros homens, por profissionais do sexo, pelos chamados promíscuos, bissexuais, entre outros grupos, cujo comportamento não é tolerado pela moralidade sexual e conjugal dominante<sup>14</sup>. Essa representação encontra-se, ainda hoje, fortemente arraigada no imaginário social. Mulheres casadas que se descobrem contaminadas associam a sua condição de saúde ao fato de serem esposas, justificando socialmente a sua situação<sup>15,16,17</sup>.

A construção histórico-moral da infecção pelo HIV permitiu a criação e sedimentação desses

estereótipos ligados à doença e às pessoas doentes ou portadoras do vírus. Da polarização entre vítimas e culpados emergiu a noção da aids como uma *doença do outro* ou doença estrangeira<sup>15</sup>. Esse pensamento foi extremamente pernicioso para as mulheres, pois favoreceu a apropriação de conceitos que delimitavam sua posição frente à epidemia. Permitiu, também, contrapor noções como: o limpo e o sujo<sup>18</sup>; o permitido e o interdito; o certo e o errado<sup>19</sup>; a casa e a rua<sup>20</sup>; o doméstico/privado e o público<sup>21</sup>, fundamentando a dicotomia que favoreceu a construção de uma identidade feminina contrastiva. Ao localizar a doença nesse *outro* – distante moral e socialmente –, ficaria descartada a noção de proximidade da infecção afastando, assim, qualquer possibilidade de adoção de comportamentos efetivamente protetores.

Se sob a influência de tais representações as mulheres sentiam-se protegidas do contágio os dados mostram realidade diversa, apontando que, aos poucos, esse segmento foi aparecendo nas estatísticas epidemiológicas. Apesar de tal evidência, as moralidades relacionadas ao casamento impediram, durante quase uma década, que ações específicas fossem direcionadas, de fato, para esse grupo da população.

No que se refere à pesquisa, isso pode ser percebido pelo fato de terem se passado mais de dez anos da detecção dos primeiros casos femininos de aids nos Estados Unidos (EUA) até que se começasse a realizar estudos direcionados exclusivamente às mulheres, voltados às especificidades da infecção entre elas<sup>22</sup>. No que se refere ao atendimento, a influência

dessas representações pode ser relacionada à dificuldade de estabelecer o diagnóstico precoce, que implicou, frequentemente, em descompasso entre a detecção de sintomas sugestivos da infecção e a definição diagnóstica. Os sintomas da infecção nas mulheres eram muitas vezes desconsiderados quando estas se encontravam em situação de conjugalidade estável ou, mesmo, por não fazerem parte de grupos ou relatarem comportamentos de risco. Tal avaliação falaciosa era feita tanto pelas próprias mulheres como pelos profissionais de saúde que as atendiam.

Além desses aspectos relativos à representação sobre a doença, some-se ao delineamento de tal quadro epidemiológico a influência das representações de gênero, que condicionam as mulheres a desempenhar o papel social de cuidadoras. Está comprovado que as mulheres (até hoje) relutam em procurar atendimento médico, seja porque não conseguem perceber sua exposição ao risco de contrair a doença; porque precisam fornecer cuidados a outros membros de suas famílias ou ambos <sup>23</sup>.

A conjunção desses fatores de ordem simbólica, associada à fragmentação na abordagem das questões relativas à aids entre as mulheres, contribuiu para colocá-las em situação de grande desvantagem. Na tentativa de controlar o avanço da doença nesse segmento, as políticas de saúde adotadas terminaram por eleger momentos da vivência feminina para direcionar ações que, de forma alguma, conseguem abarcar a complexidade e sutileza das crenças e valores nos quais as mulheres se encontram submersas. Além disso, é possível

observar também a falta de focalização de tais políticas, pois ora se fala em profissionais do sexo, ora em adolescentes e jovens *liberadas*, mantendo, de certa forma, a associação entre a epidemia e os comportamentos desviantes ou promíscuos. Nesse espectro reduzido de representações do feminino, a partir da sexualidade, as mulheres que vivenciam uniões estáveis são percebidas e tratadas, mais frequentemente, como *gestantes-vetores* <sup>22</sup>.

Dessa forma, grande parte das mulheres entra no cenário da epidemia quase que exclusivamente como vetores de transmissão da doença para seus filhos. Em nome de seres frágeis e indefesos – mas capazes de aglutinar a herança genética e moral dos antepassados, revestindo do atributo de sacralidade o processo gestacional –, essas mulheres-mães são desconsideradas como sujeitos morais. O oferecimento do exame anti-HIV no pré-natal traduz-se antes em uma política de saúde da criança, deixando de refletir um processo voltado à promoção da saúde das próprias mulheres <sup>4,8,24</sup>.

Ao longo da história da disseminação do HIV, a modificação nas formas de abordagem epidemiológica – que passou de grupos de risco para comportamentos de risco e, posteriormente, para o conceito de vulnerabilidade – representou uma guinada moral importante. Essa nova postura permitiu ampliar o foco de atenção para a sociedade como um todo e não apenas para grupos isolados de pessoas. Porém, a mudança no olhar não foi capaz de provocar uma modificação efetiva no estigma e nas representações ainda associados à doença. Da

mesma forma, não favoreceu o tão almejado empoderamento das pessoas em situação de opressão e desigualdade, entre as quais se encontram as mulheres <sup>8</sup>.

A naturalização desse conjunto de valores morais, aos quais as mulheres estão submetidas voluntária ou compulsoriamente, as remete inexoravelmente a um estado de vulnerabilidade permanente, transformando-as em *escravas do risco* <sup>8</sup>. O paradoxo encontra-se no fato de que todas as mulheres moralizadas – sejam elas mães, gestantes, meninas, adolescentes, adultas, idosas e prostitutas –, que se apegam à segurança proporcionada pelas crenças, depositam na relação afetiva a certeza da proteção. A partir de então já não há distinção entre mulheres “corretas” e “transgressoras”. No que se refere ao risco da infecção pelo HIV, a prostituta aproxima-se da mãe de família. Um exemplo clássico é o caso das profissionais do sexo que referem proteger-se durante o trabalho, quando grande parte delas utiliza preservativos <sup>25</sup>. No entanto, quando estão em uma relação de conjugalidade, esse cuidado é deixado de lado o que as transforma, temerariamente, em *escravas do risco* <sup>8</sup>.

É preciso salientar, no entanto, que nem sempre é fácil deixar a posição confortável que o modelo dominante da conjugalidade estável proporciona. Essa posição permite estabelecer limites precisos entre dois tipos de mulheres: o primeiro, representado por aquelas que se sentem protegidas e seguras quanto ao seu lugar no mundo, encontrando-se sob a égide das crenças. Já o segundo grupo, em franca

contraposição ao primeiro, abriga as mulheres cuja moralidade é percebida como desviante, consideradas transgressoras, promíscuas, prostitutas, devassas. Assim, a concepção da aids como doença do outro se perpetua no imaginário popular, sem, contudo, impedir que essa tênue linha imaginária que demarca o espaço de segurança, representado pela casa, seja transposta pelo espaço da rua que comporta a dor e o sofrimento do encontro inelutável com a doença.

### **Desilusão, novos vocabulários e redescrição pessoal**

O processo histórico de submissão e opressão ao qual foram e ainda estão submetidas as mulheres se consolida em um cenário marcado, tradicionalmente, por relações de poder hierárquicas e assimétricas de diferentes ordens e intensidades, que silencia suas vozes. A partir dessa constatação pode-se concluir que a desigualdade de gênero se traduz no fator desencadeante da *vulnerabilidade conjugal*, que marca as situações cotidianas de submissão da mulher aos padrões masculinos nas relações afetivo-sexuais <sup>4</sup>.

Para viver de acordo com a moralidade vigente é necessário que os atores sociais professem devoção completa aos princípios que orientam essa moralidade, o que impede ou ao menos cria obstáculos à mudança de uma crença aceita como verdadeira. Em decorrência disso, mesmo em situação de intensa dúvida moral persiste a obrigatoriedade de manter a dependência e a fidelidade a tais crenças <sup>26</sup>. No que diz respeito a esse segmento, é possível constatar que sob a

influência das moralidades vigentes as mulheres se mantêm fiéis ao padrão monogâmico das alianças conjugais e submissas no que se refere ao exercício da sexualidade.

No entanto, para a efetiva prevenção da aids é necessário ultrapassar, em muito, a fórmula seqüencial: acesso à informação, adoção de práticas de sexo seguro e proteção pessoal como resultante final. É certo que o conceito de vulnerabilidade, tal como vem sendo utilizado para orientar pesquisas e propostas de intervenção na área da saúde, apenas tangencia as principais questões que determinam as suscetibilidades individual e coletiva. Essa concepção simplista de vulnerabilidade, que pressupõe que a posse de informações sobre a doença se converta facilmente na adoção de comportamentos protetores, pode ser amplamente refutada pelo rumo atual da epidemia. O que parece se consubstanciar por meio dos indicadores é que para além dessa formulação reduzida de vulnerabilidade está a submissão ao conforto das verdades instituídas, traduzidas pela ilusão do apego aos padrões morais, tomados como o porto seguro que direciona, em última instância, todas as ações que as pessoas realizam <sup>26</sup>.

A situação específica das mulheres no quadro geral da epidemia exemplifica isso claramente. Essa maneira de delinear o conceito de vulnerabilidade recoloca a responsabilidade pelo controle da infecção quase que exclusivamente na mão das pessoas a ela sujeitas, sem considerar a teia relacional e o contexto no qual estão inseridas. Tal perspectiva aniquila qualquer possibilidade de alcançar o empoderamento, necessário para suplantiar esses condi-

cionantes, possibilitando que as mulheres sejam capazes de decidir e se contrapor ao risco de contrair o HIV. Portanto, para responder a essa situação é preciso não apenas informar, mas ir além: localizar a verdadeira origem do problema, aquilo que ocasiona a disseminação da infecção entre as mulheres e a conseqüente vulnerabilidade incontrolada a que estão submetidas. Faz-se necessário, então, mapear e identificar das crenças e valores morais que condicionam o comportamento feminino para buscar alterá-los de forma a romper o invólucro moral que as torna presas fáceis da vitimização pela epidemia.

A modificação do imaginário e do comportamento das mulheres demanda um trabalho prolongado de questionamento das estruturas de dominação, que vêm silenciando diferenças e jogando na invisibilidade suas experiências cotidianas nas mais diversas esferas da vida em sociedade. Isso implica iniciar um movimento que promova a reflexão e permita-lhes encontrar coragem para abandonar a inércia e lançar dúvida sobre estruturas e saberes opressivos que perpetuam o *status quo* dominante. Para isso, torna-se necessário abandonar a posição subserviente da *moral escrava* ou da *moral do rebanho*, desprezando o sentimento de culpa proveniente do processo de permitir que aflore a dúvida moral sobre os costumes socialmente aceitos <sup>27</sup>. Nesse processo, é a desilusão que, apesar de dolorosa, permite abandonar o conforto das crenças e enfrentar a realidade tal qual se manifesta. O grande desafio poderia resumir-se em um ponto: como fazer falar as oprimidas, aquelas mulheres que personificam as escravas do risco?

É preciso ensinar as escravas do risco a falar, e não apenas em sentido figurado, mas, por meio da articulação de um novo vocabulário moral que lhes permita subverter a situação de submissão incondicional ao risco de contrair a infecção<sup>28</sup>. A aquisição dessas novas palavras apenas se tornará possível quando as mulheres se permitirem o exercício da dúvida moral. Um movimento que implicaria em reconhecer como possível para si mesmas situações sobre as quais já se tem conhecimento: o caráter vão do amor, a infidelidade, a ilusão do ideal conjugal e, conseqüentemente, a aids como uma possibilidade cada vez mais provável em suas vidas. Situações que não conseguem sequer expressar verbalmente. Portanto, para construir esse novo lugar de fala é preciso ultrapassar o tênue limite que separa a ilusão da certeza, por meio do questionamento das verdades instituídas, buscando aproximar de sua realidade experiências que podem estar esvaziadas de sentido.

Para isso é necessário abandonar a idéia de exterioridade, que permite localizar o HIV fora do seu universo palpável: no outro, no impuro, no transgressor e no espaço da rua. É imprescindível substituí-la pela noção de proximidade, pois a doença pode intrometer-se a qualquer momento no espaço privado, na intimidade dos relacionamentos conjugais. O grande problema é que o vírus – o agente inimigo – não está fisicamente distante como se imagina. O que separa as mulheres das pessoas que fazem parte de grupos tradicionalmente considerados vetores da doença é uma distância apenas imaginária, que se desmancha no ar pela submissão ao risco. Se esse encon-

tro com a realidade é intrinsecamente doloroso, pode proporcionar a oportunidade de abandonar o estado de *cegueira voluntária* e ampliar o horizonte no qual as vivências pessoais sejam capazes de protegê-las do risco<sup>29</sup>.

Passar do silêncio à fala é extremamente importante porque este é o movimento que permitirá às pessoas utilizarem os saberes apreendidos ao longo da vida e os transformarem em comportamentos protetores<sup>8,29</sup>. De acordo com essa concepção, *falar* constitui-se um processo de redescrição pessoal constante. Nesse cenário, as mulheres teriam a possibilidade de repensar os papéis assumidos em suas relações afetivas e modificá-los<sup>28</sup>. Isso representaria o efetivo processo de empoderamento e não apenas uma falácia estéril, utilizada pelos projetos de cunho universalista e generalizante. O silêncio é cúmplice na manutenção da ilusão nas crenças, permitindo desviar-se do encontro com a dor. Pode-se afirmar que a díade silêncio/falta de poder, em contraposição ao seu oposto, fala/aquisição de poder, são os dois lados da mesma moeda. Portanto, se o objetivo é enfrentar o problema colocado pela disseminação do HIV entre as escravas do risco, é necessário fazer a opressão e a submissão femininas passarem do silêncio à fala.

## Considerações finais

Assim como as mulheres precisam atuar como protagonistas para modificar essa situação, cabe aos formuladores de políticas públicas e de seus representantes nominados, os serviços públicos e os profissionais de saúde, oferecer

a elas aquilo que de fato tem importância: a possibilidade de desiludir-se. Essas ações tornariam possível contribuir para que possam transformar *ruídos inaudíveis* que balbuciam – mas, que não encontram correspondência no vocabulário de gestores e técnicos – em palavras articuladas e que possibilitem o diálogo moral nesse cenário.

Mulheres não são vulneráveis apenas porque são pobres ou excluídas socialmente. São vulneráveis exatamente porque, em nosso contexto social de dominação-subordinação, lhes é vedado o poder que a dúvida proporciona. Mais do que informações sobre a aids e acesso a preservativos masculinos e femininos, a estratégia para ensinar as mulheres a falar passa pela oportunidade do encontro com a desilusão em relação às crenças e valores da moralidade dominante.

Desiludir-se, falar, redescrever a si próprias pode trazer sofrimento, pois o abandono das

certezas implica necessariamente a renúncia de *marcas cegas* que se tornaram visíveis e conhecidas. É exatamente por isso que esse processo conduz à cura da alma moralizada, doente pela submissão às regras, exposta à escravidão do risco. A desilusão introduz, desse modo, uma possibilidade viável, em primeiro lugar, de questionar as crenças e, posteriormente, de abandonar ou adequar os padrões e os valores morais que contribuem para a submissão ao risco. A metamorfose tem que ser voluntária e privada ou então não ocorrerá. Ou as escravas do risco falam ou serão irrevogavelmente silenciadas.

*As idéias desenvolvidas neste artigo foram inicialmente apresentadas nos seguintes estudos realizados pelas autoras: Guilhem D. Escravas do Risco: bioética, mulheres e aids. Brasília: Editora UnB/Finatec; 2005; e Azevedo AF. Gestação e HIV/Aids: uma discussão bioética sobre vulnerabilidade conjugal e desigualdade de gênero. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, 2005.*

## Resumen

### **Bioética y género: moralidades y vulnerabilidad femenina en el contexto del Sida**

La modificación del perfil epidemiológico de género de la Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) caracterizase por el aumento de la epidemia entre las mujeres, principalmente entre aquellas que se encuentran en relaciones estables. Para ellas, la principal causa de exposición al riesgo sobrepasa los determinantes epidemiológicos tradicionalmente considerados por los formuladores de políticas públicas de salud. Esta causa está íntimamente relacionada con las moralidades vinculadas al matrimonio, donde la creencia en la seguridad por este proporcionada representa el factor que más intensamente las pone en estado permanente de vulnerabilidad. La conjunción de valores morales, identidad de género construidas socialmente y el proceso de atención a la salud femenina modifica las mujeres en esclavas del riesgo. Delante de esa realidad, las políticas de promoción a la salud necesitan considerar las creencias morales vinculadas a las relaciones afectiva-sexuales como el principal factor de exposición al riesgo.

**Palabras-clave:** Bioética. Género y salud. Moralidades. Vulnerabilidad. Riesgo. Mujeres. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

## Abstract

---

### **Bioethics and gender: moralities and feminine vulnerability in the Aids' context**

The changes in gender epidemiological profile caused by the Acquired Immunodeficiency Syndrome has been characterized by increasing spread of the epidemic among women, especially those involved in stable relationships. For them, the main cause for risk exposure differs from the epidemiological determinants traditionally considered by the public health policy makers. This cause is closely linked to moralities about conjugality, to the belief in the safety of stable relationships, which becomes clearly the main factor of women exposure to a permanent state of vulnerability. The confluence between moral values, socially constructed gender identity and the process of health care and promotion directed predominantly to women transform these women into risk's slaves. Taking into account this reality, health promotion policies have to consider the moral beliefs associated with affective and sexual relationships as the main factor for risk exposure.

**Key words:** Bioethics. Gender and health. Moralities. Vulnerability. Risk. Women. Acquired Immunodeficiency Syndrome.

## Referências

---

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico Aids e DST 2006 Jan/Jun;3(1).
2. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. *J Bras Doenças Sex Transm* 2007;19(1):45-50.
3. Maia CS, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):242-8.
4. Azevedo AF. *Gestação e HIV/AIDS: uma discussão bioética sobre vulnerabilidade conjugal e desigualdade de gênero [dissertação]*. Brasília: Universidade de Brasília; 2005.
5. Costa JF. *Nem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
6. Knauth DR. Maternidade sob o signo da aids: um estudo sobre mulheres infectadas. In: Costa AO, coordenador. *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: PRODIR/FCC; 1997. p.39-64.
7. United Nations. *Programme on HIV/AIDS. Aids epidemic update: special report on HIV/Aids*. Geneva: UNAIDS; 2006.
8. Guilhem D. *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids*. Brasília: Editora UnB/Finatec; 2005.
9. Rorty R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Editorial Presença; 1994.
10. Ayres JR, França JR I, Calazans G, Saletti Filho H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa MR, Parker R. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p.49-72.
11. Gilman SL. *Picturing health and illness: images of identity and difference*. London: The Johns Hopkins University; 1995.
12. Sontag S. *Illness as metaphor and aids and its metaphors*. New York: Anchor Books; 1990. p.132.

13. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1998. p.5-12.
14. Schülenk U, Chokevivat V, Del Rio C, Gbadegehin S, Magis C. Aids: ethical issues in the developing world. In: Kuhse H, Singer P, Editores. A companion to bioethics. Oxford: Blackwell; 1998. p.335-65.
15. Knauth DR. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da aids. Estudos Feministas 1997;5:292-300.
16. Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre vulnerabilidade feminina em tempos de Aids. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil 2005;5(1):77-86.
17. Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. Cad Saúde Publica 2001;17(1):55-62.
18. Douglas M. Pureza e perigo. São Paulo: Perspectiva; 1976.
19. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1982.
20. DaMatta R. A casa e a rua. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
21. Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.
22. Faden RR, Kass N, McGraw D. Women as vessels and vector: lessons from the HIV epidemic. In: Wolf S, Editora. Feminism and bioethics: beyond reproduction. New York: Oxford University Press; 1996. p. 252-81.
23. Giambi A, Veil C. Aids: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: ULBRA; 1997.
24. Sant'Anna ACC. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.
25. Guimarães K. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo em três regiões brasileiras. Relatório final de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
26. Diniz D. Conflitos morais e bioética. Brasília: Letras Livres; 2001.
27. Nietzsche F. Da genealogia da moral. São Paulo: Companhia das Letras; 1998
28. Rorty R. Contingência, ironia e solidariedade. Lisboa: Editorial Presença; 1994. p.103.
29. Rosset C. A lógica do pior. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1989. p.31-2.

Recebido: 14.4.2008      Aprovado: 25.6.2008

## Contatos

---

Dirce Guilhem – [guilhem@unb.br](mailto:guilhem@unb.br)

Anamaria Ferreira Azevedo – [anamaria@unieuro.edu.br](mailto:anamaria@unieuro.edu.br)