

As histórias que podem ser contadas: a feminização da epidemia HIV/AIDS e a produção de narrativas científicas¹

*The stories that can be told: the feminization of HIV/AIDS
and the producing of scientific narratives*

Larissa Costa Duarte

Doutora em Antropologia Social
pela Universidade Federal
do Rio Grande do Sul

<https://orcid.org/0000-0003-2782-0327>

laracodesu@gmail.com

Fabiola Rohden

Doutora em Antropologia Social
pela Universidade Federal do Rio
de Janeiro

Professora do Programa de Pós-
Graduação em Antropologia
Social - Universidade Federal do
Rio Grande do Sul

<https://orcid.org/0000-0003-3355-6841>

fabiola.rohden@gmail.com

Recebido em: 17/03/2019

Aceito em: 29/03/2019

1 Este artigo tem como base a tese de doutorado desenvolvida e apresentada por Larissa Costa Duarte no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com financiamento do CNPq e orientada por Fabiola Rohden.

RESUMO

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. Neste artigo, analisamos o fenômeno de feminização da doença partindo de uma reflexão sobre como a epidemia foi produzida pela medicina desde os seus anos iniciais. Na tentativa de compreender os processos pelos quais algumas narrativas científicas – que se constituíram, em determinado momento, como uma alternativa possível dentre uma variedade de versões – se estabeleceram como mais factuais que as demais, analisamos desde estratégias de produção textual e discursiva até estruturas históricas de opressão de minorias sociais.

Palavras-chave: Narrativa. Feminização do HIV/AIDS. Gênero. Medicina. Ciência

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. In this paper, we analyze the disease feminization phenomenon from a reflection on how the epidemic was produced by medicine since its first years. In an attempt to understand the processes by which some scientific narratives – that were, in a given moment, a possible alternative among a variety of versions – were established as more factual than others, we analyze aspects from strategies employed in written and discourse production to historical structures of oppression of minority groups.

Keywords: Narrative. Feminization of HIV/AIDS. Gender. Medicine. Science.

Na medida em que chegamos ao fim da segunda década do século XXI, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) 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 e artistas memoráveis – um imaginário sociocultural repleto de faces masculinas, brancas, e quase sempre de homossexuais.

Mas a doença também vitimou personalidades ilustres além daquelas que nos ocorrem imediatamente: Gia Carangi, Amanda Blake, Sirpa Lane, Ofra Haza, Prudence Mabele, Nisha Noor, Cláudia Magno, mas esses não costumam ser nomes de que lembramos ao pensar na epidemia. Por quê? Uma explicação fácil é a de que sempre houve uma desproporção espantosa entre o número de vítimas mulheres e homens na história da doença. Outra justificativa possível é a de que mulheres simplesmente não tomam parte com a mesma frequência em comportamentos de risco que podem resultar em uma infecção pelo vírus. Mas, de todo modo, por que seriam vulneráveis a um fenômeno tão marcadamente circunscrito ao universo sexual masculino gay?

Sabemos hoje que muitas – se não todas – as afirmativas acima estão, em algum aspecto, equivocadas: afinal, as mulheres compõem atualmente mais da metade dos infectados pelo vírus HIV em nível global. No entanto, quando o impacto dessa doença sobre a saúde das mulheres finalmente começou a ser entendido em sua real dimensão, aproximadamente vinte anos atrás, a urgência e a atenção pública massiva que a epidemia recebera nos anos iniciais já haviam largamente dispersado. Sem dúvida, isso aconteceu em decorrência da dissociação entre AIDS e morte, mas não se deveu unicamente aos importantes avanços científicos e tecnológicos que asseguraram a alguns pacientes longevidade e qualidade de vida. Ao que parece, essa falta de interesse pela questão deveu-se muito mais à produção, estabilização e cristalização de uma narrativa e de um objeto.

Muito do trabalho das ciências sociais nos últimos anos, especialmente na área do corpo e saúde, tem envolvido o esforço de entender como essas verdades são produzidas no âmbito das ciências médicas, por meio de quais operações, e como podem ser disputadas, pois, se a história nos mostra algo, é que frequentemente os avanços vêm na forma de ecos – vozes que sempre estiveram ali, mas que precisaram viajar e serem repetidas até que fossem ouvidas. Neste texto, refletimos sobre algumas dessas questões-chave partindo da história da epidemia da AIDS como lugar de reflexão, analisando como a sua narrativa foi produzida desde o início sob estruturas de poder e de produção de conhecimento que não costumamos desafiar: a medicina, a epidemiologia e, em especial neste trabalho, a ciência de periódicos. Mais especificamente, nos interessa pensar sobre a maneira como o HIV/AIDS performou uma narrativa de igualdade e diferença entre corpos femininos e masculinos ao longo de sua história, especialmente por meio da justificativa da feminização da epidemia.

Antes de prosseguir é preciso estabelecer que, ainda hoje, as definições de sexo e gêneros utilizadas por parte expressiva da literatura médica são hipersimplificadas (MILLER *et al.*, 2003) e foram resumidas pelo *Institute of Medicine* da seguinte maneira: sexo é geneticamente determinado, gênero se refere à 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 neste trabalho se referem, portanto a mulheres, é a definição de sexo da biomedicina, ou seja, como geneticamente/cromossomicamente definido, que está sendo operada.

Também é importante situar que, neste trabalho, optamos por trabalhar fundamentalmente com artigos publicados pelo *The Lancet* por dois motivos: a) o periódico, juntamente como o *The New England Journal*, publicou pesquisas desde o ano 1 da epidemia sendo um representante das teorias e impressões prevalentes entre cientistas da Europa e, em maior escala, da percepção internacional geral; b) ele se manteve nos últimos quarenta anos entre as publicações médicas com maior fator de impacto, frequentemente em primeiro lugar,

o que reforça o lugar central que ocupa nas redes de produção do saber médico e científico; c) pesquisadores notáveis da história da epidemia, como Steven Epstein (1996) e Paula Treichler (1999), apontam que os dois periódicos anteriormente mencionados foram, por muito tempo, as principais fontes de disseminação de pesquisas sobre a epidemia.

Finalmente, partindo dessa bibliografia e outras referências e analisando o papel atribuído às mulheres nessa narrativa escrita “sobre o corpo do homem homossexual” (TREICHLER, 1999, p.24), indagamos sobre as lacunas na história dessa epidemia, seu poder produtivo, destrutivo e suas consequências. Assim, ainda que seja inegável que houve um aumento expressivo na percepção da AIDS como uma questão de saúde da mulher, principalmente nas últimas duas décadas, essa noção parece ter emergido da pressuposição de que o recorte de gênero seria apenas um **trecho** da história dessa doença, composta por acontecimentos **tangentes** e sobre uma **parcela** da população afetada. A ideia de que o HIV/AIDS **também** afeta mulheres, nesse sentido, tem sido um dos muitos problemas com as representações da doença. Mas, quando pensamos imediatamente na comunidade homossexual como o cerne da epidemia, não estamos necessariamente mostrando desconhecimento ou sendo generalistas – estamos aquiescendo à história que nos foi contada à exaustão, e que produziu a doença mais do que lhe descreveu, como argumentamos a seguir.

Escrevendo histórias com estiletes

Em diversas áreas da antropologia e das demais ciências sociais, conceitos e terminologias originalmente cultivadas nos estudos de linguística e literatura fincaram raízes em nossos jargões, interesses e espaços. Com a aproximação e borramento das fronteiras das disciplinas no campo das humanidades – para ganho, em nossa opinião, de todas nós – uma reflexão mais profunda sobre o compartilhamento dessas referências fica, por vezes, um pouco esquecida.

Podemos relembrar, por exemplo, que a antropologia nem sempre esteve confortável com a centralidade do discurso na disciplina. James Fernandez, um dos primeiros antropólogos a sugerir a importância e a aplicar conceitos da linguística e literatura em suas etnografias, começa um de seus principais trabalhos defendendo precisamente que o estudo de tais conceitos não dizia respeito apenas aos críticos de arte, mas também aos cientistas. Hoje, no entanto, é difícil encontrar trabalhos que não se valham de teorias e análises discursivas para tratar dos mais diversos fenômenos sociais.

A esse respeito, Michel Foucault certamente foi o principal autor a mobilizar com sucesso uma “virada” para o discurso nas 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 (FOUCAULT, 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 (FOUCAULT, 2009, p. 22).

Outra categoria emprestada dos estudos textuais que se tornou preciosa à antropologia foi a noção de metáfora. Desde Frazer, Tylor, Boas, passando por Evans-Pritchard, Jakobson e Halle e Lévi-Strauss – que foi largamente influenciado por todos os anteriores – a maioria dos autores clássicos da disciplina fizeram uso em maior ou menor escala desse conceito para explicar comportamentos e performances culturais, uma premissa que se tornou especialmente central às análises estruturalistas. Mais tarde, as ciências sociais operacionalizariam a questão da metáfora no estudo do texto e da produção científica em trabalhos memoráveis como o clássico de Emily Martin, *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução* (2006), que demonstra de maneira palpável e inteligível como figuras de linguagem são empregadas com frequência na literatura científica, 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 nenhuma descrição pode ser literal ou neutra e, por mais científica que se proponha a ser, refletirá inevitavelmente valores e pensamentos das redes que se dispuseram a contar essas histórias.

E, ainda nessa direção, uma categoria que adentrou nosso universo de pesquisa e análise de maneira particularmente prolífica é o conceito de narrativa. Na teoria literária, ela pode ser descrita simplesmente como uma sequência de eventos conectados, ou destrinchada em gêneros complexos e de sutis diferenças que vão desde o texto fantástico ou não ficcional até imagens pintadas em uma relíquia antiga. A narrativa leva em consideração não apenas a sequência de acontecimentos, mas também as técnicas, impacto e o modo como se decidiu contar uma história. Preston Teeter e Jorgen Sandberg (2017), recuperando a definição de Jerome Bruner (1986, 1996), acrescentam:

Em termos simples, uma “narrativa” é uma história coesa ou um relato dos acontecimentos, experiências ou fenômenos, sejam eles verdadeiros ou ficcionais, enquanto o “pensamento narrativo” se refere à susceptibilidade do cérebro à estética, associações, contexto e boas histórias em vez do pensamento puramente racional e lógico científico (TEETER; SANDBERG, 2017).

O discurso produz, portanto, cada mínimo aspecto da cultura: a arte, as crenças, os hábitos, os eventos, a história, a lei, a medicina. As narrativas, sempre povoadas por metáforas, são os diversos modos como essas histórias podem ser contadas, mas também são o resultado da competição entre diversas versões pelo lugar de hegemonia: o fato. É justamente nessa brecha da produção da hegemonia que as ciências sociais se aproximam desses conceitos essenciais. Portanto, se hoje parecemos ter deixado para trás parte desse complexo anteriormente mencionado de que a análise do discurso é para os críticos de arte é porque autocríticas disciplinares vindas principalmente dos estudos sobre gênero e sexualidade e interseções essenciais com outras áreas, como a filosofia e a linguística, permitiram que abordássemos o mundo social não mais como espaços onde a verdade pode ser buscada, mas, sim, onde ela pode ser produzida por aqueles que podem oferecer as histórias que nos parecem mais irrefutáveis.

Quem segura o estilete?

Se, como observou Maurice Blanchot (1969), o instrumento que dispomos tanto para descrever como para produzir um corte é o estilete – que gera necessariamente uma crise ou um rasgo –, então, quem decide o que são as sobras e o que é a forma nesse recorte? Que critérios são usados para decidir a aparência de uma narrativa científica e seu conteúdo? O corte tem o poder de separar o que está unido, de remover e, igualmente, de definir o contorno de uma figura. Também é assim que operam os discursos: por meio de textos, falas, disputas, estruturas de poder a verdade é produzida.

Para grande parte das sociedades contemporâneas, as narrativas sobre corpo e saúde percebidas como mais verossímeis e irrefutáveis são justamente aquelas produzidas no âmbito das ciências biomédicas. Isso não significa que tais conhecimentos não passam por modificações e atualizações, mas, sim, que são de tal modo blindados que praticamente só podem ser contestadas por pessoas certificadas, em contextos muito específicos e em veículos e espaços determinados: universidades, periódicos científicos, congressos de prestígio estabelecido e outras áreas de acesso restrito ao conhecimento, onde a verdade ganha forma.

Por exemplo, no que diz respeito aos objetos entendidos como pertencentes ao domínio do natural e do biológico, existem práticas específicas das quais pesquisadores lançam mão para impulsionar narrativas que não somente descrevem, mas que se tornam o referencial semântico através dos quais as diversas entidades são materializadas. A principal chave por meio da qual alguns poucos sujeitos “obtem o direito de expressar e representar os numerosos atores silenciosos do mundo natural e social” (CALLON; LAW, 1998, p. 71) é o processo que os estudos de ciência e tecnologia chamam de tradução. Essa 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.

É preciso lembrar, no entanto, que a tradução está sempre entrelaçada a 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 a 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 – outras narrativas com iguais chances de alcançarem o status de verdade.

A capacidade de performar um objeto no mundo, desse 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; 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).

Sendo assim, parte importante do sucesso de uma teoria científica ou da história natural de uma doença se deve ao êxito dos autores em produzir e oferecer uma narrativa coesa – tanto aos seus pares quanto às pessoas de fora do círculo. Como Teeter e Sandberg (2017) sugerem, nosso aprendizado se dá majoritariamente por meio das narrativas que nos parecem mais congruentes. Se somos submetidos sempre às mesmas histórias, eventos, contextos, explicações e conexões, é difícil dar o mesmo crédito a narrativas que parecem carecer dessa abundância de elementos. Joseph Dumit (2014) também chama atenção para a tendência que temos a preferir os clichês das narrativas científicas: ou seja, o conforto das conexões que já foram feitas exaustivamente, às quais estamos acostumados e que não precisamos dissecar ou temer o desmoronamento.

Mas, quando se trata da ciência, dificilmente podemos ver quem tem na mão esse estilete e como passou a segurá-lo.

Um dos exemplos mais sofisticados de análise epistemológica e de descrição das disputas e processos mencionados acima é o trabalho de Ludwik Fleck, publicado originalmente em 1935, *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. 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” (FLECK, 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” (FLECK, 2010, p. 149). O que temos então é uma comunidade científica com um estilo próprio de pensamento – um estilo técnico e literário, nas palavras do próprio autor – que retroalimentam o repertório de conhecimento sobre um determinado assunto de maneira 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 contraditório (FLECK, 2010, p. 69).

Quando olhamos para a descoberta da AIDS e mais precisamente do vírus HIV, é fácil e espantoso o quão perfeitamente tais eventos se ajustam a esse sistema, mas é a história da chamada feminização da epidemia – ou seja, do aumento e da progressão da doença entre mulheres – que parece ser mais precisamente descrita por essas cinco etapas. Tal avanço, como procuramos demonstrar a seguir, conforma um exemplo muito singular e pertinente sobre o poder da narrativa científica e dos efeitos materiais do discurso médico sobre os corpos das mulheres.

Por meio de uma breve retomada de alguns aspectos centrais da epidemia e levando em conta um corpo de publicações em periódicos médicos chave, podemos recuperar como determinadas versões dos acontecimentos foram condensadas em uma história coerente enquanto outras permaneceram eventos desconectados e, portanto, pouco atraentes ou assimiláveis. Nosso principal interesse é entender um aspecto específico da epidemia: como se deu a passagem de uma doença percebida como exclusiva da comunidade homossexual masculina a uma que é hoje majoritariamente feminina.

A narrativa da feminização

Uma das transformações mais significativas no perfil do HIV/AIDS, e que mais salta aos olhos nas pesquisas e políticas de saúde das últimas décadas, é a ênfase sobre a progressão assustadora da infecção entre mulheres e o destaque dado às necessidades específicas dessa população. Sem dúvida, 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. Esse deslocamento é frequentemente referido na literatura médica e das ciências sociais como “feminização da AIDS”.

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 da obra sugere, a autora faz referência 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 descrita com simplicidade em variados artigos médicos (KAPLAN, 1995; MENDELSON, 2005; MANTELL *et al.*, 2006; EZEONU; KOKU, 2008; HIGGINS, 2010; TALLIS, 2012; KANG'ETHE, 2013; 2015; PINCKNEY, 2016) 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, propagou-se 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 é de mulheres heterossexuais.

Por outro lado, a extensão e a rapidez dessa suposta mudança definitivamente não se traduziu na percepção que temos da epidemia. Embora mulheres heterossexuais casadas ou vivendo com seus parceiros componham um dos perfis mais prováveis de contrair o vírus – e em contextos culturais tão diversos como o Brasil, os EUA, a Índia e a Rússia, apenas para citar alguns –, homens gays parecem permanecer no imaginário de parte da população como o rosto da epidemia (KAPLAN, 1995; MENDELSON, 2005; MANTELL *et al.*, 2006; EZEONU; KOKU, 2008; HIGGINS, 2010; TALLIS, 2012; KANG'ETHE, 2013; 2015; PINCKNEY, 2016).

Na tentativa de compreender a construção desta “alegoria” homossexual – com todas as implicações de sujeira, pecado e doença associadas à população em questão –, Carmen Dora Guimarães sugeriu que a

construção social da AIDS teria transformado o “processo histórico de exclusão da maioria das mulheres e a inclusão de uma pequena minoria em fato natural” (GUIMARÃES, 1994, p. 224). Tratando da situação brasileira naquele período, a autora destacou que parecia não haver lugar para mulheres na epidemia, a não ser que praticassem algum “comportamento de risco”, como uso de drogas e prostituição – ou seja, a não ser que pudessem ser associadas aos estigmas sociais que vinham compondo a narrativa da epidemia gay. Apesar de ser um comentário específico e localizado, chama atenção para as impressões criadas e promovidas pela medicina e pela mídia no âmbito nacional e internacional de que a doença não seria uma preocupação para as mulheres.

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”. É preciso destacar que Sonnabend, clínico pioneiro nas pesquisas sobre AIDS, é lembrado até hoje por sua dedicação aos pacientes da epidemia e atuação no nível clínico. Sua principal contribuição acadêmica é a emblemática coletânea *How to Have Sex in an Epidemic* (1983). Por outro lado, seu importante legado também é marcado pela recusa em admitir a associação entre o vírus HIV e a AIDS, mesmo uma década depois de tal conexão ter sido estabelecida.

Não há dúvida 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 existência da doença entre elas. Mas há muito mais nessa ausência que o possível descuido de alguns profissionais. De fato, houve médicos e médicas, pesquisadores e pesquisadoras que apontaram desde o início para a impossibilidade de a nova doença ser exclusiva da comunidade homossexual, mas suas afirmações não pareciam se encaixar suavemente no enredo que estava sendo produzido até ali.

Por exemplo, quando a crise de saúde pública que viria a ser posteriormente compreendida como a síndrome da imunodeficiência adquirida eclodiu, a doença, até então desconhecida, foi quase que imediatamente associada à homossexualidade masculina e ao uso de drogas (SEPKOWITZ, 2002, p. 887). É preciso manter em mente, portanto, que apontar quem podia contrair aquela doença também significava definir quem não podia. Se até meados de 1982 a doença era conhecida pelo nome de GRID (*Gay Related Immunodeficiency Disease*, Doença da Imunodeficiência Relacionada a Gays), naquele mesmo ano algumas percepções sobre a epidemia precisariam ser completamente descartadas.

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 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, necessariamente a doença tinha relação 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.

Mas a narrativa vigente tornou-se insustentável no início do verão de 1982 quando um homem idoso com hemofilia A grave morreu por *Pneumocystis pneumonia* (PCP) – um tipo muito raro de pneumonia diagnosticado quase que exclusivamente em pacientes com GRID. 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 (CURRAN; JAFFE, 2011). Nos meses seguintes foram registradas ocorrências 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 era heterossexual (CURRAN; JAFFE, 2011). Era a primeira vez em um ano desde a identificação dos primeiros casos da “epidemia gay” que a realidade da contaminação de mulheres pela nova doença era contemplada.

Entre tantas especulações e diante de tantas novas evidências fez-se necessário produzir uma definição oficial daquele evento biomédico – uma decisão importante para unificar os relatos de caso e pesquisas científicas, facilitar a triagem e direcionar produções acerca da questão em diversos âmbitos. Com quase a totalidade dos casos tendo sido diagnosticados em território estadunidense até aquele momento, coube a um órgão local a gestão da epidemia nos primeiros anos, o que incluía o poder de nomear e delimitar a nova doença – o poder de usar o estilete para criar algo que, até aquele momento, não existia no mundo.

A decisão do *Center for Disease Control*¹ de chamá-la Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como Epstein (1996) 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 sistema imunológico dos pacientes – um conjunto de sinais que, quando concomitantes, formavam um quadro clínico claro e detectável.

É interessante pensar que a AIDS enquanto categoria nosológica, doença ou epidemia é produzida justamente a partir de necessidade de abranger corpos que não fossem os de homens homossexuais, como uma espécie de negativo da narrativa consolidada de que homens gays, com seus abusos, promiscuidades e vícios estariam ficando doentes, ao contrário das outras pessoas, naturalmente protegidas por seu estilo de moderação, valores morais e retidão. Assim, poderíamos imaginar que, quando a categoria GRID foi descartada diante da inegável existência de heterossexuais vitimados pela doença, corpos femininos passariam a ser contemplados como uma realidade dentro da epidemia. Com um sistema de opinião, no sentido proposto por Fleck, tão rapidamente cristalizado, a inclusão das mulheres nessa narrativa não poderia ocorrer sem atrito.

Alguém investigou

Se recuperarmos as observações de Fleck (2010, p. 69) por um instante, podemos entender melhor como as mulheres foram inscritas nas entrelinhas, mas não no texto principal da AIDS. Retomando o que estabelecemos anteriormente, a partir do momento em que a GRID e todo o simbolismo nela inscrita se consolidou como o sistema de pensamento hegemônico sobre a doença: a) uma contradição ao sistema seria impensável, b) o que não cabia no sistema permaneceria despercebido, ou c) seria silenciado, mesmo sendo conhecido. E foi precisamente o que aconteceu com os corpos femininos.

Finalmente, temos a etapa que se sucede às três anteriores: d) mediante grande esforço, as contradições são declaradas como não contradizendo o sistema. Se apenas em 1982 a possibilidade de outras minorias desenvolverem AIDS foi finalmente aventada, foi em um boletim do CDC de 1983 que a categoria “pessoas anteriormente saudáveis” foi adotada em substituição a “homossexuais previamente saudáveis”. Esse 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” (1983b, p. 18). Os grupos de risco estabelecidos pela organização naquele momento foram: “homens homossexuais, heterossexuais que fazem uso abusivo de drogas injetáveis, e haitianos que imigraram recentemente para os Estados Unidos” (Idem).

É plausível 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 indicação de que mulheres estariam sujeitas a serem contaminadas: mulheres que usavam drogas – lembrando que, de acordo com o boletim, o grupo de usuários de drogas injetáveis intersectaria com a população negra e

1 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)

hispanica – 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.

É razoável perguntar se seria realmente importante assinalar essa recém-descoberta presença feminina diretamente. Mas 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 a universalização se disfarça de convenção na linguagem – a universalização é o masculino não marcado e é uma ferramenta histórica de apagamento.

Dito isso, apesar de a quantidade reduzida de publicações que fazem referência à ocorrência ou possível ocorrência de AIDS em mulheres nos anos iniciais da epidemia, alguns estudos foram na direção contrária à tendência, como é o caso dos artigos *Aids In A Canadian Woman Who Had Helped Prostitutes In Port Au Prince* (ROSE, D. B.; KEYSTONE, J. S., 1983), *Aids In A Danish Surgeon* (BYGBJERG, I. C., 1983), *Aids In A Haitian Woman With Cardiac Kapos* (LYON, M. F.; 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) – todos publicadas pelo *The Lancet*. Não é que o pressuposto da moléstia homossexual não tenha influenciado esses trabalhos – 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 os havia investigado.

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 justamente o da dinamarquesa Margrethe P. Rask. Em 1964, a jovem médica 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 no artigo previamente mencionado (BYGBJERG, 1983). É interessante notar que o título não faz menção ao seu gênero 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 essas informações não tinham nenhuma coerência com 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.; 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.

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 em uma série de 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 o gênero do paciente. 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).

O que queremos mostrar recuperando esses exemplos é que as evidências de uma epidemia generalizada estiveram presentes o tempo todo. Elas apenas não foram costuradas em uma narrativa tão coesa, não foram traduzidas em explicações de simples apreensão e foram deixadas para trás por um enredo capaz de engajar muito mais que suas versões alternativas. Tudo isso é compreensível – é parte irrevogável do processo de construção da verdade científica, como aqueles pedacinhos geométricos de papel que sobram de um recorte. Mas o que acontece quando descartamos esses aparentes excedentes?

A cor e o sexo invisíveis

Os estudos de caso previamente descritos são gotas no vasto oceano de publicações do início dos anos 80 sobre a epidemia da AIDS entre homossexuais e discussões sobre seu agente causador. No entanto, eles nos dão algumas pistas importantes sobre como a presença e ausência das mulheres no discurso biomédico se constituiu nessa primeira década e nos períodos posteriores. 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 a hipótese 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, congoleses, zambianos – seja por contato sexual com tais indivíduos 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 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 (AIDS NOW SEEN..., 2017).

O artigo, resultado de um encontro internacional de cientistas promovido pelo CDC naquela semana, 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 eram parecidos, “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” (AIDS NOW SEEN..., 2017).

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, os periódicos médicos euramericanos haviam produzido dois tipos de mulheres com AIDS: as que haviam desenvolvido 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 pessoas em grupos de risco (mulheres em alto risco). Essas mulheres que passaram a ser contabilizadas em países periféricos foram rapidamente incluídas na narrativa da AIDS pelo viés do 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 – como na última etapa descrita por Fleck (2010) – 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).

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. Não que seja necessariamente um problema 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.

Nas entrelinhas das interseccionalidades

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, temos evidências o bastante 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; HAHN, 2011). Mas, mesmo quando a doença foi observada no mundo “desenvolvido”, as diferenças socioculturais e materiais gritantes entre a epidemia do continente africano e a estadunidense não foram interpretadas como efeitos perversos de diferenças históricas. Isso fica claro, por exemplo, em diversos artigos da 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?

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 nitidez as engrenagens do pensamento 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 (LUGONES, 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 apreendidos pelo discurso científico sobre a epidemia.

Lugones (2014, p. 935) 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 esse, 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 – 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). Nessa direção, podemos e então sugerir que, em última instância, o que o discurso médico predominante está dizendo é: corpos femininos têm AIDS? Sim. Mulheres podem ter AIDS? Não.

Podemos ver essa lógica em prática quando Treichler lembra 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 prostitutas (“*hookers*”, em inglês). 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 WARMPSSA (*Women At Risk And Multiple Partners Of Sexual Active Adults*, Mulheres sob risco e múltiplos parceiros de adultos sexualmente ativos), mas esse esforço foi inútil e as políticas relacionadas a esta “população” foram tão irrelevantes quanto esse acrônimo. De todo modo, nunca foi muito evidente 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 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, esse 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, consequentemente, 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.

Considerações finais

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 mundo (WHO, 2018), mas foi apenas a partir da virada deste século que o número crescente de casos de HIV/AIDS nessa população – tanto no mundo ocidental como no oriental – passou a ser percebido como uma questão prioritária de saúde global. As estatísticas e evidências cada vez mais irrefutáveis 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 volumes macro de dados, e por cientistas sociais que pesquisavam a doença, pelo menos desde de o início da década de 1990.

Também como explicitado anteriormente, a feminização é um conceito emergido na sociologia que se refere à 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.

A questão que tentamos levantar ao longo deste texto é se essa narrativa é mesmo a mais adequada para contar tal história, ou se é uma nota de rodapé a um sistema de opinião que não se permite ser revisto. A feminização do HIV/AIDS, assim como a da pobreza, é um argumento, uma retórica e uma ficção capaz de promover a noção inverídica de que corpos femininos passaram a surgir onde não estavam antes. Ela não nos obriga a olhar reflexivamente para os problemas discursivos que têm cercado e produzido esse corpo historicamente – pelo contrário, desvia a atenção das negligências cometidas em decorrência das concepções e estruturas que já existiam muito antes da epidemia ser concebida. A feminização do HIV/AIDS é, portanto, um fenômeno no qual interseccionalidades performam diferenças extremas. Raça, classe, gênero e sexualidade nos lembram a todo instante de que continuarão a produzir desigualdades enquanto não formos capazes de encará-las, reconhecê-las e inseri-las sobre as linhas, e não mais nos espaços entre elas.

Ursula K. Le Guin escreve, em seu romance mais famoso, que “o fato mais concreto pode fraquejar ou triunfar no estilo da narrativa” (2014). A autora dedicou grande parte de seu trabalho a denunciar o perigo das palavras, histórias e discursos que se perpetuam incontestes. Com esse pensamento, tentamos demonstrar no presente texto o quanto era essencial, e continua sendo essencial, a produção da seguinte narrativa: mulheres têm AIDS, mulheres podem pegar AIDS, mulheres vivem com AIDS, mulheres morrem de AIDS, a AIDS mata mulheres. E esse corpo sempre esteve lá. É igualmente vão e imprescindível compreender e relatar os motivos para essa demora em percebê-lo. Vão porque tantas vidas já foram perdidas, arruinadas, prejudicadas; imprescindível porque é nossa melhor chance de subverter esse cenário e impedir que as mulheres sigam em posição de extrema vulnerabilidade à essa e a outras doenças.

Por fim, 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”. Com a divulgação do Boletim Epidemiológico de 2018 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), certas tendências trágicas se confirmam: apesar de os homens serem maioria dos infectados em território nacional, a faixa etária de mulheres mais afetada nos últimos dez anos têm sido a de maiores de 60 anos – mulheres casadas, em relações monogâmicas, infectadas por seus maridos e parceiros estáveis.

Esse é o resultado concreto de quatro décadas de concepções equivocadas, negligências e da manutenção de estruturas que tendem a se fortificar ainda mais no cenário político atual, que vem apontando repetidamente para abordagens sexistas e extremamente moralistas sobre saúde sexual e reprodutiva. Não há dúvidas de que, mais uma vez, as mulheres – especialmente aquelas a quem se impõem também estruturas históricas e perversas de opressão de raça e classe – serão as principais prejudicadas e vitimizadas por tais retrocessos. Mas, se a ciência e a medicina seguem dispondo de alguma autoridade na produção dos discursos sobre saúde e corpos, talvez esse seja um bom lugar para investir no diálogo e na produção de novas narrativas. Cada vez mais temos visto brechas pequenas, mas fundamentais, em que áreas de conhecimento diversas se encontram, e onde as pessoas que as mobilizam se dispõem a produzir algo novo, juntas e a partir dessas interseções. Para que esse movimento produza efeitos concretos no mundo, é preciso, no entanto, estarmos mais atentos às histórias que não sobrevivem à edição final – e é preciso, mais que isso, que cada vez mais pessoas com marcadores sociais distintos possam operar o estilete.

REFERÊNCIAS

- 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.
- BLANCHOT, Maurice. *L'Entretien infini*. Paris: Gallimard, 1969.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/Aids*. Nov. de 2018 Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>>. Acesso em: 02 jan. 2018.
- BRUNET, J.B., et al. Acquired immunodeficiency syndrome in France. *The Lancet*. 1983, p. 700-01
- BYGBJERG, I. C. AIDS in a danish surgeon (Zaire, 1976). *The Lancet*, s. l., 1983.
- CABANE, J. et al. AIDS in an apparently risk-free woman. *The Lancet*, s. l, 1984.
- CDC (Centers for Disease Control). Prevention of acquired immune deficiency syndrome (AIDS): report of of interagency recommendations. *MMWR*. 1983b.
- 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.
- CRESSMAN, D. *A Brief Overview of Actor-Network Theory: Puntualization, Heterogeneous Engineering and Translation*. 2009.
- CURRAN, James W.; JAFFE, Harold W. AIDS: the early years and CDC's response. *MMWR supplements*, United States, v. 60, n. 4, 2011, p. 64-69.
- DOUGLAS, Ann. *The Feminization of American Culture*. Farrar, Straus and Giroux. 1977.
- DUMIT, Joseph. Writing the implosion: Teaching the World One Thing at a Time. *Cultural Anthropology*, 2014, Vol. 29, n. 2, p. 344-362.
- EPSTEIN, Steven. *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California, 1996.
- FERNANDEZ, James W. The Mission of Metaphor in Expressive Culture, *Current Anthropology*, June, 1974, vol. 15, n. 2, p. 119-145.
- FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum. 2010.
- GIBBS, Jr. Process and products in making sense of tropes. In A. Ortony (Ed.), *Metaphor and thought*. New York: Cambridge University Press. 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.
- HOOPER, Edward. *The river: a journey to the source of HIV and AIDS*. Londres: Allen Lane. 1999
- LAW, J. Del poder y sus tácticas. Un enfoque desde la sociología de la ciencia. In: DOMÈNECH, M.; TIRADO, F. X. (orgs.). *Sociología simétrica: ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona: Gedisa, 1998.
- LE GUIN, Ursula K. *A mão esquerda da escuridão*. São Paulo: Aleph. 2014
- LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev. Estudos Feministas*. [online]. Vol. 22, n. 3, 2014, p. 935-952.
- MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2006.
- SEPKOWITZ, K. AIDS - The first 20 years. *The New England Journal of Medicine*, [s. l.], v. 344, n. 23, 2002, p. 6-10.
- SHARP & HAHN, B. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. Cold Spring Harbor, *Perspectives in Medicine*, n. 1. 2011.
- SMITH C.L. et al. AIDS in a woman in England. *The Lancet*. (8354), 1983, p. 846-846.
- TEETER, P.; SANDBERG, J. 2017. Cracking the enigma of asset bubbles with narratives. *Strategic Organization*, 2017, vol. 15, n. 1, p. 91-99.
- TREICHLER, Paula A. *How to have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS*. Durham: Duke Univ. Press. (ebook) 1999.
- WHO. World Health Organization. Women's Health - Fact Sheet N°334. Disponível em: <<http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs334/en/>>. Acesso em: 23 dez. 2018.