



PPSS PROGRAMA DE
2299 PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM
SERVIÇO SOCIAL

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
PROFE.^a: DR.^a DENISE CARMEN A. NEVES (ORIENTADORA)
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E
CIDADANIA.**

**PORTADORAS HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a
situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE –
Goiânia/2011-2012**

MARIA SUELY DE SOUSA MARINHO

**GOIÂNIA – GO
2013**

MARIA SUELY DE SOUSA MARINHO

**PORTADORAS DE HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a
situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE –
Goiânia/2011-2012**

Dissertação de Mestrado a ser submetida a Banca de Defesa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito à obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Carmen de Andrade Neves.
Linha de Pesquisa: Política social, movimentos sociais e cidadania.

**GOIÂNIA – GO
2013**

MARIA SUELY DE SOUSA MARINHO

**PORTADORAS DE HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a
situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE – Goiânia –
2011-2012**

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Carmen A. Neves

Prof^a. Dr^a. Gláucia Lelis Alves

Prof^a. Dr^a Maria José P. Rocha

GOIÂNIA
2013

DEDICATÓRIA

Para Paulo Marinho e Francisca Valério, meus pais, presença constante em minha vida. Para Cleverson Vieira, que sabe conjugar o verbo amar em todos os tempos e ao nosso bebê que está a caminho. As Mulheres chefes de famílias vítimas do HIV/Aids que buscam melhores condições de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, pela força e pela oportunidade de concluir mais uma etapa em minha trajetória existencial.

A equipe do Grupo AAVE, especialmente Margaret Hosty, que me oportunizou dar os primeiros passos nessa jornada rumo ao conhecimento.

A minha amiga Liesbet Creve, que, mesmo de longe, sempre esteve na torcida pelo êxito desta jornada.

Aos professores do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, uma vez que cada um, a seu modo, contribuiu para meu crescimento profissional e pessoal, especialmente a Prof^a. Dr^a Denise Carmem A. Neves.

Aos colegas do mestrado, especialmente Maria de Nazaré Freire Costa, a qual me mostrou que amizade pode, sim, existir e que, com ela, a vida torna-se mais leve e feliz.

Creio que podemos transformar a tragédia da AIDS, da enfermidade e da doença num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade. E, com esse sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna.

Herbert de Souza, 1987.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar de que forma a soropositividade (HIV/AIDS), associada às condições de gênero e de classe social, interferem na inserção de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, repercutem na qualidade de vida das famílias chefiadas por mulheres atendidas no Grupo AAVE. Constitui-se em objeto de estudo a situação das mulheres portadoras de HIV/Aids chefes de família em relação à inserção no mercado de trabalho. Buscou-se apreender a temática numa perspectiva de totalidade, abrangendo-a em seus aspectos socioeconômico, político e cultural, o que permitiu a análise dos elementos relacionados à epidemia do HIV/AIDS no mundo do trabalho na contemporaneidade. Procurou-se demonstrar como o HIV/AIDS se insere no Sistema de Saúde como um problema de saúde pública e como foram traçadas as ações preventivas para o enfrentamento dessa epidemia, destacando-se a atenção à mulher. A fim de obter maior compreensão acerca do objeto investigado, foi realizada uma pesquisa de campo abrangendo 20 mulheres, o que representa 18,3% das famílias atendidas pelo AAVE que são chefiadas por mulheres. Participaram da pesquisa todas as mulheres escolhidas por meio de sorteio que aceitaram participar da entrevista. A pesquisa revela que 40% das entrevistadas não tem acesso ao emprego e as 60% que estão empregadas têm uma baixa remuneração. Constata-se que para as mulheres, o fato de serem soropositivas tem se constituído num limitador para sua inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, numa maior precarização nas condições socioeconômicas, sobretudo para elas que são chefes de famílias.

Palavras Chaves: Saúde, HIV/Aids, trabalho e gênero.

ABSTRACT

The aim of this study was to examine how seropositivity (HIV/AIDS), in association with gender and social class conditions, influences the inclusion of women in the labor market and thus affects the quality of life of families headed by the women cared for by the AAVE group. The object of this study is the situation of female householders, HIV/AIDS carriers, in relation to inclusion in the labor market. It sets out to understand the whole topic from a broad perspective, covering its socioeconomic, political and cultural aspects, which allowed for an analysis of those elements related to the HIV/AIDS epidemic in the workplace. It sought to show how HIV/AIDS is a public health problem for the Health System and how preventive measures to confront this epidemic were drawn up with a special focus on women's care. In order to gain a greater understanding of the object under investigation, a field study was carried out. This involved 20 women who represent 18.3% of the families headed by women cared for by AAVE. All the women chosen by lot who accepted to be interviewed were included in the research. The survey shows that 40% of respondents did not have access to employment and the 60% who did earned low wages. It was seen that for women, the fact of being HIV positive limited their inclusion in the labor market which consequently led to a greater instability in socioeconomic conditions, especially for those who were heads of households.

Keywords: Health, HIV/AIDS, work and gender.

Lista de Siglas

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde

ARV - Antirretroviral

AZT- Zidovudine

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Cada – Centro de Apoio do Doente de Aids

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CD4 - Células de Defesa

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento

COMUS - Conselho Municipal de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde
Previdenciária

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DINSAMI - Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil

FAE - Fração Assistencial Especializada

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

GAPAS - Grupos de Apoio à Prevenção à Aids

HIV - Síndrome da Imunodeficiência Humana

HSH- Homem que faz Sexo com Homem

IAPs - Instituto de aposentadorias e pensões

IAPB - Instituto de aposentadorias Bancária

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBT - Lésbica, Gays, Bissexuais e Transgêneros

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MJ - Ministério da Justiça

MS - Ministério da Saúde

MT - Ministério do Trabalho

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

PBC - Benefício de Prestação Continuada

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS - Programa das Ações Integradas de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária

PSF - Programa de Saúde da Família

PVHA - Pessoas Vivendo Com HIV Aids

PELA VIDDA - Grupos Pela Valorização e Dignidade do Doente de Aids

PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PNAISM – Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher

SAMDU - Serviços de Atendimentos Médico Domiciliar de Urgência

SES - Secretária Estadual de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SPE - Saúde e Prevenção na Escola

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFAM - Teto Financeiro da Assistência do Município

TFGM - Teto Financeiro Global do Município

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
LISTA DE SIGLAS.....	09
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I - SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A ATENÇÃO À MULHER	
SOROPOSITIVA (HIV/AIDS).....	20
1.1 A política de saúde no contexto das políticas públicas brasileiras.....	21
1.1.1 Histórico da política de saúde no Brasil.....	22
1.1.2 A atenção à saúde da mulher.....	32
1.2 O vírus HIV/AIDS como problema de saúde pública e os programas de	
atenção ao soropositivo – aspectos de atenção à mulher.....	35
1.2.1 O surgimento do vírus HIV/AIDS como problema de saúde pública.....	35
1.2.2 Programas de atenção ao soropositivo – as especificidades da mulher	
soropositiva.....	39
1.2.3 As ações preventivas.....	44
CAPÍTULO II - O TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA: E A CONDIÇÃO	
DA MULHER SOROPOSITIVA.....	50
2.1 O trabalho como base constituinte do ser social.....	51
2.1.1 O trabalho na sociedade capitalista.....	53
2.1.2 Trabalho e classe subalterna.....	58
2.2 As relações de gênero e o trabalho na sociedade capitalista.....	61
2.2.1 Processo histórico de inserção das mulheres no mundo do trabalho – a	
realidade brasileira.....	65
2.2.2 As desigualdades de gênero no mundo do trabalho – a realidade	
brasileira.....	69
2.3 A precariedade da formação profissional.....	71
2.3.1 O preconceito como fator de limitação ao trabalho.....	73
CAPÍTULO III - MULHERES SOROPOSITIVAS E A INSERÇÃO NO MUNDO DO	
TRABALHO.....	78
3.1 Características gerais da Instituição.....	79
3.2 A relação das mulheres do Grupo AAVE com o trabalho – os limites	
impostos pela classe social e a condição de sorologia positiva.....	81

3.2.1	Perfil socioeconômico e familiar das entrevistadas	83
3.2.2	O preconceito enfrentado pelas mulheres chefes de família em relação à sua condição de soropositiva	89
3.2.3	As políticas públicas e o atendimento institucional das mulheres soropositivas chefes de família	95
3.2.4	Aspectos educacionais e de profissionalização.....	100
3.2.5	Aspectos relacionados ao trabalho e à precariedade de vida das mulheres chefes de famílias soropositivas portadoras de HIV.....	103
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
	APÊNDICES	136

INTRODUÇÃO

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana – HIV e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, marcada pelos 30 anos de sua descoberta, criou ao longo desse período novas configurações comportamentais na sociedade. Além de determinar também a reorientação de saberes, na busca de estratégias de enfrentamento aos mais diversos aspectos referentes à doença.

Em junho de 1981, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos registrou os primeiros casos de uma enfermidade considerada à época um mistério. No mesmo ano, autoridades sanitárias detectam a possibilidade de transmissão pelo ato sexual, pelo uso de drogas injetáveis e pela exposição a sangue e derivados. Em 1982, a doença recebe o nome definitivo de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida, em espanhol, ou AIDS, na sigla em inglês), ano em que o primeiro caso é diagnosticado no Brasil, na capital paulista.

Atualmente, o número de novas infecções no mundo causadas pelo vírus HIV caiu 19%, ou seja, de 3,1 milhões de casos, em 1999, para 2,6 milhões, em 2009. A distribuição do Antirretroviral (ARV) em países não desenvolvidos e em desenvolvimento, no período de 2002 a 2009, foi de 6 milhões de doses. Inúmeros são os benefícios que um tratamento eficaz propicia. Desde 1996, 2,9 milhões de vidas foram salvas e o número de mortes relacionadas à Aids caiu em mais de 10% nos últimos cinco anos, Chequer (2011).

Os gastos disponíveis para a prevenção, para o diagnóstico precoce e para o tratamento do HIV/Aids, em nível mundial foi estimado em US\$ 15,9 bilhões, em 2009. O coordenador da UnAids (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids) falou ainda que os gastos nacionais, que representam uma tendência da ordem de quase US\$ 8 bilhões locais, foram acrescidos de outros quase US\$ 16 bilhões oriundos de fundos de assistência internacionais. Cerca de 400 mil pessoas faziam o tratamento com antirretrovirais, em 2003, sete anos depois, o número de infectados em tratamento subiu para 6 milhões, em todo o mundo, Chequer, (2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, 33 milhões de pessoas são infectadas pelo HIV em todo o mundo. No Brasil, esse número é de 656.701 e inúmeras iniciativas governamentais vêm sendo implementadas não só pelo Ministério da Saúde, no sentido de atender às necessidades dos soropositivos,

mas também por Organizações Não Governamentais – ONGs. Contudo, essas ações não têm sido suficientes para coibir toda sorte de preconceitos e privações de que são vítimas, sobretudo as pessoas pertencentes às classes de menor poder aquisitivo.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2012), de 1980 a junho de 2012, foram notificados 656.701 casos de AIDS no Brasil. No estado de Goiás, a faixa etária que concentrou maior percentual de casos entre os anos de 1999 e 2010 foi a de 20 a 34 anos, com 52,09%; seguida da faixa de 35 a 49 anos, com 36,02% dos casos registrados. No último ano da década de 1980, 65,08% dos casos notificados em Goiás, concentravam-se na capital Boletim epidemiológico do estado de Goiás, (2012).

Na grande Goiânia, estima-se que tenha atualmente 1230 mulheres contaminadas. Embora haja mais casos ainda entre os homens, esse número vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de Aids entre mulheres, pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de Aids no sexo masculino para cada um caso no sexo feminino. Em 2010, chegou-se a 1,6 casos em homens para cada um entre mulheres de acordo com o Boletim Epidemiológico, (2012).

Perante esses dados, contata-se que a Aids vem ganhando traços femininos, atingindo principalmente as classes subalternas, com menor nível de escolaridade e em idade reprodutiva. Além disso, sabe-se que o fato da mulher ser atingida trás consequência não somente a ela, mas aos que a ela estão ligados. A mulher é mãe, companheira, profissional e, na grande maioria dos casos, provedora do sustento de sua família.

A Aids torna-se, assim uma metáfora da vulnerabilidade da mulher na sociedade. Ela representa todas as dificuldades que a mulher enfrenta: pobreza, violência, submissão, desemprego, salários diferenciados nos mesmos cargos e funções dentre outras. Todo esse quadro tem motivado incessantes lutas em defesa dos seus direitos e garantido importantes conquistas ao longo das últimas décadas.

Neste estudo busca-se analisar de que forma a soropositividade HIV/AIDS, associada às condições de gênero e de classe social, interferem no inserção de mulheres atendidas no Grupo AIDS: Apoio, Vida, Esperança – AAVE

(Organização Não Governamental), no mercado de trabalho, e conseqüentemente, repercutem na qualidade de vida das famílias por elas chefiadas.

O Grupo AAVE é uma organização não governamental que realiza ações de assistência social voltadas aos portadores de HIV/Aids da Região Metropolitana de Goiânia – Goiás. Iniciou suas atividades em 1995 e, desde então presta diversos atendimentos na área jurídica, psicológica e de assistência, além de oferecer cursos profissionalizantes¹.

Este estudo se torna relevante por possibilitar uma compreensão aprofundada sobre a temática, na perspectiva socioeconômica, política e cultural, permitindo, ainda, fornecer um conjunto de elementos relacionados à epidemia do HIV/AIDS no mundo do trabalho, os quais poderão contribuir tanto com o trabalho realizado pelo Grupo AAVE, quanto para outras ONGs que desenvolvem política de assistência aos portadores de HIV/AIDS. Sua relevância está também no fato de abordar a problemática relacionada à inserção da mulher no mercado de trabalho, trazendo à tona marcas de gênero que perpassam esse processo. Espera-se, em última instância, colaborar na formulação de Políticas públicas voltadas à promoção de trabalho digno às mulheres soropositivas.

O objetivo deste estudo é analisar a interferência da soropositividade (HIV/AIDS), associada às condições de gênero e de classe social na inserção de mulheres chefes de família do Grupo AAVE no mercado de trabalho, evidenciando-se assim, a incidência desses fatores na qualidade de vida das famílias. Os objetivos específicos são: traçar o perfil socioeconômico e cultural das famílias; identificar o processo educativo e de formação profissional das mulheres; demonstrar aspectos relativos ao processo de inserção no mercado de trabalho (dificuldades e sucessos), averiguar as experiências concretas de trabalho das mulheres.

O interesse por fazer este estudo ocorreu a partir da vivência da pesquisadora, com os usuários nos últimos anos, como parte da equipe do Grupo AAVE, período em que se pode observar informalmente que para as mulheres, o fato de ser portadora do HIV/AIDS tem se constituído num limitador de sua inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, numa maior precarização nas condições socioeconômicas, sobretudo para a grande parcela que é chefe de família.

¹ A caracterização mais detalhada do Grupo AAVE será apresentada no Capítulo III deste estudo.

A pesquisa foi realizada com 20 mulheres chefes de família o que representa 18,3% das famílias atendidas pelo AAVE que são chefiadas por mulheres. As mulheres chefes de famílias que participaram da entrevista foram escolhidas por meio de sorteio. Foram incluídas todas as mulheres sorteadas que afirmaram positivamente sua adesão à pesquisa ao preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As pessoas entrevistadas foram contatadas por intermédio de telefonemas diretamente pela entrevistadora, para participarem da entrevista.

A metodologia utilizada neste estudo foi a pesquisa bibliográfica e documental, baseando-se na leitura de livros, artigos de revistas e internet, e materiais relacionados ao tema em estudo. Também foram utilizados os dados da pesquisa de campo, com coleta realizada por meio de entrevista orientada por um Roteiro Semiestruturado (apêndice), composto de perguntas abertas e fechadas, as quais abarcaram os seguintes itens: perfil socioeconômico das entrevistadas, aspectos relacionados ao trabalho e à sorologia positiva, aspectos socioeconômicos e familiares, problemas enfrentados e a presença institucional e as condições da mulher soropositiva.

Os dados da pesquisa foram trabalhados por meio de tabelas e gráficos. Através da pesquisa foi possível evidenciar alguns aspectos relativos à temática, na perspectiva socioeconômica, política e cultural, permitindo, uma compreensão aprofundada sobre elementos relacionados à epidemia do HIV/AIDS no mundo do trabalho.

Buscou-se na literatura autores que interpretassem esse fenômeno adequadamente dentro do processo histórico da formação da sociedade brasileira. As categorias analíticas constituíram as ferramentas para investigar o fenômeno em questão, buscando-se apreender as partes que o integram, extraindo-se deste estudo categorias que enriqueceram o conhecimento sobre as condições vividas pelas mulheres chefes de família soropositivas.

O método a ser utilizado busca seguir a tradição marxista que parte sempre do real e concreto, chega a categorias abstratas, e retorna novamente para o concreto “agora, porém, não mais como uma representação caótica do todo, e sim como uma rica totalidade de muitas determinantes e correlações” (MARX, 1974, 21).

Para realização deste estudo, buscou-se suporte teórico em autores que trabalham temáticas relacionadas ao tema, como: Carvalho e Galvão, (2008);

Santos, Antunes (2005); Chequer (2011); Parker, (1999); Care, (2006); Câmara (1999); Barbosa (2003); e Guimarães (1996) dentre outros, visando apreender a relação entre a presença do HIV/AIDS em mulheres chefe de família inscrita no Grupo AAVE e a inserção no mundo do trabalho.

Este estudo está dividido em três capítulos. O primeiro Capítulo, denominado “Saúde Pública no Brasil e a Atenção à Mulher Soropositiva (HIV/Aids)”, foi subdividido em dois subitens: “A política de saúde no Brasil” e “O HIV/AIDS como problema de saúde pública e os programas de atenção ao soropositivo – aspectos de atenção à mulher”. O primeiro capítulo traça uma breve retrospectiva histórica da saúde pública no Brasil, passando pela estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS e nele pelos programas de atenção à mulher. Por fim, foi demonstrado como o HIV/AIDS se insere no Sistema de Saúde como um problema de saúde pública e como foram traçadas as ações preventivas para o enfrentamento dessa epidemia, destacando-se à atenção à mulher.

O segundo Capítulo, intitulado “Trabalho e a Mulher Soropositiva”, foi subdividido em três subitens: “O trabalho como base constituinte do ser social, Trabalho e relações de gênero” e “As Condições de Trabalho da Mulher Soropositiva da Classe da Subalterna”. Nesse sentido, destacam-se os estudos de Antunes (2005), os quais afirmam que o mundo do trabalho passa a ter agora uma mudança qualitativa pelo peso crescente de sua dimensão mais qualificada, do trabalho multifuncional, do operário apto a operar com máquinas informatizadas e da objetivação de atividades celebrais (materializar a inteligência humana na robótica). Por outro lado, intensificam-se as formas de exploração do trabalho do novo proletariado.

Nessa realidade de exploração da força de trabalho está presente a mulher, cuja inserção no mundo do trabalho vem aumentando significativamente nas últimas décadas, ainda que distorções históricas que sujeitam a mulher à condição de subalternidade em relação ao homem permaneçam. Esse fenômeno está relacionado aos fatores econômicos, sociais e culturais e, embora se tenha obtido avanços importantes, apresentam problemas cruciais ainda por serem superados.

Segundo Relatório da Organização Internacional do Trabalho – OIT (2001), o trabalho desempenhado pelas mulheres, remunerado ou não, é mais facilmente interrompido quando elas são infectadas pelo HIV/AIDS. As mulheres são mais vulneráveis, tendo em vista que dominam o setor informal, na área em que os

empregos não são assegurados pelo seguro social ou por outros benefícios de saúde ocupacional. Diante disso, percebe-se que as medidas de prevenção ao HIV/AIDS e de apoio às pessoas soropositivas, nos locais de trabalho, têm se revelado insatisfatório para as mulheres, pois exigem um padrão de equidade de gênero que está longe de ser efetivado no Brasil.

O terceiro Capítulo intitula-se as Mulheres Soropositivas/ Grupo AAVE e a Inserção no Mundo do Trabalho, o qual apresenta caracterização geral da instituição e enfoca, ainda, os seguintes itens: perfil socioeconômico das entrevistadas, aspectos relacionados ao trabalho e à sorologia positiva, aspectos socioeconômicos e familiares e a relação à sorologia positiva, problemas enfrentados e a presença institucional, as condições da mulher soropositiva.

Nas considerações finais, analisa-se essa questão e, por fim, são apresentadas as referências consultadas para dar suporte teórico a este estudo.

CAPÍTULO I

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A ATENÇÃO À MULHER SOROPOSITIVA (HIV/AIDS)

A situação da epidemia do HIV/AIDS figura, nos últimos 30 anos, entre um dos principais problemas de saúde pública no mundo e tem influenciado, de forma decisiva, as configurações comportamentais na sociedade e deve demorar a apresentar um quadro tranquilizador com relação à AIDS, embora o Brasil apresente uma política pública exemplar, que tem sido objeto de elogios internacionais graças ao esforço conjunto do Ministério da Saúde (MS) e à articulação de mais de seiscentas organizações não governamentais, que se dedicam à prevenção e ao combate da doença.

Isto acontece em razão da quantidade de doentes notificados (mais de 656.701), como também por suas características, conforme Chequer (2011).

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2010), a epidemia aponta tendências determinantes como: a interiorização da doença, que se dissemina por todo o território nacional e cresce em cidades menores; o alastramento, cada vez maior, entre as camadas mais pobres; o crescimento do número de doentes entre os jovens; o crescimento do índice de mulheres infectadas. Detecta-se, além disso, grande expansão do número de casos decorrentes da transmissão heterossexual, o que tem contribuído, ainda mais, para o aumento do número de mulheres infectadas com o vírus HIV, contudo percebe-se que a oferta de serviços e as ações em saúde ainda não contemplam questões mais complexas, tais como: o perfil epidemiológico das populações; as condições sociais; as diferentes inserções no mundo do trabalho; raça. Para Viana, Fausto e Lima (2003), a saída para se reduzirem as desigualdades sociais por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste na ampliação para os grupos mais vulneráveis.

Ainda que um conceito ampliado de saúde guie e determine a demanda como resposta à política setorial acima, ela não é suficiente para solucionar assuntos referentes à saúde e à doença quando estão ligados às vulnerabilidades de todo tipo como: carência, pobreza, discriminação, desemprego, ausência de vínculo afetivo e social, preconceito, dentre outros.

Para se compreender o desenvolvimento da referida política no contexto da saúde pública no Brasil, será apresentada, nesta pesquisa, a conceituação de

políticas públicas seguida de uma breve retrospectiva histórica da saúde pública no Brasil, que passa pela estruturação do SUS e pelos programas de atenção à mulher. Por fim, será demonstrado como a questão relacionada ao vírus HIV/AIDS se insere no sistema de saúde como um problema de saúde pública e, ainda, como foram traçadas as ações preventivas para o enfrentamento dessa epidemia com destaque para a atenção à mulher.

1.1 A política de saúde no contexto das políticas públicas brasileiras

As políticas públicas são uma forma de intervenção do Estado na realidade social com o objetivo de se efetivarem direitos da sociedade, bem como de se regularem as relações sociais. Sua materialização concretiza-se por meio de um plano de ação composto por programas e projetos.

O termo política pública é recente na literatura das Ciências Sociais. A emergência em adotá-lo ocorreu no final dos anos 1970 e refere-se ao *Estado em ação*, como Meny e Toenig denominam, (citados por VIANA, 2007), mediante uma posição ativa e positiva no que diz respeito às demandas e às necessidades sociais com as quais se defronta.

A ação política do Estado é concretizadora de direitos sociais e reguladora das relações sociais. Trata-se de uma ação que, por ser pública (voltada para todos e comprometendo todos), e não meramente estatal (o núcleo duro do poder estatal, ou o bloco no poder) tem como principal missão zelar pelo interesse público e prover a sociedade de bens públicos como direitos devidos (PEREIRA citada por VIANA, 2007, p. 53).

Para fazer jus a esta qualificação e ser regulado por uma política, o bem público deve ser assumido por uma autoridade pública e, ao mesmo tempo, possuir as características seguintes:

a) ser indivisível, isto é, deve ser consumido por inteiro por todos os membros de uma comunidade. É o que se chama de consumo não rival porque todos devem acessá-lo de forma gratuita, uma vez que ele é pago pelo cidadão-contribuinte; b) não pode ser oferecido com base na lógica do mercado; c) deve estar disponível, já que cada consumidor potencial tem direito a ele. E está presente nessas características o caráter universal conceito de público (PEREIRA citada por VIANA 2007, p. 53).

A assistência social é uma das políticas públicas mais adaptadas ao perfil de bem público. É guiada pelo princípio da gratuidade, ainda que seja desempenhada por instituições privadas e tenha que ser regulada por uma

autoridade pública, responsável pela política e pela segurança do direito que a ela corresponde Viana (2007).

Segundo Pereira (2001), ao se debater sobre política pública, é importante que se definam, antes, as diferenças entre o que é público, o que é coletivo e o que é plural ou misto (a exemplo da proposta pluralista de bem-estar neoliberal). Ser público não implica em ser governamental ou ser, necessariamente, coletivo, plural ou misto, e a recíproca é verdadeira, porém a ação, para ser pública, deve ser universal na sua oferta como também no seu usufruto. Neste contexto, o seu caráter público não está relacionado ao tamanho do agregado ou do coletivo, que requer atenção, ou pela pluralidade de atores, mas, por estar amparado, legalmente, por legislações como as constituições federais, guiadas pelos princípios da soberania popular, do bem comum, que focaliza a justiça social.

No entanto, a lei, por si só, não tem condições operacionais para materializar direitos nela previstos, sobretudo no tocante aos direitos sociais. Tal materialização dá-se por intermédio das diferentes políticas públicas que decorrem da relação de antagonismo e reciprocidade, ao mesmo tempo, entre Estado e sociedade. Nessa relação, um dos grandes papéis da sociedade consiste em exercer o efetivo controle democrático sobre os atos e decisões governamentais. Essa é a verdadeira tarefa cívica da sociedade no campo dos direitos de cidadania social (VIANA, 2007, p. 53).

É essa ideia de política pública, conseqüentemente, de política de saúde, que se direciona este estudo.

Muitos são os desafios a serem enfrentados pelo Estado brasileiro, conquanto tenha havido avanços importantíssimos do ponto de vista da proteção social e da saúde pública, e a despeito dos avanços do ponto de vista do cuidado e do atendimento da saúde pelo SUS.

1.1.1 Histórico da política de saúde no Brasil

Mendes, Carvalho e Marques (1998) remontam ao Brasil pré-cabraliano ao reconstruírem o histórico da política de saúde no país. Estes autores partem do pressuposto de que, em diferentes momentos históricos, o financiamento das ações, em saúde, condiciona-se pelas relações havidas entre os agentes ou as instituições promotoras destas ações e o público sobre o qual estas se tornam passíveis de incidência.

Desta forma, para os autores supramencionados, o momento, por eles, definido como “primitivo”, a comunidade tribal, responsabilizava-se pelo sustento do pajé (o agente de cura por excelência). O segundo momento, definido como “primórdios” e correspondente ao período colonial, era caracterizado pela divisão da clientela em “ricos” (usuários dos serviços dos barbeiros e cirurgiões) e “pobres” (alvo da ação filantrópica dos jesuítas e das Santas Casas de Misericórdia).

No Brasil Imperial a divisão entre “ricos” e “pobres” persistiu: foram os primeiros a constituírem-se a clientela potencial dos médicos da corte, dos médicos militares e das escolas de medicina, ao passo que os “pobres” continuaram a ser alvo de ações filantrópicas.

O século XX, desde o início, foi marcado, segundo os autores Mendes, Carvalho e Marques (1998), pela proposição e pela execução de ações caracterizadas, desde a origem, como ações de saúde pública. Estas foram financiadas, por conseguinte, com recursos advindos do tesouro da esfera do governo (federal, estadual e municipal) responsável pela sua execução.

A partir de 1923, com a criação das várias Caixas e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), passou-se a associar a saúde à seguridade social. Por outro lado, ainda, a subdividir os “pobres” em segurados (portanto, legitimamente usuários dos serviços de saúde das caixas e dos institutos, uma vez que suas contribuições configuraram-nos como financiadores dos serviços) e não segurados (aos quais cabiam as ações filantrópicas).

Os anos 1960 marcaram o advento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual estende a condição de segurados (portanto, de financiadores) a todos os trabalhadores formalmente inseridos no processo produtivo e aos seus dependentes, e aos não segurados (portanto, não financiadores) restavam as entidades filantrópicas, conforme Mendes, Carvalho e Marques (1998).

Segundo Bravo (2004), nas décadas de 1950 e 1960 houve um aumento considerável dos gastos com a saúde pública, que visou melhorar as condições sanitárias da população em geral e, assim, deu maior prioridade aos quadros de parasitose e mortalidade infantil. Em 1970 a política nacional de saúde passou por tensões políticas em face da necessidade de ampliação dos serviços, dos recursos financeiros e sua disponibilização, interesses empresariais e emergências do movimento sanitário.

Tanaka *et al.* (1992), ao analisarem o gerenciamento do setor de saúde, a partir dos anos 1970, colocam que, durante esta década, o processo de constituição de um sistema centrado na assistência médico-hospitalar foi fortalecido com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Ainda em 1975, a criação do Sistema Nacional de Saúde, pela Lei Federal n. 6.229/75, objetivou a organização do complexo de serviços, composto por serviços públicos e privados, voltado para a execução de ações em saúde. Conforme os autores, a reestruturação do MS, ocorrida em 1976 (ano de criação também do INAMPS), dotou este órgão de maior racionalidade administrativa e melhor articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), responsáveis pela execução das ações propostas.

Em 1980 foi criada a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) com o objetivo de planejar e programar atividades de natureza médico-assistencial afetas ao MS e ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1981 formou-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com o objetivo de estudar e fazer proposição de normas mais adequadas às ações de saúde, incidentes sobre a população previdenciária. Tal empreitada resultou na elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano (CONASP). Como estratégia para se atingir a melhoria da qualidade de assistência à saúde, a extensão de cobertura dos serviços a diversos segmentos sociais e o aumento da produtividade, o Plano CONASP propôs a adoção de uma regionalização progressiva do sistema de saúde por meio do Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS). Tal proposta consubstanciou-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham por objetivo conseguir a integração e a racionalização do atendimento em saúde, por intermédio da hierarquização destes em níveis de complexidade, de forma que a população tivesse facilitado seu acesso ao sistema de saúde. Na prática, constituíam-se em convênios celebrados entre o governo federal, estados e municípios (TANAKA *et al.*, 1992).

Segundo Cordeiro (2004), as AIS foram implantadas em 2.500 municípios brasileiros e atingiram cerca de 90% da população. Concomitantemente, por meio de instrumentos convenientes, foi iniciada a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que unificou as agências do INAMPS às SES.

De acordo Costa (2002), a segunda metade da década de 1980 foi marcada pelo início do processo de consolidação do SUS, primeiramente com a

fusão institucional das agências estaduais do NAMPS com as SES e, no segundo momento, com a municipalização dos serviços de saúde.

O período de 1980 foi marcado também pela intensa mobilização social implementada no início da década, que reivindicava mudanças na estrutura do sistema de saúde. A saúde, com base nessa nova conjuntura, passou a assumir uma dimensão política e estava estreitamente vinculada à democracia. Na década de 1980, com a democratização e a influência de novos atores sociais, como os profissionais de saúde e suas entidades, fortaleceram-se as reivindicações pela melhoria da política de saúde e pelo fortalecimento do setor público do movimento sanitário. Destacou-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o qual ampliou os debates acerca da saúde pública e sua democratização.

Os novos atores sociais tinham como principais reivindicações: a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a descentralização da política de decisões para a esfera estadual e municipal; a reestruturação do setor por meio da estratégia do SUS. A finalidade consistiu em fazer a reordenação e a reinterpretação do setor com “um novo olhar” sobre a saúde individual, sobre a democratização do poder local por meio dos conselhos de saúde e financiamento efetivo, conforme Bravo (2004).

Para Pereira (1996), os anos 1980 foram caracterizados pela redefinição do papel interventor do poder público na área social. Esta redefinição busca, sobretudo, dotar a ação pública de eficiência, eficácia e efetividade.

Um fato marcante, no cenário da emersão social e da materialização política, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986 em Brasília, a qual impulsionou a reforma sanitária. Durante essa Conferência foram debatidos diversos temas inovadores como: a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; a instituição do SUS (inspirado no modelo Inglês); a reformulação do sistema nacional de saúde; o financiamento setorial. Nos debates sobre a questão da saúde, além da análise setorial, os conferencistas, ao se referirem à sociedade, de uma forma geral, propuseram, não, apenas, a criação do Sistema Único, mas, a Reforma Sanitária.

Com a forte crise e as demandas de enfrentamento do alto índice de desigualdade social, vivenciada pelo Brasil nos anos de 1980, o processo constituinte e a promulgação da constituição de 1988 foram, para o setor jurídico, a

promessa de afirmação e a expansão dos direitos sociais. Percebe-se que, diante dessas demandas, a Constituição Federal buscou submergir avanços que visavam à retificação das injustiças sociais acumuladas, que, anteriormente, foram incapazes de universalizar direitos por causa da tradição de as classes dominantes fazerem a privatização da “coisa pública”.

Para Filho (1988), mencionado por Bravo (2000), a questão da saúde transformou a Assembleia Constituinte em um tablado político, o qual estava dividido em dois blocos polares: de um lado, o empresariado liderado pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais) e, do outro lado, as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional de Saúde na Constituinte, órgão que incorporou cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A plenária das entidades, para alcançar seus objetivos, utilizou três instrumentos de luta, como Bravo (2000, p. 10) salienta:

a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades.

De acordo com a autora, depois da pressão popular e dos acordos políticos no processo constituinte de 1988, as propostas do movimento sanitaria foram aprovadas parcialmente e prejudicaram alguns interesses do setor empresarial hospitalar, mas, no entanto, não modificaram a situação da indústria farmacêutica.

Os principais aspectos aprovados na Constituição foram os seguintes: a saúde pública deve ser concebida como direito universal e o dever deve ser do Estado, não contributiva, e, não será mais possível fazer discriminações entre segurados e não segurados, entre população urbana e rural; as ações e os serviços de saúde passam a ser considerados de relevância pública e compete ao poder público realizar sua regulamentação, fiscalização e controle, quando são exercidos por entidades particulares; a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) deve integrar todos aos serviços públicos e uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral com a participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deve ser em regime complementar, mediante a destinação de recursos públicos, para subvenção a

entidades sem fins lucrativos; proibição da comercialização de sangue humano e seus derivados, como afirma Bravo (2000).

A Constituição de 1988 declarou, então, o direito à saúde como universal, não condicionado à contribuição. De acordo com o art.196 da Constituição, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n. 8.080/1990, foi criada para regular, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados por pessoas de direito público ou privado, além disso, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e as conferências e os conselhos de saúde, sua estrutura e funcionamento.

Com a nova forma de gestão da saúde, enfatiza-se sobre a importância das Normas Operacionais Básicas (NOBs) porque são instrumentos reguladores e norteadores desse modelo de gestão, que se insere em princípios e diretrizes que preconizam: a descentralização, a universalização, a participação social e a integralidade. Em que pese o fato de as diretrizes operacionais do SUS encontrarem-se expressas nas Leis Federais n.8080/90 Brasil, (1990) e n.8142/90 (BRASIL, 1990a), sua efetivação ocorreu, de modo gradual, nos anos posteriores por intermédio das NOBs.

A NOB/93 regulamentou a transferência de recursos aos estados e aos municípios. Com base nessa regulamentação, os estados e os municípios definiram a condição de gestão do SUS de acordo com sua realidade baseada em suas capacidades técnicas e operativas. É importante ressaltar, ainda, que esta NOB colocou responsabilidades para a gestão do SUS local, de acordo com Santos; Andrade, (2007).

As duas NOBs (NOB/91 e NOB/93) diminuíram a incerteza de transferência de recursos por meio de negociações, uma vez que, com base nelas, foram constituídas regras universais para transferências de recursos, segundo Arretche (2002).

A NOB/96 determinou dois modelos de gestão: para os municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema e, para os estados, a Gestão Avançada do Sistema. Nos dois casos, esses modelos representavam mais autonomia na fixação das ações de saúde a serem implementadas. Essa NOB definiu a Programação Pactuada Integrada (PPI) como ferramenta administrativa para três esferas de governo. A PPI permite monitorar e avaliar as atividades assistenciais ambulatoriais e hospitalares, as ações da vigilância sanitária, epidemiológica, de controle e erradicação das doenças, além de apontar para um

novo modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde e na educação básica (UGÁ, 2005). Por meio da PPI, aumentou-se a possibilidade de assistência nos níveis de maior complexidade.

A NOB n. 01/96 (BRASIL, 1996) disciplina e especifica, ainda, as atribuições da esfera federal e estadual de governo na gestão do SUS. Com base nesta definição de papéis, os municípios são incentivados a aderirem ao SUS e, para tanto, a fazerem jus às transferências de recurso do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS). A percepção destes recursos, diretamente transferidos aos FMS e, por consequência sujeitos ao controle dos COMUS (Conselhos Municipais de Saúde), obedece a ritos processuais denominados pleitos de habilitação.

Assim, a habilitação básica, nos termos da NOB n. 01/96, prevê a transferência de recursos para a atenção básica à saúde, baseada em critérios demográficos, que se denomina Piso de Atenção Básica (PAB). Os recursos provenientes da habilitação no Programa de Saúde da Família (PSF) se denominam PAB Variável, já que o montante varia em consonância com o número de equipes implantadas e faixas de cobertura populacional em termos percentuais. A somatória dos recursos, nos termos da NOB n. 01/96, compõe o Teto Financeiro Global do Município (TFGM).

De acordo com Júnior (2008), a NOB n. 01/96, por meio da efetivação das transferências de recursos diretamente do FNS aos FMS, garante aos municípios, sobretudo, uma gestão para a Assistência Básica à Saúde, segundo a fixação das prioridades e ampliação dos modelos assistenciais condizentes com a realidade de cada município. Cordeiro (2004), citado por Júnior (2008), afirma que o advento da NOB n.01/96 e a relativa modificação dos critérios para a alocação de recursos possibilitaram, mediante as transferências diretas do FNS para os Fundos Estaduais e FMS, de forma automática, a busca pela maior equidade para a atenção básica à saúde.

Desta forma, atribui-se, como hegemônico, o modelo de gestão calcado na NOB n. 01/96, ou seja: o município consolida-se como a espinha dorsal do SUS. O mais importante é que, diante desta conjuntura, o município tenha condições de articular propostas, programas e estratégias a serem deliberadas em nível federal.

Constata-se que esse modelo de gestão de saúde no Brasil determina a obrigação total do poder público municipal, que deve se responsabilizar pelas ações

de saúde, ainda que não seja isoladamente. Esse tipo de gestão responsabiliza o município no que se refere à saúde de todas as pessoas que residem em seu território, entretanto a realidade dos municípios é muito distinta, uma vez que há diferentes formas de desenvolverem-se ações, de considerarem-se os recursos disponíveis, a capacidade de gerir e o perfil epidemiológico de cada região, conforme documento - Brasil (2001). Segundo Souza (2006), em diversos casos, a gestão da política de saúde é repassada aos municípios (muitos desses são de pequeno porte com baixa capacidade financeira e administrativa).

Desta forma, ficam nítidas as dificuldades em se fazer valer o princípio da universalização porque as situações revelam que isto não ocorre e os programas passam a ser focalizados. Outra situação difícil é a questão da desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde. O desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e os recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras, são algumas das dificuldades a serem superadas para o fortalecimento do SUS - política de saúde instituída no Brasil.

Desde sua implantação em 1988, o SUS é destinado a atender a população brasileira em caráter universal, ou seja, independentemente da renda. O SUS não está restrito apenas a consultas, exames e internações, mas, busca soluções para casos difíceis, como o atendimento aos doentes de AIDS e aos transplantados IDEC, (2003).

Os Princípios e Diretrizes do SUS, conforme o IDEC (2003), são os seguintes:

Universalidade – o sistema, obrigatoriamente, deverá atender, gratuitamente, a população, de uma forma geral, sem distinções, conforme a demanda dos usuários. Ainda que não se utilizem, com frequência, o sistema, todos devem se beneficiar, sobretudo, aqueles que são recusados pelos planos particulares de saúde. As campanhas de vacinação, as ações de prevenção e de vigilância sanitária e eventuais atendimentos de alta complexidade, assumidos pelos hospitais públicos universitários, nos quais se encontram os melhores especialistas, devem atingir toda a população.

Integralidade – a saúde do usuário deve ser tratada como um todo. Não pode ser subdividida, ou seja, deve ser percebida como um conjunto articulado de

ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade.

Equidade – o sistema deve oferecer ao usuário seus recursos conforme as necessidades de cada um.

Regionalização – o atendimento deve se adequar às diferenças regionais ao invés de sua efetivação linear e igualitária.

Descentralização – com direção única nas esferas municipais, estaduais e federal. Dessa maneira, busca-se estabelecer um maior diálogo com a sociedade civil local, que se encontra mais próxima do gestor a fim de reivindicar-lhe as devidas políticas públicas de saúde. Essa nova forma deve assegurar o atendimento integral a toda a população, independentemente da doença, com realce nas medidas preventivas.

Participação social – deve ocorrer por meio de conselhos e conferências de saúde paritária e deliberativa quanto à política local.

É relevante enfatizar que este sistema amplia o conceito de saúde e abrange o indivíduo como um todo, visto que, para ter saúde, é necessário que o indivíduo tenha residência, alimentação, trabalho, educação, transporte, lazer, escolas, acesso aos serviços de saúde, hospitais, médicos e outros.

Com relação ao SUS, ainda que este seja um modelo universal de organização da saúde da população, verifica-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, ou seja, há omissão do governo federal no que se refere à regulamentação e à fiscalização das ações de saúde em geral. Ainda é imprescindível que existam programas de valorização das equipes multiprofissionais e de apoio administrativo, bem como melhores salários e jornadas de trabalho adequadas, assim como incentivo à atualização científica permanente dos integrantes das referidas equipes.

Segundo o IDEC (2012), outro aspecto a ser ressaltado é a atuação dos planos de saúde privados, os quais atendem a 44,7 milhões de brasileiros. A finalidade não é atender a toda a população e, com isso, tendem a excluir os casos deficitários como: atendimento a idosos, a pacientes crônicos, a portadores de patologias e deficiências, além disso, não têm compromisso com a prevenção de doenças. Então, o SUS absorve a cobertura negada, porém cobrada pelos planos de saúde privados sem o respectivo ressarcimento.

Todo o sistema de saúde, embora atenda às normativas constitucionais, não resiste às pressões do sistema privado, que objetiva apenas a obtenção de lucro com a negociação de produtos relacionados à saúde.

À inadimplência dos planos de saúde somam-se, assim, a generosidade e a incompetência da Agência Nacional de Saúde (ANS) e aliada à complacência do governo. Já o SUS, em seus postos médicos, está obrigado a assegurar atendimento de saúde a todos que ali comparecem, de forma gratuita, sem quaisquer discriminações e sem exigir carências. Deve assegurar atendimento integral, não condicionado à natureza da doença, realizar campanhas de prevenção à doença e educativas e atender a todos, independentemente da situação econômica (IDEC, 2012).

Para Fireman (2007), a concretização do SUS, conquanto tenha avançado significativamente, enfrenta dificuldades, uma vez que a saúde ainda não é considerada direito real. O usuário do sistema não consegue ter acesso aos serviços plenamente e, quando acontece, há baixa qualidade no atendimento. Diante dessa realidade, é imprescindível fortalecer a participação da população no controle social, por intermédio dos conselhos de saúde, como estratégia de superação da situação.

A participação da sociedade civil nas instâncias formais de controle social do SUS (conferências e conselhos de saúde) foi regulamentada pela Lei n. 8.142, em 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências governamentais de recursos financeiros na área da saúde. Os conselhos são compostos por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Têm como função primordial a fiscalização, a elaboração de políticas de saúde, a regulação e o gerenciamento das ações na saúde que visem garantir serviços de qualidade ao cidadão. É relevante destacar que os conselhos de saúde são deliberativos, ou seja, o que for definido por ele deve ser acatado pelo gestor.

O SUS estabelece-se de forma a oferecer ações e serviços de acordo com as demandas da população, de maneira eficaz e eficiente. Deve oferecer serviços satisfatórios, que apresentem resultados positivos ao serem acessados pelo usuário, todavia, apenas isso não é suficiente. Segundo Fireman (2000), faz-se necessário que se usem técnicas mais adequadas de acordo com a realidade local e

a disponibilidade de recursos e, ainda, deve-se procurar extinguir o desperdício e utilizar os recursos públicos da melhor maneira possível. “Tudo isso implica na adoção de técnicas atuais e modernas de administração dos serviços de saúde e não só equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população” (FIREMAN, 2000, p.7).

Sem dúvida, há vários avanços no processo de implantação do SUS, entretanto, há muito a se fazer para que se ofereça ao usuário um atendimento de qualidade com objetivo de se desconstruir o estereótipo de que, quem necessita do SUS, morre na fila de espera. Esse pensamento fortalece o processo de mercantilização da saúde no Brasil, que ameaça a manutenção do sistema público e reforça o processo de desmonte dos direitos sociais, como Fireman (2000) salienta.

1.1.2 A atenção à saúde da mulher

Os programas de saúde da mulher, nas décadas de 1930, 1950 e 1970, limitavam-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Em 1983, em razão da luta dos movimentos sociais na área da saúde, de forma geral, e do movimento de mulheres, de forma específica, o MS, por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI), elaborou o Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com o objetivo de se reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança (PAISMC).

No ano seguinte, o PAISM foi estruturado e marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo Brasil, (1984).

Esse novo programa abarcou ações educativas, preventivas, de tratamento e recuperação. Englobou a assistência à mulher, em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, nas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades, que fossem ser identificadas no perfil populacional das mulheres Brasil, (1984). Sem dúvida, o processo de construção do SUS teve grande influência sobre esse programa.

Na esfera da administração federal, houve, na década de 1980, dificuldades e descontinuidade na metodologia de assessoria e apoio para se

implantar o PAISM, no entanto, começaram a ser observadas mudanças a partir de 1998 quando a saúde da mulher passou a ser prioridade na esfera governamental.

Correa e Piola (2002) afirmam que, no período de 1998 a 2002, trabalhou-se com a perspectiva de resolução de problemas. Passou-se a priorizar a saúde reprodutiva, em especial, as ações para a redução da mortalidade materna (pré-natal), além da assistência ao parto e anticoncepção. Para os autores, essas definições de prioridades dificultaram a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla da saúde da mulher. Isto comprometeu também a transversalidade de gênero e raça, apesar de se observarem avanços no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado.

Sabe-se, embora não se tivesse uma noção geral do cenário de todos os municípios, que muitas foram e, ainda hoje, são as dificuldades na implantação das referidas ações, o que se pode assegurar que a maioria enfrenta entraves políticos, técnicos e administrativos.

Com o fito no enfrentamento da problemática, aqui referida, em 2001 o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios, conforme Brasil, (2001).

De acordo com Coelho (2003), a NOAS (2001) estabeleceu, aos municípios, no campo da saúde da mulher, a segurança de ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção de doenças de colo uterino e, para assegurar o acesso às ações de maior complexidade, previu a adaptação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio das organizações dos territórios estaduais. Consta-se que a fixação dessas ações básicas, mínimas para a esfera municipal, ocorreu em decorrência do reconhecimento dos entraves referentes à consolidação do SUS e dos espaços existentes com o cuidado referente à saúde da população, todavia, essa proposta não abarca todo o conjunto de ações previstas nos documentos que orientam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que passou a contemplar, a partir de 2003, a atenção aos segmentos da população feminina e aos problemas emergentes que afetam a saúde da mulher, segundo Brasil,(2003).

De acordo com o site Portal Saúde, do MS, a Área Técnica da Saúde da Mulher ainda identifica que há necessidade de se manter maior articulação com outras áreas técnicas. Perante essa realidade, buscaram-se parcerias com os diferentes departamentos, coordenações e comissões do MS, além de procurar congregação de outras instâncias da sociedade, tais como: movimento de mulheres, movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

Segundo o MS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), inspirada no PAISM, foi criada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2000, com o objetivo de aprofundar o compromisso do SUS com as mulheres. Essa política ressalva, em seus princípios, que as mulheres necessitam ser atendidas em todas as suas especificidades e faixas etárias de vida, independentemente de pertencerem, ou não, a distintos grupos sociais. Assim, a PNAISM inseriu, em seu Plano de Ação, como metas, para os anos de 2004-2007, a congregação da integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, além de se buscar a consolidação dos avanços na área dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Para tal, dirigiu-se o enfoque para o avanço da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no combate à violência doméstica e sexual, Brasil, (2004).

Este Plano de Ação foi formulado com base nas discussões realizadas ao longo do ano de 2003, quando os diversos parceiros do MS, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) e a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SNSP), do Ministério da Justiça (MJ), elencaram os temas, que deveriam ser abordados durante a formação dos profissionais, que atuavam nas redes municipais e estaduais de serviços para o enfrentamento da violência doméstica e sexual. O Plano de Ação agregou também a questão da prevenção e do tratamento das DSTs e a atenção às mulheres que vivem com HIV/AIDS, às mulheres que têm doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico. Este Plano de Ação precisou ser implementado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com o apoio do MS no âmbito técnico e financeiro, em parceria com outros aparelhos governamentais e não governamentais.

Nota-se que, perante a realidade da saúde da mulher, muito há para se fazer, como por exemplo, ações direcionadas: ao climatério/menopausa; às queixas

ginecológicas; à infertilidade e à reprodução assistida; à saúde da mulher na adolescência; às doenças crônico-degenerativas; à saúde ocupacional; à saúde mental; às doenças infectocontagiosas e à inclusão da perspectiva de gênero e raça.

A PNAISM requer que os gestores, os trabalhadores e os conselheiros assumam um compromisso sério para se implantarem ações e serviços de saúde pública, que garantam os direitos humanos das mulheres brasileiras, e que reduzam, dessa forma, mortes que podem ser prevenidas e evitadas.

1.2 O vírus HIV/AIDS como problema de saúde pública e os programas de atenção ao soropositivo – aspectos de atenção à mulher

A eclosão da AIDS, nos anos 1980, assustou a sociedade e a saúde pública do Brasil e do mundo. Ao se ter em vista que um dos principais meios para a transmissão da AIDS é por vias sexuais, percebeu-se que a doença causou um impacto profundo no comportamento sexual de toda sociedade contemporânea e a sexualidade passou a ser abordada de maneira distinta. A partir dos anos 1980, com a realidade da AIDS no Brasil, o governo e a sociedade buscam respostas que possam suprir as demandas que surgem, num processo contínuo, que tem propiciado a elaboração e a execução de políticas públicas norteadoras. Estas se assentam no princípio de se interromper a transmissão do vírus e, em segundo lugar, de se retardar, ao máximo, o surgimento da imunodeficiência ou das doenças oportunistas como estratégia de prevenção. Estes aspectos serão apresentados a seguir.

1.2.1 O surgimento do vírus HIV/AIDS como problema de saúde pública

A AIDS é causada pelo vírus HIV, que ataca as células de defesas do organismo, denominadas CD4, que estão presentes na corrente sanguínea, e, assim, abre-se a guarda para infecções e doenças oportunistas. O HIV é transmitido por meio da transfusão de sangue contaminado, secreções vaginais e sêmen, transmissão vertical² e objetos perfurantes ou cortantes contaminados. A presença de anticorpos para o vírus HIV no organismo é detectada por meio do teste de

² Denomina-se transmissão vertical, quando a criança é infectada pelo HIV durante a gestação, no momento do parto ou por meio da amamentação

sangue chamado Elisa e ou *Western Blot*. Sabe-se que a AIDS não tem cura nem vacina, porém existe um tratamento por meio da combinação de antirretrovirais (conhecido como coquetel), que inibe a reprodução do vírus HIV. O uso dos antirretrovirais resulta numa melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV/AIDS Brasil, (2004 a).

A qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, desde 1986, com a introdução do AZT (Zidovudine), tem melhorado muito, o que aumenta, então, a expectativa de vida, contudo, é importante reconhecer e entender as dificuldades e os obstáculos enfrentados pelas pessoas infectadas pelo vírus HIV após o diagnóstico. Estes, certamente, incidirão na qualidade de vida, como Carvalho e Galvão (2008) referem.

De acordo com Parker (1999), a infecção pelo vírus HIV/AIDS é uma questão central na luta pelos direitos humanos, que se torna mais do que a propagação de uma doença infecciosa, de alta letalidade e de alto custo social. No complexo processo de disseminação do vírus HIV/AIDS, prolifera uma “epidemia de significados”, que leva ao constante enfrentamento de estigmas e discriminações que são obstáculos ao compromisso com a prevenção e com o atendimento, entretanto, toda forma de exclusão, que torna o indivíduo mais vulnerável, precisa ser enfrentada. Cuidar da infecção por HIV/AIDS não será, assim, uma atividade isolada. O autor afirma que é relevante considerar o conjunto de fatores que envolvem a pessoa e determinam o grau de vulnerabilidade.

A AIDS é uma doença, que, desde o princípio, está vinculada ao preconceito e à discriminação. Todos esses significados causam um impacto grande na vida da pessoa soropositiva e interfere no cotidiano, no bem-estar e no planejamento, conseqüentemente, na sua vida profissional. Os obstáculos enfrentados se iniciam com os impactos da vida social até a administração da vida diária, dentre outros fatores, à ingestão dos medicamentos. As diferentes restrições e adaptações possuem custos materiais e emocionais, como Care (2006) ressalta.

Câmara (1999) salienta que são inquestionáveis as alterações causadas pelo vírus HIV/AIDS em todo o mundo. Os desafios individuais e coletivos, postos pela doença, são imensos como: os mitos sobre a transmissão, o fato de a AIDS ainda não ter cura, o medo da doença e da morte e a associação da doença com as drogas ilícitas. Todos esses mitos são inerentes à doença e geram discriminação e preconceito social. Nessa perspectiva, percebe-se que o vírus HIV/AIDS causou

mudanças significativas, não, só na área da saúde, mas, em toda a sociedade e fez surgir novos atores para os movimentos sociais e novos desafios para esta área. Não se pode, aqui, deixar de mencionar também a grande visibilidade, que se tem, sobre as questões relacionadas à sexualidade.

É relevante ressaltar que a epidemia do vírus HIV e da AIDS é uma realidade mundial que se alastra, de modo mais expressivo, nas regiões mais pobres do planeta. Outro fator real, no panorama de alastramento da epidemia, é que, diferentemente dos primeiros cinco anos, quando a população homossexual constituía quase a totalidade dos casos, observa-se, nos últimos dez anos, que aconteceu uma mudança na dinâmica da epidemia, que acomete, no Brasil e no mundo, a população heterossexual.

De acordo com Barbosa (2003), o crescimento da transmissão da infecção do vírus HIV, via relações heterossexuais, fez com que se aumentassem, rapidamente, os casos de transmissão entre as mulheres, no entanto, foi só a partir dos anos 1990, e mais intensamente nos últimos dez anos, que as questões específicas das mulheres quanto ao vírus HIV/AIDS, tomaram relevância.

A situação das mulheres, diante da epidemia do vírus HIV/AIDS, no mundo, é preocupante, já que elas *experimentam* uma vulnerabilidade de gênero diante das articulações patriarcais, que lhes produzem inferiorização. Isto resulta em desvantagens em todos os aspectos da vida porque há uma conexão imediata entre a posição de desigualdade que as mulheres detêm e os pilares culturais, religiosos, sociais, políticos e econômicos que sustentam preconceitos, discriminações e múltiplas opressões. A desigualdade social é outro fator que produz maior vulnerabilidade para as mulheres, o que resulta em um impacto, cada vez maior, sobre esta parte da população.

Consta-se que a AIDS é uma doença com características inequívocas de feminilização, pauperização, enegrecimento e interiorização, como a Rede Feminista da Saúde³ constatou. É necessário, também, reconhecer que, na história mundial das DSTs, o maior tributo foi pago pelas populações mais pobres e desvalidas.

A exposição das mulheres ao vírus HIV/AIDS não pode ser explicada apenas pela falta de informação, mas também está relacionada à submissão e à

³RedeFax – Número 27/2003. Informativo Eletrônico da Rede Feminista de Saúde. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Ano 8 – Especial 1º. de dezembro de 2003.

confiança que depositam em seus parceiros. Tais fatores contribuem para que elas se sintam inseguras em pedirem que eles usem preservativo nas relações sexuais, ou seja, apesar do fácil acesso aos preservativos masculinos e femininos, as mulheres têm dificuldade de negociar com seus parceiros, às vezes por estarem em um relacionamento estável, ou, às vezes, por exigência do parceiro. Há o temor de que ele rompa o relacionamento, caso ela insista com tal exigência.

Diante dessa realidade, consta-se que algumas pessoas optam pelo silêncio, ainda que saibam que a revelação é fundamental para a elaboração de condutas mais efetivas, todavia as mulheres são um grupo vulnerável, não só por questões anatômicas – ao se relacionar com uma pessoa soropositiva, os riscos de a mulher ser contaminada é dez vezes maior que os riscos de o homem ser contaminado – mas, por questões culturais e condicionamento de gênero. A submissão das mulheres, o silêncio, a resignação, a idealização religiosa do sofrimento, a passividade diante da dor são explicados por condicionamentos culturais, conseqüentemente, não será possível desenvolver estratégias viáveis de combate e prevenção ao vírus HIV/AIDS sem levar em consideração todos esses fatores anteriormente mencionados.

Do ponto de vista cultural, as dificuldades associadas à negociação de práticas sexuais seguras não se resumem, exclusivamente, à discussão do uso, ou não, do preservativo. Segundo Barbosa (2003), para possibilitar um espaço propício para tais discussões, é necessário estabelecer confronto com questões mais complexas relacionadas a uma gama de representações sociais que permeiam o exercício das diferentes sexualidades e que se encontram marcadamente presentes nas inter-relações de gênero. Nelas, em oposição a uma cultura positiva da masculinidade, encontra-se uma cultura feminina marcada, fortemente, pelo silêncio, pelo conformismo e pelo ocultamento, ou seja, para as mulheres envolvidas em relacionamentos tradicionais, é reservado o silêncio, como Guimarães (1996) e Poles (2000) ressaltam.

Cada vez mais se torna evidente que a efetiva resposta à epidemia do vírus HIV/AIDS, - seja em relação às mulheres ou a qualquer outro segmento da sociedade, - não é uma questão de soluções técnicas, mas, fundamentalmente política, que implique em um processo de mudanças, em longo prazo, que vise às transformações das relações sociais.

1.2.2 Programas de atenção ao soropositivo – as especificidades da mulher soropositiva

Desde o princípio da eclosão da AIDS no mundo, o Brasil, por meio de ações governamentais e não governamentais, busca respostas e soluções que possam suprir as demandas que surgem, o que têm propiciado a elaboração de políticas públicas nas mais diversas frentes. Essas ações visam, primeiro, interromper a transmissão do vírus e, em segundo lugar, retardar, ao máximo, o surgimento da AIDS ou das doenças oportunistas, como estratégia de prevenção, assim Junior (1999) salienta.

O Brasil destaca-se, no panorama internacional, no que se refere à implementação de ações de atendimento e de ações preventivas e que são promovidas por instituições governamentais e não governamentais. A década de 1980 foi marcada pelo início dessas ações, que se estenderam na criação de comissões, estruturação de serviços de atendimento, prevenção e notificação, dentre outras.

Em 1982, ainda extraoficialmente, organizou-se o primeiro serviço de atendimento e prevenção da AIDS no Departamento de Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A partir de 1986 organizou-se o Programa Nacional de AIDS, conhecido atualmente como Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN-DST/AIDS) porque, nos dias atuais, esse programa abarca todas DSTs.

Em 1986 foi estabelecida a notificação compulsória dos casos de AIDS por meio da Portaria Ministerial n. 542 e, no ano seguinte, foi criada a Comissão Nacional de Controle de SIDA. Em 1988 foi criado o Programa Nacional de AIDS no âmbito do MS. Paralelamente ao tempo em que ações governamentais foram implementadas, surgiram as organizações não governamentais, também voltadas à prevenção e ao atendimento do indivíduo que vivia com o vírus HIV/AIDS.

Nos anos de 1985 a 1990 houve o surgimento das ONGs mais reconhecidas no país. Nesse período surgiram vinte e dois Grupos de Apoio à Prevenção à AIDS/GAPAS; cinco Grupos pela Valorização e Dignidade do Doente de AIDS/PELA VIDDA, nas principais capitais; a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/ABIA (RJ), dentre outros. Essas ONGs criaram estratégias agressivas para responderem à epidemia. A realidade do vírus HIV/AIDS exigiu

respostas imperativas e imediatas por parte do poder público e, para que essas respostas fossem atendidas, as ONGs usaram meios de comunicação como mediadores entre a sociedade e o Estado, conforme Pereira (2010) destaca.

Sabe-se que, no período, aqui referido, abordar sobre o vírus HIV/AIDS poderia ser indício de a pessoa estar infectada, de pertencer a este ou aquele grupo, o que poderia produzir, além de comentários maldosos, o preconceito. Era revelar a orientação sexual ou pactuar com ela, era ser usuário de drogas, ou conivente com as transgressões. Enfim, qualquer manifestação poderia se tornar o estopim para o indivíduo se comprometer junto ao grupo social. Sob qualquer suspeita de que o sujeito estivesse infectado, a ideia de recorrer a um profissional ou a um serviço médico era rechaçada. Era preferível ficar no anonimato até a doença se manifestar para não correr o risco de saber se era portador do vírus HIV e, assim, evitar o sofrimento dos possíveis ataques morais ou físicos na invasão da privacidade. A segregação era fato, a discriminação e o preconceito fizeram milhares de vítimas. Os ativistas da luta contra a AIDS conseguiram, em curto espaço de tempo, produzir uma infraestrutura adequada para que os infectados tivessem todas as chances de conseguir atendimento de qualidade. Estabeleceu-se uma identidade social do doente, que passou a ter como base a ideia de cidadania e de direito à vida. A sociedade organizada também exigiu que se desenvolvessem políticas públicas para que os medicamentos fossem distribuídos gratuitamente à população que vivia com AIDS, conforme Chequer (2011)⁴.

As ONGs e todo movimento contra a exclusão de pessoas que vivem com HIV/AIDS ganharam nova configuração com o surgimento dos antirretrovirais combinados e, em 1996 (a associação de duas ou mais drogas de uma classe farmacológica, ou de classes diferentes), mudou, significativamente, o perfil da epidemia e todas as representações, sobretudo, a perspectiva de vida das pessoas soropositivas. Com essa nova combinação, houve redução da mortalidade, aumento da sobrevivência e inserção social do soropositivo, o que amenizou, dessa forma, o preconceito e a agregação da doença com a morte, de acordo com o MS.

Atualmente o MS, por meio do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais, está à frente das ações fundamentais de formulação e

⁴ Coordenador Nacional do Departamento de DSTs/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

implementação de políticas públicas e de apoio técnico-financeiro às ONGs que trabalham com pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Percebe-se, ainda, que a população vulnerável, no Brasil, é a que tem maior dificuldade de acesso à saúde pública, à assistência, à informação e à educação. Essa população, muitas vezes, encontra-se à margem das políticas públicas, o que dificulta ações como: prevenção, assistência ao soropositivo e diagnóstico precoce, entretanto não se pode dissociar a situação em que se depara essa população da condição de vulnerabilidade por causa da exclusão social. A população mais pobre torna-se a maior vítima das doenças infectocontagiosas como o vírus HIV/AIDS. Diante dessa realidade, com o objetivo de se ter êxito no processo de reestruturação do atendimento ao indivíduo soropositivo, o Departamento de DSTs/HIV/AIDS do MS, elaborou uma agenda estratégica, dividida em partes específicas para as áreas de redução da transmissão das DST/HIV/AIDS e hepatites virais e melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com tais doenças. A agenda contempla o aprimoramento do tripé vigilância/informação/pesquisa e o aprimoramento da governança e da gestão.

Para viabilizar a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), esta agenda prevê a promoção do acesso a serviços qualificados de atenção à saúde, a promoção de apoio social, como também o acesso universal aos medicamentos, aos preservativos e a outros insumos estratégicos. Prevê, ainda, a promoção dos direitos humanos das PVHA e hepatites virais.

Atualmente a frente de ação atua com diretrizes previamente determinadas, como por exemplo, a integração dos três agravos (DST, AIDS e Hepatites Virais), assim como, com a abordagem por linhas de cuidado ao se considerarem as redes de atenção de estados e municípios, além de definirem-se e abrigarem-se, no SUS, as novas tecnologias no campo de tratamento, de acordo com Chequer (2011).

Diante de muitos obstáculos, ainda assim, obtiveram-se muitas vitórias nas políticas públicas referentes à epidemia de AIDS no Brasil como: o acesso universal aos medicamentos (Decreto Presidencial de 13/11/96); a criação de serviços específicos, como o Hospital Dia, os Serviços de Assistência Especializada, os Centros de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar Terapêutico; o controle da transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados; e as parcerias

entre estados, municípios e sociedade civil, conforme a Política Nacional de DST/AIDS (1999) se refere.

Com relação à AIDS, ainda que apresente uma política pública exemplar, que tenha sido objeto de elogios, internacionalmente, graças ao esforço conjunto do MS e à articulação das organizações não governamentais, que são dedicadas à prevenção e ao combate da epidemia, a situação do Brasil ainda deve demorar a apresentar um quadro tranqüilizador. Isto acontece pela quantidade de novas infecções, como também por suas características. Dados epidemiológicos do MS dos últimos anos apontam importantes tendências: a interiorização da doença por todo o território nacional, o alastramento, cada vez maior, entre as camadas mais pobres e entre as mulheres, como Chequer (2011) ressalta.

Por muito tempo a epidemia do vírus HIV/AIDS cresceu, mais rapidamente, entre os homens, em alguns países, como no Brasil e, então, as mulheres ficaram negligenciadas das ações preventivas. A partir de 1993, quando a África contava com 4 milhões de mulheres, que viviam com AIDS, o que representava uma mulher para cada homem infectado com o vírus HIV/AIDS (MANN *et. al.*, 1992), houve uma revisão da definição de AIDS, a qual incluiu a presença de câncer invasivo de colo do útero como um marcador da doença, independente da presença de outras infecções oportunistas. Essa realidade revela o reconhecimento tardio da presença do vírus HIV/AIDS entre as mulheres.

No Brasil, o SUS retardou a reestruturação de programas voltados para a saúde da mulher, concebida de forma mais abrangente, como se mencionou anteriormente, uma vez que as ações implementadas eram sempre direcionadas à saúde materno-infantil. Com o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), os serviços de saúde passaram a propor medidas de prevenção e promoção à saúde da *mulher* e, não, apenas, da *mãe*, contudo, foi, ainda, pela via materna, que os cuidados com as mulheres infectadas foram iniciados com maior ênfase. Com o lançamento do Zidovudine injetável para a prevenção da transmissão vertical, ou seja, quando a mãe infectada passa HIV ao bebê durante a gestação, no parto ou durante a amamentação, houve a necessidade de se realizar o treinamento de profissionais da rede de atendimento. Dessa forma, a gestante soropositiva deve fazer o pré-natal com o médico obstetra e ser acompanhada, também, pelo infectologista, para evitar uma possível contaminação.

De acordo com o site do MS, só nos últimos anos da primeira década do século XXI é que foi apresentado, pelo governo federal, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da AIDS e de outras DST's (2007). O Plano foi lançado em comemoração ao Dia Internacional da Mulher - 8 de março - e representa a consolidação da política intransetorial e intersetorial para o enfrentamento da epidemia de AIDS, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres. É, também, um importante marco histórico de fortalecimento da atuação no campo dos direitos humanos das mulheres, da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Esse Plano foi revisado e reeditado em 2009 com base em uma nova conjunção de esforços coletivos de debates e construção participativa ao longo dos anos de 2007 e 2008. A última versão apresenta ações para a alteração dos contextos de vulnerabilidade que tornam as mulheres mais susceptíveis à infecção pelo vírus HIV, a outras doenças sexualmente transmissíveis e ao adoecimento. O Plano orienta sobre a implantação e a implementação de ações de acesso à saúde e aos direitos sexuais e à saúde reprodutiva nas esferas federal, estadual e municipal. Define, também, estratégias intersetoriais, que tendem à ampliação dos insumos como os preservativos femininos e às ações de prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento das DSTs e do HIV/AIDS para mulheres nas várias regiões do Brasil.

Ainda que esforços sejam empreendidos no sentido de se prevenir a transmissão do vírus HIV e de se qualificar o atendimento às mulheres soropositivas, falta muito para que ações mais integrais sejam realizadas e, por consequência, melhorem, substancialmente, o acolhimento e a assistência a essas mulheres. Sem dúvida, os antirretrovirais, para tratamento das pessoas com HIV/AIDS, proporcionam aumento do tempo de sobrevivência, mas os inúmeros efeitos colaterais associados à inexistência de cura e ao preconceito geram impacto na sua qualidade de vida.

A situação é mais agravada quando se tratam de pessoas que têm baixa renda porque o preconceito e a falta de qualificação profissional dificultam-lhes a inserção no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que não lhes é assegurado um benefício assistencial. Segundo Carvalho e Galvão (2008), com a introdução do AZT (Zidovudine) desde 1986, e o aumento da expectativa de vida, ainda não há uma preocupação do Estado em relação à manutenção das condições

socioeconômicas do portador de baixa renda. Dessa forma, sua qualidade de vida torna-se precarizada a ponto de comprometer sua sobrevivência.

É importante ressaltar que os programas de DST/AIDS, assim como outros programas vinculados às políticas públicas enfrentam dificuldades como a insuficiência de investimentos em equipamentos, escassez de recursos para custeio, a falta de recursos humanos capacitados adequadamente e a ausência de programas adequados de assistência ao soropositivo, sobretudo àqueles em condição de vulnerabilidade social. Essas questões têm gerado uma permanente mobilização e uma luta dos movimentos sociais ligados ao atendimento e/ou à defesa da qualidade de vida dos indivíduos que vivem com o vírus HIV/AIDS. Visam à melhoria na política de promoção à saúde e de descentralização das ações voltadas a esse segmento.

1.2.3 As ações preventivas

Na medida em que a epidemia da AIDS começou a se alastrar pelo mundo nas últimas décadas e a afetar, em maior, ou menor grau, todos os segmentos sociais, a sociedade e o Estado começaram a se voltar para esse problema. Têm procurado oferecer sua contribuição para o combate à doença com programas, projetos e iniciativas que abranjam um amplo leque de atividades, como cursos de informação/formação, que visem à prevenção da doença e serviços de atenção e cuidado pessoal a pessoas infectadas. Eventos de âmbito nacional e internacional, para discussão de ações preventivas e de atendimento, bem como trabalhos de caráter ecumênico, que objetivem a articulação de ações para a criação de um ambiente de aceitação e acolhida à pessoa que vive com HIV/AIDS foram também muito disseminados.

A prevenção tem sido desde o início da epidemia, uma questão crucial para os programas de controle do vírus HIV/AIDS. Segundo o Coordenador Nacional do Departamento de DSTs/AIDS e Hepatites Virais do MS, Dr. Pedro Chequer⁵, tem havido, nas últimas décadas, um grande empenho do governo federal no que se

⁵Informações fornecidas pelo Coordenador Nacional do Departamento de DSTs/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Dr. Pedro Chequer, em palestra proferida no Encontro Regional de ONGs AIDS no Centro Oeste (ERONG), realizado no dia 06 de Julho de 2011, evento promovido pelo MS do qual participaram várias ONGs, inclusive, aquela da qual participa a autora desta pesquisa, que assumiu as funções de coordenadora e relatora. Estas informações estão disponíveis no site: <http://erongcentrooeste2011.blogspot.com.br>

refere à implementação de ações que reduzam a contaminação por HIV de forma significativa. O MS tem seguido o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) cuja estratégia é intitulada “Chegando a Zero”, o que significa, não só chegar ao índice zero de infecções pelo vírus HIV/AIDS até 2015, como também atingir “zero discriminação” e “zero mortes”. De forma mais detalhada, o representante do MS indica quais são as dez Metas do Programa para 2015:

Reduzir pela metade a transmissão sexual do HIV/Aids, inclusive entre jovens, homens que fazem sexo com homens e a transmissão no contexto do trabalho sexual; Eliminar a transmissão vertical do HIV/Aids, e reduzir pela metade a mortalidade materna relacionada à Aids; Prevenir todas as novas infecções pelo HIV/Aids entre pessoas que usam drogas; Acesso universal à terapia antirretroviral por pessoas vivendo com HIV/Aids com indicação de tratamento; Reduzir pela metade as mortes por tuberculose entre pessoas vivendo com HIV/Aids; Ter as pessoas vivendo com HIV/Aids e os domicílios afetados pelo HIV/Aids contemplados por todas as estratégias nacionais de proteção social e com acesso a serviços essenciais de atenção e apoio; Reduzir pela metade o número de países com leis e práticas punitivas relativas à transmissão do HIV/Aids, ao trabalho sexual, ao uso de drogas ou à homossexualidade; Reduzir pela metade o número de países que restringem a entrada, a estada e a residência de pessoas com HIV/Aids em seu território; Ter as necessidades específicas de mulheres e meninas relativas ao HIV/Aids contempladas em pelo menos a metade de todas as respostas nacionais ao HIV; Tolerância zero com a violência baseada em gênero (CHEQUER, 2011, p. 1).

Dentre as metas, insere-se a diminuição, pela metade, da transmissão sexual do vírus HIV/AIDS, inclusive entre jovens, HSH (homens que fazem sexo com homens), pessoas *trans* (travestis e transexuais) e a transmissão nas situações do trabalho sexual. Neste contexto, visa-se o *empoderamento* desse público para que todos vençam o estigma da discriminação e do preconceito, conseqüentemente, o risco de infecção pelo vírus HIV. Essa tomada de poder deve acontecer de modo inclusivo com a educação sexual que abarque as redes de pessoas soropositivas e outras populações vulneráveis, contudo há um grande número de mulheres e homens soropositivos que anseiam concretizar seus projetos de maternidade e paternidade, um direito fundamental que lhes deve ser garantido.

Os direitos reprodutivos no contexto da soropositividade devem nortear as ações de saúde na atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Independentemente de a gravidez ter sido planejada, ou não, a equipe de saúde deve respeitar e acolher o usuário, sem julgamentos de valor, além de identificar suas preocupações, anseios, temores e dúvidas, inclusive, quanto ao desejo de ter, ou não, o filho (KUAUTH *et. al.*, 2002 e SANTANNA, 2007).

Em função da garantia do direito reprodutivo, o MS tem como finalidade fazer a eliminação da transmissão vertical do vírus HIV e a redução de 50% da mortalidade materna relacionada ao vírus HIV/AIDS. Diante dessa meta, o MS lança o Plano para Redução da Transmissão Vertical do vírus HIV e da Sífilis no Brasil, o qual tem como foco a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança no período de gestação e do puerpério. A execução desta meta está ligada ao envolvimento das três esferas governamentais por intermédio dos gestores, dos profissionais da área da saúde e das organizações sociais. A adesão ao tratamento pelas mulheres gestantes soropositivas é fundamental para o sucesso da prevenção da transmissão vertical do vírus HIV, conseqüentemente, para a redução do número de crianças infectadas.

Estudos revelam êxitos no controle do HIV, com a diminuição da incidência de crianças infectadas nos últimos anos no Brasil. O risco de transmissão vertical é de aproximadamente 1%, caso todas as medidas de transmissão vertical sejam adotadas, conforme Brasil (2007c).

O MS, juntamente com a UNAIDS, almeja, ainda, reduzir, pela metade, o índice de mortes por tuberculose entre pessoas soropositivas. Chequer (2011) diz que a redução do índice de mortes por tuberculose será fortalecida por meio do sistema nacional e comunitário de prestação de serviços aos portadores, com o intuito de assegurar sua descentralização e integração. Visa à redução dos riscos de as pessoas, que vivem com HIV, contraírem tuberculose e assegurar-lhes a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos.

As metas também indicam ações de âmbito internacional como a redução, pela metade, do número de países com leis e práticas punitivas relativas à transmissão do vírus HIV, ao trabalho sexual, ao uso de drogas ou à homossexualidade. Tais metas têm como objetivo apoiar esses países no que diz respeito à proteção dos direitos humanos e no incentivo ao acesso aos programas de prevenção do vírus HIV. Estabeleceu-se também a meta de reduzir, pela metade, o número de países que restringem a entrada, a estada e a residência de pessoas, que vivem com HIV/AIDS em seu território. Outra meta importante, e que interessa à pesquisadora, em particular, neste estudo, aponta que, em pelo menos a metade de todas as respostas nacionais sobre o vírus HIV, as necessidades das mulheres e das meninas infectadas estejam contempladas, além disso, indica a “tolerância zero” à violência baseada em gênero.

Chequer (2011) enfatiza que será necessário um período de mais cinco anos para que se alcancem tais metas em razão de o cenário da prevenção ter mudado durante a última década em decorrência da dinâmica das diversas epidemias causadas pelo vírus HIV e sua evolução. As epidemias variam de região para região e é muito mais propícia a combinação de programas de prevenção biomédica com atividades de mudança comportamental. O índice de novas infecções causadas pelo vírus HIV/AIDS, em certos contextos, aumenta, expressivamente, o que exige que se façam novas formas de intervenção, como por exemplo, a realização de testes e trabalhos educativos voltados aos casais ao invés de se fazerem atendimentos individuais. Essa prática poderá apresentar resultados mais significativos.

Outro público bastante vulnerável às doenças DSTs, inclusive, a AIDS, é aquele formado por adolescentes e jovens. O MS criou, em 2003, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) com o fito de se reduzir a vulnerabilidade desse segmento à infecção por HIV e por outras DSTs e de se prevenir a gravidez não planejada. Com ações nas escolas e nas unidades básicas de saúde, o SPE destaca a escola como o melhor espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, uma vez que esse é o espaço em que se encontram os principais sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde, Brasil (2012).

O SPE promove a integração dos sistemas de ensino e saúde, disponibiliza camisinhas nas escolas, além de oferecer formação continuada –aos professores e aos profissionais de saúde em sexualidade, vulnerabilidade e prevenção das DST/AIDS e aos jovens multiplicadores para atuarem junto aos seus pares. Outro grupo que ainda requer atenção é aquele formado por homens que praticam sexo com outros homens. Conquanto tenha sido este o grupo, que, no início da proliferação do vírus HIV, tenha recebido maior atenção do poder público, é ainda um dos que se encontram em maior vulnerabilidade à AIDS e a outras DST em razão do preconceito e de outros tabus. Diante dessa realidade, o MS, por intermédio do Programa Nacional de DSTs e AIDS, como parte das ações do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DSTs entre homossexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH), e travestis), lançou, em 2008, uma campanha de conscientização para a população homoafetiva, Brasil (2012).

A terapia possibilita às pessoas infectadas pelo vírus HIV, apesar dos benefícios oferecidos pelos antirretrovirais, o aparecimento de efeitos adversos, que podem ser transitórios como: náuseas, vômitos, diarreia, tonturas e outros; e há efeitos que podem ser permanentes, como a síndrome lipodistrófica, que ocasiona dificuldades psicológicas e emocionais relevantes como: prejuízo da autoimagem, depressão, dificuldade nas relações sociais e sexuais, além do medo da revelação forçada do diagnóstico da aparência física, Brasil (2008). O indivíduo soropositivo necessita manter uma alimentação saudável e balanceada, adaptadas às necessidades individuais e culturais, já que essa tem importante papel na prevenção e remissão dos efeitos colaterais provocados pelos medicamentos. O acompanhamento da pessoa soropositiva por um profissional da área de nutrição é, por conseguinte, de extrema importância.

Como intuito de se otimizar a qualidade de vida da pessoa soropositiva, o Núcleo Operacional de Prevenção e Qualidade de Vida do Ministério da Saúde considera o tratamento da AIDS também como estratégia de prevenção. Promove ações especiais para as áreas de reprodução e adesão ao tratamento, atua na prevenção de eventos adversos e, ainda, toma medidas específicas que se direcionem às áreas de nutrição e de atividades físicas. O núcleo realiza também procedimentos de preenchimento facial e cirurgias reparadoras, nos casos de pacientes com lipodistrofia⁶ decorrente da doença, ao mesmo tempo, tem como prioridade oferecer atendimento especial na área da saúde mental.

Outra ação fundamental, que é priorizada pelo Departamento de DST's/AIDS do MS, é o apoio à realização de projetos da sociedade civil, via editais de seleções públicas, voltados a eventos, a ações de prevenção durante as mobilizações das Paradas Lésbica, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT), a assessorias jurídicas e ao trabalho em rede. Todos esses programas e planos de prevenção, criados mais recentemente, mostram que é possível, e também de suma importância, unir esforços para alcançar o objetivo de atingir “zero infecções”.

O Estado de Goiás tem sido referência no controle do vírus HIV/AIDS- no país, com a eliminação de casos de transmissão vertical de HIV (entre mãe e filho). Este trabalho tem a participação estratégica do Hospital de Doenças Tropicais (HDT)

⁶A lipodistrofia caracteriza-se pela concentração excessiva de gordura no abdome, tórax e nuca e perda de gordura na face, braços e pernas de pessoas soropositivas que utilizam a Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART), também conhecida como terapia de combinação ou coquetel para o tratamento anti-HIV.

por meio do setor de adesão ao tratamento. A unidade desenvolve um programa sistemático de adesão ao tratamento com apoio clínico, psicológico, nutricional e social aos pacientes. Com o Programa Prevenir para a Vida, que tem como ação principal o acompanhamento a gestantes, que vivem com AIDS, e a crianças, que são filhas de mães soropositivas, até os 18 meses de vida, o setor de adesão tem recebido vários prêmios nacionais pelo incentivo ao tratamento integral e à assistência humanizada aos pacientes.

O HDT passa, no momento, por processo de privatização, o que coloca em risco a efetivação dos direitos sociais, além de retirar o que foi conquistado legalmente. Com a implantação da organização social faz-se, gradativamente, a substituição do quadro funcional. Nos dias atuais, o que se constata no HDT, por meio da mídia, é a precariedade do atendimento, as péssimas condições de trabalho, a falta de medicamentos, de equipamentos e materiais básicos, dentre outros entraves.

CAPÍTULO II

O TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA: E A CONDIÇÃO DA MULHER SOROPOSITIVA

A sociedade moderna ⁷depende de diversos fatores para sobreviver, dentre eles, o fator mais importante é o trabalho. A sociedade se baseia na produção de consumo de bens e serviços, porém os trabalhadores, não aptos a acompanhar os avanços tecnológicos da contemporaneidade, são descartáveis para o mercado de trabalho. Essa é a condição para a manutenção do sistema social do capital. Essa lógica está voltada, prioritariamente, para a produção de mercadorias.

De acordo com Antunes (2005), o mundo do trabalho passa a ter, agora, uma mudança qualitativa pelo peso crescente de sua dimensão mais qualificada, do trabalho multifuncional, do operário apto a operar máquinas informatizadas e da objetivação de atividades celebrais (materializar a inteligência humana na robótica). Por outro lado, intensificam-se as formas de exploração do trabalho do novo proletariado. Essa exploração é crescente.

Nesta realidade, de exploração da força de trabalho, está inserida a mulher. Impulsionada por fatores econômicos, sociais e culturais, a inserção da mulher no mercado de trabalho, no século XX, aumentou significativamente, entretanto dificuldades como: o acesso a cargos de chefias, a equiparação salarial com os homens, que realizam idênticas funções, dentre outras, não foram superadas. Ainda que se constitua como uma força de trabalho pertencente ao mesmo sistema econômico, percebe-se que a exploração da mulher em relação ao homem é bem maior.

Vários são os obstáculos que acometem as mulheres nas relações de trabalho e uma delas diz respeito à presença da contaminação pelo vírus HIV/AIDS. Nesse sentido, ganha expressão o fato de o vírus acometer as mulheres, assim

⁷ O aparecimento da modernidade, ou das chamadas “sociedades modernas”, iniciou-se no século XVI na Europa, intensificando-se nos séculos XVII e XVIII e consolidando-se no final dos séculos XVIII e XIX. Trata-se de uma época de muitas mudanças nas esferas política, econômica, social e cultural, com impacto expressivo sobre a forma como as pessoas viviam, trabalhavam e se relacionavam. Estamos falando da época do Renascimento, da Reforma Protestante, da Revolução Industrial e da Revolução Francesa. Essas mudanças intensificaram-se e espalharam-se pelo mundo, mantendo-se em diferentes países, em graus diferenciados. <http://crv.educacao.mg.gov.br>. Módulo Didático: As sociedades tradicionais e modernas. Centro de Referência Virtual do Professor - SEE-MG / setembro 2010 c.

como os homens em idade produtiva, contudo o impacto do vírus HIV e da AIDS é maior nas mulheres. Os estereótipos relacionados ao vírus HIV e à AIDS têm reforçado a ideia de que as mulheres são culpadas pelo avanço da epidemia, como também as cargas sociológicas e sociais são mais pesadas para elas que para os homens. Uma das queixas entre as mulheres infectadas é a questão trabalhista. As mulheres, culturalmente, são discriminadas no mercado de trabalho, entretanto percebe-se que, perante a situação de sorologia positiva, elas se tornam mais, ainda, discriminadas e excluídas.

Será, aqui, apresentada uma reflexão sobre o trabalho na sociedade capitalista e o impacto da contaminação pelo vírus HIV/AIDS nas condições das mulheres soropositivas pertencentes às classes subalternas a fim de subsidiar as discussões sobre a realidade das mulheres trabalhadoras.

2.1 O trabalho como base constituinte do ser social

O trabalho será, aqui, discutido como categoria ontológica em uma perspectiva marxiana, uma vez que se entende que Marx é o instituidor dessa discussão quando se trata da questão do trabalho na relação homem-natureza com vista à sua transformação. Assim, procurar-se-á focar, especialmente, o trabalho como categoria que elucida o ser social como ser e, não, propriamente, ligada a qualquer modo de produção.

Marx (2002) define como trabalho o movimento em que o homem transforma a natureza, o processo em que o ser humano, com sua habilidade, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Dessa forma, considera-se o trabalho como algo inerente ao homem e, deste modo, à parte de qualquer que seja a estrutura social ou modo de produção determinado. Para Marx (2002), o trabalho

põe em movimento as forças naturais de seu corpo (...) a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (Marx 2002, p. 211).

O trabalho diferencia o homem dos outros seres da natureza porque, ao transformar a natureza, o homem também se transforma. Isso significa que, ao construir uma realidade objetiva, o homem também se constrói como indivíduo e

adquire conhecimentos e habilidades que não possuía antes, logo, cria e recria profundas mudanças nas relações sociais de produção.

Para Yamamoto (2004), a produção do homem acontece por meio de seu trabalho com base na natureza e nas necessidades. Esse processo acontece mediante uma relação conflituosa com a natureza – de unidade e de luta –, ao modificar a natureza, o homem apropria-se de seu ser natural em relação com outros homens. O homem produz-se como ser social ao criar necessidades e, com base nestas, cria seus instrumentos de trabalho, transforma a natureza e objetiva-se nas suas obras e produtos, daí originam-se, assim, relações sociais como Yamamoto (2004) salienta, ou seja, ao realizar-se, mediante suas obras e produtos, frutos do seu trabalho, o homem se torna um ser social.

Na concepção teórica de Lukács (1997), o que diferencia a ação executada por um homem da ação de um animal irracional é a capacidade teleológica que só o homem possui. Yamamoto (2006) ressalta que a dimensão teleológica é a capacidade de o homem idealizar, previamente, em sua consciência, o resultado a ser alcançado pelo trabalho de forma que, ao concretizá-lo, não apenas gera uma mudança da natureza, mas, em si e na sociedade envolvida.

O trabalho é o fundamento ontológico do ser social. É ele que permite o desenvolvimento de mediações, estabelece as diferenças entre o ser social em frente aos outros seres da natureza. Essas mudanças são capacidades essenciais postas em movimento por meio das atividades garantidoras de sua sobrevivência. Essas capacidades não são dadas ao ser social, mas, conquistadas no processo histórico de sua autoconstrução pelo trabalho.

Para Marx (2002), o ato de trabalho voltado para o atendimento de uma necessidade concreta, historicamente determinada, não se limita à produção do objeto imediato, porém está no campo da sociabilidade humana e, por isso, é determinado pelas relações sociais, o que permite o desenvolvimento das capacidades humanas, das forças produtivas e das relações sociais. Para o autor, o trabalho é o processo, assim como é também o produto do trabalho produtivo.

Percebe-se que, no sistema capitalista, as forças sociais buscam dominar e transformar o significado das coisas e dos processos materiais e mistificam-se, assim como limitam a ideia de trabalho à produção de bens e serviços importantes à reprodução material da existência. De acordo com as reflexões feitas por Antunes (2000), as determinações históricas do modo de produção capitalista levam à

necessidade de se fazer a reelaboração da categoria trabalho e de colocá-la no contexto do processo contraditório das políticas sociais, notadamente, da assistência como acontecimento mundial. O trabalho se torna objeto de medidas neoliberais e de mudanças econômicas, sociais e políticas na sociedade contemporânea.

É por intermédio do ser social que se percebe que há uma conexão entre as categorias que o compõem e, por meio delas, compreende-se que determinam diferentes formas de relação da consciência com a realidade.

(...) é suficiente um olhar muito superficial ao ser social para perceber a inextricável imbricação em que se encontram suas categorias decisivas como o trabalho, a linguagem, a cooperação e a divisão do trabalho, para perceber que aí surgem novas relações de consciência com a realidade (...) (LUKÁCS, 1981, p. 1).

As categorias que englobam o ser social, na concepção de Lukács (1981), precisam ser compreendidas em sua totalidade e, não, de forma isolada, uma vez que elas estão inseridas em uma realidade complexa, da qual o ser social é também integrante.

2.1.1 O trabalho na sociedade capitalista

O principal elemento para o desenvolvimento da sociedade do capital é o trabalho porque dele se extrai a mais-valia para o enriquecimento do capitalista. Por outro lado, para sobreviver, o trabalhador necessita do salário e sujeita-se às condições, que lhe são impostas.

De acordo com Antunes (1995), no processo de transição do feudalismo para o capitalismo ocorreram fortes transformações na área social e econômica como: o aprimoramento das técnicas e a ampliação dos mercados. A partir da industrialização, e com o capital acumulado, foi possível efetuar a compra de matérias-primas e de máquinas, o que forçou, dessa forma, as famílias, que desenvolviam trabalhos domésticos, nas antigas corporações e manufaturas, a desfazerem-se de seus instrumentos de trabalho e a venderem sua força de trabalho em troca de salário.

Com o aumento da produção começaram a aparecer os primeiros barracões das futuras fábricas, nos quais os trabalhadores eram submetidos a uma nova ordem, a da divisão do trabalho com ritmo e horários estabelecidos. Diante dessa realidade, o fruto do trabalho deixou de pertencer aos trabalhadores e passou a pertencer ao capitalista, o qual retinha os lucros.

Com o surgimento da máquina, o trabalhador “livre” passou a existir, apenas, no ato da compra/venda da força de trabalho, na esfera da circulação, no momento em que o capital se confrontava com o trabalhador individual, juridicamente livre. Em outro momento, é no campo da produção que o trabalho perdeu o caráter individual, juridicamente livre, e confrontou apenas com seu opositor como trabalho coletivo. Dessa maneira, a liberdade e a igualdade do trabalhador só existiam no ato da venda de sua força de trabalho.

Segundo Salama (1997), por trás da liberdade/igualdade dos trocadores, disfarçados pelas relações do mercado, existe a exploração sofrida pelos trabalhadores no campo da produção. Marx salienta que,

como sistema articulado de máquinas de trabalho, que recebem seu movimento apenas de autônomo central através de uma maquinaria de transmissão, a produção mecanizada possui sua forma mais desenvolvida. No lugar da máquina individual surge aqui um monstro mecânico, cujo corpo enche prédios fabris inteiros e cuja força demoníaca, de início escondida pelo movimento quase festivamente comedido de seus membros gigantescos, irrompe no turbilhão febril de seus inúmeros órgãos de trabalho propriamente dito (MARX citado por SALAMA, 1997, p. 115).

No sistema manufatureiro o trabalhador conhecia todas as etapas da produção, ou seja, do projeto à execução. Com o sistema fabril, esse processo deixou de existir em razão da crescente complexidade da divisão social do trabalho.

No final do século XIX o método taylorista foi implantado no sistema produtivo pelo norte-americano Frederick Taylor. Esse método visava o aumento da produtividade com economia de tempo, por meio da utilização da máquina e da supressão de gestos desnecessários durante o processo de produção, porém a divisão do trabalho foi intensificada por Henry Ford, o qual o introduziu na linha de montagem da indústria automobilística. Esse sistema de produção foi denominado fordismo.

Os elementos constitutivos básicos do fordismo eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro fordista e a produção em série taylorista, constituiu-se pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões (ANTUNES, 1999, p. 17).

Segundo Antunes (1999), o sistema foi implantado com sucesso no início do século XX nos Estados Unidos da América e logo extrapolou os domínios da fábrica, alcançou as empresas, os esportes, a medicina e a atividade da dona de

casa. O tempo, em que o fordismo/taylorismo permaneceu como modelo dominante, possibilitou um grande acúmulo de capital pelas empresas automobilísticas.

Na década de 1970 houve uma crise estrutural, que se caracterizou, especialmente, pela queda da taxa de lucro, originada pelo aumento do preço da força de trabalho resultante das lutas entre capital e trabalho na década de 1960. Instituiu-se o desemprego estrutural, que gerou uma retração do consumo que o modelo taylorista/fordista demonstrou impossibilitado de resolver, sobretudo, por causa da crise do Estado, do bem-estar social e do crescimento das privatizações, dados pela crise fiscal do Estado capitalista.

Diante da crise do modelo fordista demandavam-se mudanças na estrutura do capital. Por ser incontrollável, sabe-se que o capital sempre elabora uma saída para a crise. Ao valer-se da experiência do modelo fordista, um novo modelo de produção se estruturou, cuja finalidade foi resolver as dificuldades que levaram o modelo anterior a uma crise estrutural. A partir de então, deu-se início a um processo de reestruturação produtiva, que teve como principal resultado a emergência do neoliberalismo com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a falência do setor público estatal. Após essa reorganização aconteceu um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, que deu origem ao modelo flexível de produção, com intuito de recuperar o ciclo reprodutivo do capital, conforme, Antunes (1999).

Com o novo modelo de produção, a tendência nas fábricas era quebrar a rigidez do fordismo, caracterizada pela linha de montagem e produção em série, e do taylorismo, centrado na produção em massa. Esse novo modelo adaptava-se melhor à economia global e ao sistema flexível, evitava a acumulação de estoques, quando atendia aos pedidos de acordo com a demanda, com planejamentos em curto prazo.

Nesse novo sistema de produção privilegiava-se o trabalho em equipe, com maior possibilidade de participação e decisão, além da necessidade da mão-de-obra polivalente, já que o trabalhador começava a trabalhar com diversas máquinas ao mesmo tempo.

Apesar da atuação mais participativa do trabalhador e da exigência de sua melhor qualificação – o que pressupõe a maior intelectualização do trabalho –, o sistema capitalista depende de uma imponderável lógica do mercado para as decisões fundamentais sobre o que fazer, quanto e quando fazer, fatores que ainda cerceiam a autonomia do trabalhador. Além disso, como a flexibilização depende da demanda flutuante, algumas tarefas são

encomendadas a empresas terceirizadas. Essa terceirização atomiza os empregados, antes unidos nos sindicatos, o que provocou seu enfraquecimento no final da década de 1980 (ARANHA E MARTINS, 2003, p. 40).

O principal receio dos trabalhadores diante desse novo modelo foi o desemprego e o excesso de trabalho em razão do enxugamento feito pelas empresas em processo de racionalização de atribuições de tarefas.

Segundo Antunes (1995), a lógica da sociedade capitalista é dotada de grande destrutividade. Os trabalhadores, não capazes de acompanhar os avanços tecnológicos da contemporaneidade, são descartáveis para o mercado de trabalho. Essa é a condição para a manutenção do sistema social do capital. Essa lógica está voltada, prioritariamente, para a produção de mercadorias, que destroem o meio ambiente em escala globalizada.

A sociedade contemporânea atualmente presencia um cenário crítico que alcança, também, os países capitalistas centrais. Para Antunes (2005), quanto mais se avança na competitividade intercapitalista, quanto mais se desenvolve a tecnologia concorrencial, maior é a desmontagem de inúmeros parques industriais que não conseguem acompanhar sua velocidade intensa.

Além de tantas destruições de forças produtivas, da natureza e do meio ambiente, há, também, em escala mundial, uma ação destrutiva contra a força humana de trabalho, que se encontra, nos dias atuais, precarizada e excluída.

Para Antunes (1995,p. 169), as consequências mais importantes dessas transformações no processo de produção e de trabalho são as seguintes:

1. Crescente redução do proletariado fabril;
2. Há um enorme incremento do subproletariado fabril e de serviços, o que tem sido denominado mundialmente de trabalho precarizado. São os terceirizados, subcontratos, entre tantas outras formas que se espalham pelo o mundo;
3. Aumento do trabalho feminino, o qual atinge 40% da força de trabalho nos países avançados;
4. Incremento dos assalariados médios e de serviços, o que possibilitou um significativo incremento no sindicalismo desses setores, que vivem o desemprego tecnológico;
5. Exclusão dos jovens e dos velhos no mercado de trabalho;
6. Inclusão precoce e criminoso de crianças no mercado de trabalho;
7. Expansão do que Marx chamou de trabalho social combinado, onde trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços. Esse trabalho combinado precariza mais intensamente o trabalho.

A classe trabalhadora tornou-se mais qualificada em vários setores, como na área siderúrgica, porém fragmentou-se e também se desqualificou e precarizou-

se em outras áreas como a automobilística, todavia, criou, em escala minoritária, o trabalhador polivalente e multifuncional, capaz de operar máquinas com controle numérico, além de exercitar melhor seu lado intelectual. E do lado oposto, encontra-se a massa trabalhadora precarizada, sem qualificação que se submete aos empregos temporários, parcial, ou vive o desemprego estrutural.

Antunes (1995) ressalta que todas essas mudanças geram uma classe trabalhadora mais heterogênea, fragmentada e mais complexificada, uma vez que se divide entre trabalhadores qualificados e desqualificados. O mundo do trabalho passa a ter, agora, uma mudança qualitativa – pelo peso crescente de sua dimensão mais qualificada, do trabalho multifuncional, do operário apto a operar com máquinas informatizadas e da objetivação de atividades cerebrais (materializar a inteligência humana na robótica). Por outro lado, intensificam-se as formas de exploração do trabalho do novo proletário, no subproletariado industrial e de serviços. Essa exploração é crescente.

Neste contexto, desregulamentação, flexibilização e terceirização são expressões da lógica da sociedade capitalista, e a tendência é a prevalência do capital sobre a força humana. A desregulamentação refere-se aos direitos do trabalho, que são cotidianamente eliminados em todas as partes do mundo em que haja produção industrial e de serviços, ou seja, são as leis trabalhistas usurpadas. Ao mesmo tempo evidencia-se a fragmentação no interior da classe trabalhadora, acompanhada da precarização das condições de trabalho. A flexibilização está presente no novo modelo produtivo capitalista, mais enxuto, com redução de postos de trabalho. Por fim, a terceirização, por meio da qual há a contratação de empresas menores para a execução de trabalhos antes realizados pela empresa central.

Para Tavares (2002), a terceirização é um mecanismo que possibilita ao capital a busca pelo menor custo. Com os avanços tecnológicos, é possível, nos dias atuais, fragmentar a produção de uma mercadoria, ou seja, projetá-la em um continente e executá-la em outro. Constata-se que o trabalho flexível não gera oportunidades para a classe trabalhadora porque o capital, assim como o Estado criam formas que enfraquecem os trabalhadores com carteira assinada e, quanto à proteção social, substituem-na por formas aparentemente autônomas, como são as cooperativas, o trabalho domiciliar, a prestação de serviço, o trabalho parcial, dentre outros. Transferem-se, dessa forma, custos variáveis e fixos para o trabalhador e, ainda, em muitos casos, usurpam seus direitos sociais.

Em nome da flexibilidade, funções nucleares já se inscrevem nas atividades terceirizadas: nas empresas privadas, como também nos serviços públicos, mas, em lugar da igualdade, que invade o discurso da globalização, está inserido o jeito excludente do modelo de acumulação, sobretudo nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

2.1.2 Trabalho e classe subalterna

A sociedade burguesa, de acordo com Marx citado por Cardoso, (1995), surgiu com a destruição da sociedade feudal; não acabou com o antagonismo de classe, mas criou novas classes e novas formas de opressão e de lutas. Percebe-se que a sociedade global está, cada vez mais, dividida em duas classes diretamente opostas entre si: a classe dominante, capitalista, e a classe proletariada, subalterna.

A condição de subalternidade, na sociedade capitalista, está relacionada a não ser proprietário dos meios de produção; está, portanto, sob domínio político e ideológico no conjunto das relações de poder das classes que representam o capital e nas relações das produções. Incluem-se, além disso, na condição de subalternidade, os assalariados dos setores primários, secundários e terciários (elementos do setor produtivo e improdutivo), ou seja, os que desenvolvem atividades manuais e não manuais e atividades intelectuais, segundo Cardoso (1995).

Constata-se, nesse contexto, que a condição de subalternidade ganha dimensões mais amplas e caracteriza-se, não, apenas, pela exploração, mas, pela dominação e exclusão econômica e política. Tudo isso acontece em decorrência da não-propriedade dos meios de produção, ou seja, o trabalho é o meio de subsistência da maior parte dos trabalhadores, que tem apenas sua força de trabalho usada como valor de troca na sociedade capitalista, conforme Yamamoto (2006). Outro aspecto a ser destacado na sociedade capitalista em relação ao trabalho é que ele se realiza por meio de uma relação de exploração e alienação. A exploração está ligada ao domínio do capital sobre o trabalhador e à extração da mais-valia pelo capital e, por fim, à alienação do trabalhador quanto ao processo produtivo e ao produto, que é fruto do seu trabalho.

Nesse contexto de alienação, o trabalhador não possui controle do processo de produção que desenvolve, já que participa, em partes, desse processo,

ao realizar uma função específica e rotineira. O produto de seu trabalho, além do mais, não lhe pertence porque o trabalhador, muitas vezes, não possui meios para aquisição da mercadoria que produziu em virtude de seu alto custo, no entanto o desenvolvimento industrial permitiu que o proletariado crescesse, não, apenas, em números, mas, em força, pela aglutinação de massa cada vez maior. Com isso, o operário começa a tomar consciência do processo de alienação à medida que a máquina destrói as diferenças de trabalho e reduz os salários em um nível inferior, as condições de existência se igualam cada vez mais. A partir de então os conflitos entre o operário e o burguês assumem um caráter de confronto entre as duas classes, como Marx (1987) salienta.

De acordo com Yamamoto (2004), o proletário é capaz de se libertar da alienação. Nesta realidade, a prática social tem um aspecto revolucionário de luta de classe em uma sociedade contraditória ao estabelecer uma prática revolucionária e ter como base a mudança do homem e da conjuntura da sociedade.

No pensamento gramsciano, a classe subalterna deve se recuperar dos processos de dominação existentes na sociedade e, assim, revelar as operações políticas culturais da hegemonia que camufla, suprime e marginaliza a história da classe.

Os grupos subalternos sofrem sempre a iniciativa dos grupos dominantes, mesmo quando se rebelam e insurgem: só a vitória 'permanente' rompe, e não imediatamente, a subordinação. Verifica-se, em seu processo histórico, que na realidade, mesmo quando parecem vitoriosos, os grupos subalternos estão apenas em estado de defesa, sob alerta (GRAMSCI, 2002, p. 135).

O Estado extingue, em grande escala, as autonomias da classe subalterna, conforme Gramsci (2000) diz, já que a ditadura moderna ou contemporânea, da mesma maneira que acaba com algumas formas de autonomia da classe, empenha-se em inseri-la na atividade do Estado, ou seja, esta é a centralidade de toda a vida nacional em poder da classe dominante que se torna frenética e absorvente. Diante dessa ação se tornam ameaçadoras as diferenças de classe, que fortalecem a subalternidade. Essa é a forma como o Estado age, isto é, enche-se de poder desmobilizador no ato em que impede as iniciativas da sociedade civil quanto à articulação de interesses e propostas direcionados à luta pela superação entre os governantes e os governados.

Para desmobilizar o poder do Estado, Gramsci (1978) afirma que a classe subalterna deva criar uma nova cultura. Isto significa ir além de todo processo crítico

e de descobertas originais, difusão e socialização de verdades já reveladas, com o intuito de basear a nova forma de agir das classes subalternas porque a hegemonia, como reforma intelectual e moral, é a concepção de homens capazes de

[...] pensar coerentemente e de modo unitário o real presente, tornando uma nova cultura patrimônio de todos. Este é um fato filosófico bem mais importante e original do que a descoberta por parte de um gênio filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 1978, p. 4).

Se a forma de pensar e a organização política possuem um espaço determinante na conquista da hegemonia, para Gramsci (1978) também é decisiva a função que Marx atribui aos intelectuais e ao partido na construção de uma nova cultura. De acordo com este pensador, uma classe não se diferencia de outra ou se torna independente só, ou seja, sem nenhuma forma de organização. O autor ressalta, ainda, que não há organização sem organizadores ou dirigentes.

A apreensão de Gramsci com o caminho a ser percorrido pelas classes subalternas, até alcançarem a hegemonia, não está relacionada apenas à área da economia, mas está ligada à criação de um novo projeto cultural, capaz de proporcionar a construção de um conceito próprio da classe subalterna com a finalidade de libertá-los da racionalidade capitalista.

É no pensamento marxiano que se podem deparar com os primeiros embasamentos para a apreensão da consciência de classe como um processo histórico e dialético, instituído por homens inseridos em um modo de produção e relações sociais adequados. Na concepção de Marx e Engels (1991, p. 36-37), “os homens são os produtores de suas representações, de suas ideias etc., mas os homens reais e ativos, tais como se acham condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas”, ou seja, percebe-se que a consciência de classe está acoplada à atividade material e coletiva dos homens; não é possível, pois, imaginar o ser social isolado do conjunto das relações sociais.

Para Marx e Engels (1991), a consciência surge do processo social na proporção em que a ação dos homens é teleológica. Dessa forma, a consciência é um produto social.

A consciência é, antes de tudo, a consciência do meio sensível imediato e de uma relação limitada com outras pessoas e outras coisas situadas para o indivíduo que toma consciência; é, simultaneamente a da natureza que inicialmente se depara ao homem como uma força francamente estranha, toda poderosa e inatacável, perante a qual os homens se comportam de uma forma puramente animal e que os atemoriza tanto como aos animais; e, por conseguinte, uma consciência da natureza puramente animal (MARX e ENGELS, 1991, p. 36).

A partir do momento em que o homem tem consciência da importância de constituir relações com os sujeitos ao seu redor, isto sinaliza, para ele, a consciência de que vive em sociedade. Assim, de acordo com Marx (1978), é a consciência gregária que determina a diferença entre o homem e os outros animais pelo motivo de seu instinto se tornar consciente, porém o elemento principal da construção da consciência humana é o trabalho. O produto do trabalho é idealizado na mente do trabalhador.

Idealizar o produto não significa que ele se efetive. Marx (1978) ressalta a dimensão teleológica do homem, no entanto mostra que são os limites humanos que determinam as escolhas nas condições objetivas previamente existentes em que atuam.

[...] na produção social da própria existência os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; estas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. O conjunto dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo social política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determinam o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (MARX 1978, p. 129-130).

A ideologia capitalista impede que o trabalhador tenha consciência da sua submissão porque camufla a luta de classes quando representa, de forma ilusória, a sociedade e ao mostrá-la como harmônica.

2.2 As relações de gênero e o trabalho na sociedade capitalista

No mundo do trabalho, assim como em todos os espaços sociais, as desigualdades de gênero estão presentes. Para se ter compreensão da atual condição das mulheres no trabalho, será, aqui, apresentada a concepção de gênero, que norteia este estudo, bem como sua interseção no mundo do trabalho.

As diferenças entre o macho e a fêmea podem ser estabelecidas por meio das características biológicas, ou seja, a presença de caracteres masculinos determina o macho e, de caracteres femininos, a fêmea, contudo as diferenças entre os seres humanos não são apenas biológicas e não podem ser pensadas, independentemente da cultura e das relações sociais que as envolvem. Entende-se que a diferença biológica é apenas o ponto de partida para a construção social do

que é ser homem ou ser mulher. A noção de gênero aponta, portanto, para a compreensão das relações sociais que envolvem o feminino e o masculino.

Os estudos sobre a mulher remontam à década de 1960 com a emergência do movimento feminista. Surgiram, nos espaços acadêmicos, por causa do anseio de se entender a dominação masculina e a subordinação feminina e com o objetivo de minimizar os efeitos da opressão vivenciada pelas mulheres. Os trabalhos tinham como foco a luta pela igualdade entre os sexos com base em denúncias sobre desigualdades entre homens e mulheres percebidas nos diversos espaços como: na política, na economia, na familiar, dentre outros. Esses estudos tornam-se, cada vez, mais fortes e com caráter de ativismo político.

A incapacidade dos paradigmas tradicionais em explicar as desigualdades entre homens e mulheres fez com que, a partir da década 1980, estudiosos/as da mulher buscassem ferramentas mais sólidas para sua análise. Desse processo surgiu a categoria gênero, que tem sido utilizada para se analisarem as relações sociais, que envolvem homens e mulheres, compreendendo-as em suas determinações históricas. “Gênero serve, portanto, para determinar tudo que é social, cultural e historicamente determinado” (HÉRITIER, citada por GROSSI, 2000, p. 35).

No Brasil o estudo sobre gênero passou a ser incorporado, pelo movimento feminista, a partir da década de 1980 com o objetivo de explicar as diferenças sexuais. Segundo Grossi (2000, p. 33), o conceito de gênero foi trazido por pesquisadoras norte-americanas, que passaram a utilizar a categoria *gender* para falar das “origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres”.

De acordo com Carvalho (2003, p. 16),

[...] homens e mulheres passaram a ser vistos como seres que não nascem com seus papéis e regras de comportamentos impressos em seus códigos genéticos, mas sim como pessoas que aprendem através da vida social aquilo que é mais indicado e socialmente aprovado fazer, acreditar, realizar, enfim, ser, de acordo com o código cultural de seu meio social. Desta forma, não há um único padrão de comportamento para os homens e outro para as mulheres, mas tantos quantos forem os números de sociedades ou de situação vivida (CARVALHO, 2003, p.16).

As relações de gênero, por conseguinte, são construídas pela sociedade, ou seja, não são naturais, não se apresentam sempre da mesma maneira em todas as épocas e lugares, dependem dos costumes de cada região, conforme Sorj (1992) afirma. Camurça e Gouveia (2004) corroboram esta reflexão quando afirmam que as

relações e as representações de gênero não só mudam de uma sociedade para outra, mas podem sofrer alterações de acordo com a classe social, a raça e a faixa etária dentro de uma sociedade.

Ainda que, grande parte das mulheres passe por situações de discriminação, esse processo é vivenciado diferentemente, conforme seu pertencimento aos segmentos acima descritos. Sem sombras de dúvidas, o debate teórico avançou no sentido de se entender gênero como construção social, ao incluir também outras dimensões sociais na discussão, como por exemplo, as relações de poder. É nessa perspectiva mais ampla, que se buscam os fundamentos para este estudo sobre gênero.

As relações entre sexo ainda são pautadas por constructos sociais, que, em geral, desvalorizam características femininas em favor das masculinas, que relegam a mulher a uma posição de coadjuvante, de representação do outro ser, o qual seria o homem. Nessa perspectiva, a noção de gênero é entendida como relações estabelecidas com base na percepção social das diferenças biológicas entre os sexos, como afirma, Scott, (1996). Essa percepção, por sua vez, está fundada em esquemas classificatórios que opõem masculino/feminino e esta oposição é homóloga e relacionada a outras como: forte/fraco, dominante/dominado, baixo/alto. Ainda, nessa perspectiva, Bourdieu (2005) afirma que essas oposições são hierarquizadas; cabe ao pólo masculino e seus homólogos a primazia do que é valorizado como positivo, superior.

Bourdieu (2005) destaca que as hierarquizações são construídas ao longo da história e que é necessário entender as relações de gênero no seio da família como se fossem fundadas em categorias presentes em toda a ordem cultural e, historicamente, construídas, as quais definirão o papel da supremacia do homem no seio da família. Assim, permite-se compreender, não a posição dos homens, em particular, como seres superiores, mas também se permite, segundo Bourdieu, (2005), compreender a relação entre sexualidade e as relações de poder no âmago das relações familiares.

Sob tal prisma, a produção de significados e a produção de identidade, que são posicionadas nos sistemas de representações, estão estreitamente vinculadas. A primazia concedida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho, de produção e de reprodução biológica e social. Às

mulheres aplicam, particularmente, as relações de poder em que se veem envolvidas, esquemas de pensamento, que são produtos da incorporação dessas relações de poder patriarcal e que se expressam nas oposições fundantes de ordem simbólica.

Na mesma direção, Beauvoir (1980) destaca que a hierarquia dos sexos manifesta-se à criança, primeiramente na experiência familiar. Compreende-se, pouco a pouco, que a autoridade soberana, a que se faz sentir mais cotidianamente, não é, entretanto, a mais reinante. Por mais que, na casa, seja a mulher que reina, ela, em geral, tem a responsabilidade de pôr à frente a vontade do pai. A vida do pai é cercada de um prestígio misterioso: as horas que passa em casa, o cômodo em que trabalha os objetos que o cercam, suas preocupações e manias têm um caráter sagrado. Ele é quem alimenta a família, é o responsável e o chefe. O homem trabalha fora e é por meio dele que a casa se comunica com o resto do mundo e, sobretudo, a autora afirma: “ele é a encarnação desse mundo aventureiro, imenso, difícil, maravilhoso; ele é a transcendência, ele é Deus” (BEAUVOIR, 1980, p.29).

Dentro do sistema capitalista sempre coube às mulheres as atividades mais frágeis, que não envolvessem força física e maior agilidade. Dentro dessa perspectiva, percebe-se que compete a ela desenvolver trabalhos repetitivos, de baixa remuneração, baixa qualificação e, além do mais, são visadas para trabalhos de contratos temporários, ao passo que os homens são destinados às áreas que operam com equipamentos que demandam uma maior qualificação profissional. Esse formato é denominado divisão sexual do trabalho.

Na divisão sexual do trabalho, operada pelo capital dentro do espaço fabril, geralmente as atividades de concepção ou aquelas baseadas em capital intensivo são preenchidas pelo trabalho masculino, enquanto aquelas dotadas de menor qualificação, mais elementares e muitas vezes fundadas em trabalho intensivo, são destinadas as mulheres trabalhadoras (ANTUNES, 2002, p. 105).

O “mundo do trabalho” exacerbou, profundamente, a divisão sexual do trabalho ao deixar para as mulheres os espaços específicos que, muitas vezes, são caracterizados pela inferioridade hierárquica, pelos baixos salários e por atividades adaptadas às suas capacidades inatas.

Percebe-se que o capital usa da força de trabalho feminino para ampliar a exploração no trabalho com intuito de obter maiores lucros. Nogueira (2004) ressalta que, com a entrada da mulher nas fábricas, os trabalhos feitos no seio da família como: costurar, remendar, dentre outros, agora são substituídos pelo produto

confeccionado, o que beneficia, dessa forma, a circulação de mercadorias e maiores lucros para o capital.

A transformação tecnológica e a reestruturação industrial, bem como as pressões demográficas, causaram um aumento na demanda do trabalho feminino e, em alguns casos, houve a preferência dos empregadores por mulheres. A retratação do emprego industrial, acompanhada pela expansão do setor de serviços, foi caracterizada pelo declínio progressivo do trabalho em período integral, tradicionalmente exercido por homens, e um aumento no trabalho de meio período, foi preenchido, especialmente, por mulheres.

A probabilidade de as mulheres estarem em empregos de baixo salário é duas vezes maior do que a dos homens e os baixos salários estão concentrados em setores numericamente dominados por mulheres, tais como: varejo e hotelaria, como Bruschini (1998) relata.

É nesta realidade de trabalho precarizado que as mulheres foram inseridas no mercado de trabalho capitalista. É importante ressaltar que essa inserção não as isentou das tarefas relacionadas à reprodução social, elas foram duplamente exploradas pelo capital como pelos trabalhos domésticos, como Antunes (2002) salienta.

Todos os aspectos, aqui, discutidos refletem a forma como as mulheres foram inseridas no mercado de trabalho na sociedade capitalista. Esse processo será explicitado no próximo ítem.

2.2.1 Processo histórico de inserção das mulheres no mundo do trabalho – a realidade brasileira

A partir da Revolução Industrial, marco da consolidação do capitalismo, as mulheres começaram a ser inseridas nas relações produtivas, sob condições desumanas, por causa da intensificação da jornada de trabalho para atenderem ao processo de acumulação capitalista. Por necessitarem do trabalho para sobreviverem, elas se submetiam a tais condições e aos baixos salários.

Na fase de implantação do capitalismo, o gigantesco arsenal mecânico, destinado a eliminar trabalho humano, absorve imensas quantidades de força de trabalho: de homens, mulheres e crianças. O processo de acumulação do capital, nesta fase, não apenas elimina menos trabalho do que a máquina está apta a fazê-lo; elimina, por vezes, o trabalho do chefe da família não porque haja a nova sociedade subvertida a hierarquia familiar, mas porque a tradição de submissão da mulher a tornou um ser

fraco do ponto de vista das reivindicações sociais e, portanto, mais passível de exploração (SAFFIOTI, 1976, p.38).

A Revolução Industrial transformou o mundo nos aspectos econômico, político, cultural e social, o que causou efeito direto à vida da população, de forma global. A partir dessa revolução nasceram as fábricas, onde aconteceram as novas relações produtivas. Com essa nova tecnologia tem-se a inserção, de maneira significativa e definitiva das mulheres, no mundo das relações de produção.

Durante a I Guerra Mundial (1914-1918), o processo de inserção das mulheres no mercado de trabalho foi intensificado, vez que a ida dos homens para as frentes de batalha exigia das mulheres que assumissem os negócios da família e a posição deles no mercado de trabalho. Ao finalizar a Guerra, com a morte de muitos homens e a mutilação de outros tantos, essa inserção passou a ocorrer de forma, cada vez, mais intensa, como Probst (2003) evidencia.

De acordo com Bruschini (1994), a necessidade econômica aumentou com a diminuição do poder aquisitivo do chefe de família. Isso contribuiu para que as mulheres fossem em busca de trabalho remunerado com a finalidade de auxiliar no sustento da família, porém seus trabalhos não tinham valor e eram menosprezados pela sociedade:

As que ficavam viúvas, ou eram de uma elite empobrecida, tinha que se virar para se sustentar e aos filhos, faziam doces por encomendas, arranjo de flores, bordados e crivos, davam aulas de piano etc. Mas além de pouco valorizadas, essas atividades eram mal vistas pela sociedade (PROBST, 2003, p.1).

Essa realidade se repetiu durante a Segunda Guerra Mundial quando, mais uma vez as mulheres se ingressaram forçadamente no mercado de trabalho, sem escolha de atividades, inclusive, nas profissões que eram consideradas masculinas, como Barros (1995) afirma.

As mulheres começaram a conquistar espaços significativos no mundo do trabalho: abandonaram obstáculos, deixaram-nos, pois, para trás e abriram mão de suas funções de esposas, mães e donas de casa. Esse aumento da inserção das mulheres no cenário econômico não se explica, apenas, por ser a mulher uma fonte de renda complementar da família, mas, porque aconteceram grandes modificações sociais que abarcaram alterações nas expectativas de vida pessoal, nas relações familiares, na realização pessoal, na independência financeira, dentre outras. De acordo Gomes, Santana e Silva (2005), o que aconteceu no panorama mundial foi uma mudança social. Algumas explicações, que se devam dar, para a inserção e

para o aumento feminino no mercado de trabalho relacionam-se à emancipação da mulher, à independência financeira, ao desemprego e à necessidade de complementação da renda familiar. Além disso, o rebaixamento salarial pode ser considerado um dos motivos que levou o sistema capitalista a inserir, em grande escala, o trabalho feminino, o que lhe trouxe grandes êxitos e, assim, seu triunfo.

Não foram, apenas, as mulheres da classe subalterna que se ingressaram no mercado. As mulheres da classe média foram também em busca de trabalho perante a expectativa de consumo de novos produtos e pelo marketing feito ao redor delas. Diante dessa realidade, redefine-se um novo conceito de necessidade econômica que perpassa todas as classes sociais.

Na década de 1970 estabilizou-se a industrialização no Brasil, o que modernizou o parque produtivo e tornou-o mais urbano.

A expansão do mercado, a crescente urbanização e o acelerado ritmo da industrialização configuraram um momento de grande crescimento econômico, favorável à incorporação de novos trabalhadores, inclusive, os de sexo feminino (BRUSCHINI, 1994, p.65).

Desde o início do processo de emancipação feminina, as mulheres tiveram avanços ao assumirem novos papéis sociais, atividades produtivas com direitos profissionais, além disso, conquistaram espaços que eram apenas masculinos.

Sem sombra de dúvida, o impacto dos movimentos feministas e a presença, cada vez mais atuante, das mulheres, nos espaços públicos, contribuíram para as mudanças nos modelos de comportamento e nos valores relativos ao papel social da mulher. Um fato significativo foi a queda da fecundidade, que reduziu o número de filhos por mulher, especialmente nas cidades e nas regiões mais desenvolvidas, a qual deu maior liberdade para que as mulheres se inserissem no mercado de trabalho, como Bruschini (1994) enfatiza.

Outro fato marcante, que contribuiu para a entrada das mulheres no mercado de trabalho, foi a ampliação da escolaridade e o acesso às universidades.

As estatísticas demonstram as ampliações do grau de instrução e da formação profissional que induzem a maior possibilidade de obtenção e conservação do emprego, qualquer que seja o estado civil da mulher e qualquer que seja a situação econômica do país, pois, um dos fatores que contribuem para que a mulher seja vítima do desemprego, principalmente em época de crise econômica, em determinados setores, é sua formação profissional limitada, inadequada (BARROS, 1995, p.205).

Ao referir-se à participação e ao desenvolvimento, em especial, nas tomadas de grandes decisões, pode-se destacar e, de maneira crescente, como as mulheres passaram a participar de vários setores de atividades: técnico-científica, administrativas, artísticas, saúde e educação (áreas de inserção feminina), gerências, comércio, agricultura, dentre outros, como Bruschini (1999, p. 89) destaca.

A acomodação da força de trabalho feminino se revela de forma expressiva nos anos oitenta, em virtude do deslocamento de trabalhadoras da agropecuária para ocupações do terciário, entre os quais o comércio e as atividades administrativas foram aquelas nas quais mais cresceu a presença feminina.

A autora destaca que esse grupo representativo de mulheres no mercado de trabalho é alimentado por dois mecanismos convergentes, os quais se definem pelos processos socializadores, motivados pela família, escola e mídia, que limitam e classificam as atividades próprias para cada gênero: masculino e feminino. Outro detalhe a ser observado é a conciliação feita pelas mulheres em relação à função doméstica, o que coloca em evidência a dupla função.

É forçoso reconhecer, no entanto, que a família é provocada, também, por profundas transformações nos valores em relação ao papel das mulheres na sociedade ao lado de maior acesso à escolaridade, menor número de filhos, mudanças nas relações familiares e diversificação das pautas de consumo (BRUSCHINI, 1999, p.76).

As consequências dessas responsabilidades e as exigências tornam-se muito complexas na vida cotidiana das mulheres contemporâneas. Ainda que elas tenham triplicado esforços para garantirem espaço no mercado, não conseguem se desligar de suas obrigações domésticas, que lhes foram impostas pela sociedade.

Para Corrêa (2004), a dupla jornada de trabalho é um dos motivos, pelo qual, as mulheres ainda não alcançaram conquistas equivalentes às alcançadas pelos homens no mercado de trabalho, já que elas continuam responsáveis pelas atividades do lar, um aspecto que atribui à maioria dos casos de doenças profissionais femininas.

Sabe-se que a atuação das mulheres no mundo do trabalho revela que elas aumentam, continuamente, sua participação nos mais variados cargos e funções, mas, apesar disso, ainda são as principais responsáveis pelas atividades do lar e pelo cuidado dos filhos. Essa realidade se complica mais com o aumento da demanda por qualificação, o que estabelece que as mulheres cumpram, muitas vezes, tripla jornada de trabalho: profissional, familiar e educacional.

2.2.2 As desigualdades de gênero no mundo do trabalho – a realidade brasileira

O movimento feminista mostra, em suas inúmeras lutas, que o trabalho não é uma atividade apenas masculina, já que as mulheres sempre trabalharam, notadamente, aquelas oriundas das classes trabalhadoras. No entanto, sabe-se que há uma divisão sexual do trabalho, ou melhor, há tarefas que são consideradas masculinas e outras femininas, o que dividem, dessa forma, as ações de homens e mulheres, conforme Camurça e Gouveia, (2004).

Para Abramo (2004), as desigualdades de gênero é um alimentador de mitos: um deles é que o trabalho feminino é mais caro para as empresas em virtude das políticas de proteção à maternidade, porém a autora mostra, em sua pesquisa realizada em 2001 e 2002, que as despesas diretas como: salário maternidade, acompanhamento médico durante a gravidez e o parto, estabilidade no emprego, horário para amamentação e licença em circunstância de doença da criança, não ultrapassam 1,2% da remuneração bruta mensal da trabalhadora. Essa pesquisa demonstra que os argumentos-sobre a desvantagem na contratação, ou a diferença salarial para homens e para mulheres, não se justificam.

No mercado de trabalho o preço da mão-de-obra sempre varia em razão do sexo do trabalhador. A observação cotidiana demonstra que são as mulheres quem recebem os salários mais baixos, como se constata ao se analisarem os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE) sobre a renda feminina no Brasil. De acordo com este instituto, a rentabilidade das mulheres continua inferior a dos homens. Em 2011, elas recebiam, em média, 72,3% do salário masculino, proporção que se mantém inalterada desde 2009.

Para justificar essa diferença salarial, Camurça e Gouveia (2004) ressaltam que, quando as mulheres realizam outros tipos de trabalhos, que não seja o doméstico, o salário é visto, muitas vezes, apenas como uma ajuda. Nesse caso, o trabalho importante e o salário fundamental vêm sempre do homem. Essa idéia não reflete a realidade, mas convém como justificativa para as diferenças salariais entre homens e mulheres.

Outra hipótese, para explicar as desigualdades de salários entre homens e mulheres, é a diferença dos atributos produtivos, como por exemplo, diferença de escolaridade ou experiência. O episódio de as mulheres, com idênticos atributos

produtivos, receberem remunerações diferentes do que os homens, no mercado de trabalho, é algo que se verifica em vários países. No caso do Brasil, essa desigualdade é, historicamente, bastante elevada, como Cavalieri e Fernandes (1998) mostram. Essas desigualdades salariais, no mercado de trabalho, podem ser explicadas, conforme Ramos e Vieira (2001) apontam, por meio de vários motivos, dentre os quais se destacam a educação e a experiência profissional.

Outro dado importante, revelado pelo IBGE, foi em relação aos setores que mais empregam mulheres. Segundo o Censo de 2010, a maioria das mulheres empregadas estava no setor de administração pública (22,6% contra 10,5% de homens). As atividades, que mais absorveram mão de obra feminina em relação a 2003, foram o comércio (38,2% para 42,6%) e os serviços prestados às empresas (37,3% para 42,0%). O trabalho doméstico, ainda que a população empregada esteja diminuindo (7,6%, em 2003, para 6,9%, em 2011), sobressai, neste setor, a mão de obra feminina (94,8%); a porcentagem é igual ao que foi registrado em 2003 (IBGE, 2011).

Os dados do IBGE revelam que 22,6% das mulheres empregadas estavam na área de administração pública, o que mostra que havia um grau maior de instrução das mulheres em ocupar esses cargos. De acordo com Bruschini e Puppini, (citados por NEVES, 2008, p. 38):

A ampliação da escolaridade é um dos fatores de maior impacto sobre o ingresso das mulheres no mercado de trabalho. Nas taxas mais elevadas de atividades estão as mais instruídas. Em 1998, a taxa feminina de atividade era de 47,5%, entre as mais instruídas (15 anos de estudo ou mais) era superior a 81%. Ainda assim, continuam a marcar presença em tradicionais “guetos” femininos de trabalho.

Percebe-se que, quanto mais as mulheres se profissionalizam e aumentam seu grau de escolaridade, mais elas se inserem em trabalhos melhores e mais valorizados.

Neves (2008) enfatiza que, em relação ao percentual de mão de obra feminina, em trabalhos domésticos, esse setor tem diminuído nos últimos anos, porém tem maior índice de mão de obra feminina. Isto se deve ao trabalho doméstico, que absorve mulheres com baixo nível de escolaridade e sem experiência profissional no mercado de trabalho brasileiro. Como Melo (citado por Neves, 2008, p. 36) afirma:

É um bolsão de ocupação para mão-de-obra feminina no Brasil, porque constitui culturalmente o lugar da mulher e a execução dessas tarefas não

exige nenhuma qualificação. Essa atividade, por isso, é o refúgio dos trabalhadores com baixa escolaridade e sem treinamento na sociedade.

De acordo com a OIT (2005), a participação das mulheres no mundo de trabalho cresce cada vez mais, porém, em proporções menores do que a participação dos homens. Isto se deve às restrições, que são atribuídas às mulheres pelas responsabilidades reprodutivas, as quais continuam a lhes serem impostas e pelas barreiras socioculturais que enfrentam no mundo do trabalho. O crescimento da inserção das mulheres no mundo do trabalho demonstra o progresso alcançado por elas e a remuneração denota um aumento de autonomia pessoal, de seu bem-estar e de seus familiares (OIT, 2005). Bruschini (citada por Neves, 2008) complementa que as mudanças, nos modelos culturais e nos valores referentes à função social da mulher, exercitadas, sobretudo, pelos movimentos feministas, transformaram a constituição da identidade feminina cada vez mais direcionada ao trabalho produtivo.

2.3 A precariedade da formação profissional

Existem poucos estudos, no Brasil, que mostram mudanças relacionadas às condições socioeconômicas das pessoas, que vivem com HIV/AIDS, todavia o grau de escolaridade e a ocupação têm sido usados como indicadores do nível socioeconômico dos indivíduos soropositivos e o impacto desses na área da saúde.

A escolaridade revela um número mais estável ao longo da vida do ser humano por sofrer poucas interferências em função de mudanças conjunturais vivenciadas pelas populações e grupos ou eventuais conseqüências advindas do próprio processo de adoecimento (FONSECA *et.al*, 2003. p. 679).

No que se refere à escolaridade e à soropositividade, Fonseca *et. al.* (2003), baseados em dados informados ao Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAM), constatam que, no período de 1989 a 1997, as mulheres soropositivas apresentavam índices de escolaridade maiores do que os dos homens. Os dados também mostraram que a epidemia do vírus HIV/AIDS, no Brasil, iniciou-se nas classes sociais de maior nível socioeconômico, expresso pelo grau de escolaridade e ampliou-se para os grupos sociais com menor nível socioeconômico.

Os autores Fonseca *et. al.* apresentam, ainda, evidências favoráveis à pauperização da AIDS no Brasil em razão de a população mais pobre se tornar mais

vulnerável aos agentes patológicos, por razões biológicas (baixa imunidade) e por razões sociais (impossibilidade de verem suas demandas atendidas, por residirem em lugares com infraestrutura precária e outras), que se manifestam de forma simultânea. Essas evidências foram baseadas em estudos sobre a distribuição social da AIDS, os quais levaram em consideração a inserção no mercado de trabalho, a ocupação e o *status* socioeconômico das pessoas soropositivas.

Santos *et. al.* (2002) observam que, com o passar dos anos, diferentemente dos homens, os índices revelaram que houve diminuição do nível de escolaridade das mulheres soropositivas, mas, conservou-se um índice de casos, entre as mulheres universitárias, mais ou menos invariável ao longo dos anos. Percebe-se que o acesso limitado à educação impede às mulheres o acesso a mensagens educativas. Quando se tem um maior nível educacional, este estimula a demanda por conhecimentos específicos sobre a doença e facilita o entendimento dos riscos de contágio quando as informações são providas por meio da mídia, parentes ou outras pessoas.

Para Cassano, Frias e Valente (2000), o grande número de casos, apresentados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com dados pouco especificados sobre a ocupação da pessoa, como por exemplo, se bancário, autônomo, funcionário público, ou militar, dificulta a classificação na categoria ocupacional de forma correta na conversão para a Classificação de Ocupações do IBGE. Isso dificulta, também, fazer as análises a respeito do status socioeconômico da população atingida pelo vírus HIV/AIDS no Brasil.

Segundo o relatório da OIT (2001), o trabalho desempenhado pelas mulheres – remunerado, ou não – é mais facilmente interrompido quando vivem com o vírus HIV/AIDS. As mulheres são mais vulneráveis, quando se tem em vista que elas dominam o setor informal na área em que os empregos não são amparados pelo seguro social, ou por outros benefícios de saúde ocupacional. Diante disso, percebe-se que as medidas de prevenção ao vírus HIV/AIDS e de apoio às pessoas soropositivas, nos locais de trabalho, têm se revelado insatisfatórias para as mulheres, já que se exige um padrão de equidade de gênero que deve demorar a ser efetivado no Brasil.

São as mulheres que mais sentem o peso da epidemia do vírus HIV/AIDS porque são socialmente prejudicadas (por conta das desigualdades jurídica, econômica e social) e correm mais risco de o contraírem. Sabe-se que, no

mundo inteiro, as mulheres passam por discriminação no mercado de trabalho, recebem salários inferiores aos dos homens e, muitas vezes, não têm qualquer garantia ou benefício. As mulheres precisam de instrução, porém, muitas vezes, são retiradas da escola quando um membro da família fica doente. Com o passar dos anos, as oportunidades de emprego ficam mais limitadas, o que contribui para que haja maior precarização das condições socioeconômicas.

2.3.1 O preconceito como fator de limitação ao trabalho

A AIDS teve, desde sua aparição, até os dias atuais, uma marca forte e persistente de estigma e discriminação. Mann (1993) distingue três momentos diferentes da epidemia em qualquer comunidade. Momentos que ele identifica como três epidemias diferentes. Um primeiro momento – epidemia de HIV – em que entra, em todas as comunidades, de forma silenciosa e sem ser notada; um segundo momento – epidemia da AIDS - quando realmente é percebida; um terceiro momento, também chamado de terceira epidemia – epidemia do estigma, discriminação e negação coletiva – que se torna o momento mais explosivo e extremamente atual.

Para Parker e Aggleton (2001), estigmatização e discriminação são construções sociais que só podem ser entendidas em relação às noções mais amplas de poder e dominação. Estes autores defendem que o estigma tem um papel central na produção e reprodução das relações de poder e controle social, conseqüentemente, alguns grupos são desvalorizados e outros se sentem superiores. Fala-se, em síntese, de desigualdades sociais. Assim, para se compreenderem as questões relacionadas à estigmatização e à discriminação em relação ao vírus HIV/AIDS, ou a qualquer outra situação, é necessário pensar, de forma ampla, sobre o motivo de alguns indivíduos se tornarem socialmente excluídos.

Soares (2002) indica que nem toda forma de discriminação e preconceito é igual. Em relação às pessoas soropositivas, o preconceito e a discriminação se constituem como um obstáculo no combate à epidemia, o que inviabiliza um tratamento adequado, a assistência, a busca pelo diagnóstico correto e a busca por emprego. Dentre as causas, que colaboram para a existência do estigma, está a falta de conhecimento sobre a doença.

A população, em geral, com insegurança ante o vírus HIV/AIDS, estimulou e apoiou medidas coercitivas e restritivas, que, provavelmente, não sejam toleradas em outras áreas. As pesquisas, que buscam a opinião pública, revelam, muitas vezes, que há um apoio relativamente forte à discriminação contra as pessoas infectadas pelo vírus HIV/AIDS, embora a visão, largamente difundida, de que a AIDS é uma doença atribuída ao comportamento do indivíduo, reforce, ainda mais, atitudes discriminatórias. O medo da exposição pública é outro motivo de escassez de informações. Muitas pessoas vítimas da epidemia têm medo da estigmatização ao buscarem ajuda. Diante dessa realidade, o silêncio permite a continuidade incontestada das violações dos direitos humanos, como Mann, Tarantola e Netter (1993) pontuam.

No Brasil a OIT apoia ações de prevenção, assistência e combate à discriminação, ligadas ao vírus HIV/AIDS, em especial, para a aplicação do Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho, o qual foi lançado na Seção Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNGASS-AIDS), realizada em Nova York, em junho de 2001.

O referido Repertório, de acordo com Pimenta *et. al.* (2002), institui as diretrizes para o enfrentamento da epidemia no mundo do trabalho, promove a não-discriminação, a estabilidade de emprego, ambiente de emprego saudável, sigilo à condição sorológica, prevenção, assistência, apoio e reconhecimento da epidemia como questão relacionada ao local de trabalho.

A OIT, juntamente com a OMS, sugere que as empresas organizem programas de prevenção e orientações sobre o vírus HIV/AIDS nos espaços de trabalho, com a finalidade de evitar o surgimento da epidemia, porém, na realidade, as empresas não querem investir em políticas relacionadas à AIDS.

A partir de agosto de 1988, o Brasil instituiu, em seu território nacional, a Campanha Interna de Prevenção da AIDS (CIPAS), por meio da Portaria Interministerial n. 195. Esta campanha é realizada de forma permanente dentro das empresas públicas e privadas sob a supervisão do MT e do MS. A campanha tem como objetivo divulgar e estimular o conhecimento sobre o vírus HIV/AIDS, nos locais de trabalho, para que sejam adotadas medidas preventivas contra essa epidemia, conforme Sampaio (1998) afirma.

De acordo com Parker e Júnior (2000), a epidemia do vírus HIV/AIDS não é mais um assunto isolado ou restrito a uma classe social. Atualmente a população infectada pelo vírus HIV aumenta a cada ano, sem distinções de classe social. O problema da AIDS traz questões polêmicas e difíceis de serem discutidas, que são relacionadas ao sexo, à drogadição, ao risco e à morte. A pessoa soropositiva enfrenta dificuldades que definem uma nova maneira de lidar com o mundo e as pessoas ao seu redor. Toda essa exclusão e barreiras vivenciadas fora do mercado de trabalho dificultam-lhe o retorno ao ambiente de trabalho.

Ainda que, no Brasil, não existam leis direcionadas, especificamente, ao vírus HIV/AIDS nas relações de trabalho, Souza (2001) relaciona alguns dos recursos legais, que podem ser utilizados pelo trabalhador infectado com objetivo de garantir seus direitos:

A Lei nº 7670, de 08 de setembro que em seu art. 1º estendeu aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – HIV/AIDS os benefícios seguintes: I – a concessão de: a) licença para tratamento de saúde prevista nos artigos 104 e 105 da Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952; b) aposentadoria, nos termos do artigo 178, inciso I, alínea b, da Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952; c) reforma militar, na forma do disposto no artigo 108, inciso V, da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980; d) pensão especial nos termos do artigo 1º da Lei nº 3.738, de 4 de abril de 1960; e) auxílio-doença ou aposentadoria, independentemente do período de carência, para o segurado que, após filiação à Previdência Social, vier a manifestá-la, bem como a pensão por morte aos seus dependentes; II – levantamento dos valores correspondentes ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, (SOUZA 2001, p 201).

Muitos dos indivíduos soropositivos não são segurados pela Previdência Social e não possuem condições de saúde adequadas para trabalhar. A eles está assegurado o Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, todavia a incapacidade para o trabalho é avaliada pela Previdência Social por meio da perícia médica, que possui critérios específicos para autorizar o benefício.

Para Souza (2001), ainda que o direito ao trabalho seja assegurado por lei, isso não impede que trabalhador sofra preconceito e seja discriminado, o que, em muitos casos, não é possível de ser comprovado. É relevante –destacar que a sorologia positiva, por si só, não significa limitação para o trabalho, sobretudo porque o vírus não se transmite por contato social. A utilização de antirretrovirais, nas últimas décadas, tem possibilitado uma melhor qualidade de vida aos indivíduos

soropositivos e lhes proporcionado, também, o aumento do tempo de sobrevivência. Percebe-se, diante do exposto, que a pessoa, que vive com o vírus HIV, pode ter uma vida normal com seus familiares, amigos e companheiros de trabalho. O convívio social é importante para ela enfrentar a doença e afastar o estigma e o preconceito inerentes à AIDS.

O medo do julgamento e da discriminação desencoraja homens e mulheres a buscarem o emprego formal e isto gera alterações em sua qualidade de vida em todas as dimensões. Ao se considerar que o conceito do vírus HIV/AIDS foi construído diante de conceitos de perversidade e de misérias humanas, como as questões sobre o homossexualismo masculino, a promiscuidade feminina e o uso de drogas, as mulheres temem, ainda mais que os homens, de serem associadas a esses estigmas. Têm dificuldades de buscar vagas no mercado de trabalho, o que dificulta sua inserção, conforme Carvalho e Galvão (2008) afirmam.

Percebe-se que há uma grande massa de desempregados nos dias atuais, o que favorece a exploração e a terceirização da mão de obra, a diminuição dos salários, as subcontratações e a desregulamentação dos direitos trabalhistas de forma mais acentuada, como indica Antunes, (1999).

Evidentemente essa realidade, aqui apresentada, não se limita às pessoas, que vivem com HIV/AIDS, mas, aos trabalhadores, de forma geral, que, cada vez mais, são explorados pelo sistema capitalista. Não se pode deixar de refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores e trabalhadoras soropositivos, que, além dos entraves para ingressarem e manterem-se no mercado de trabalho, muitas vezes se deparam com situações de exclusão, isolamento, rejeição e preconceito por causa da sua situação sorológica.

O Estado, como empregador, durante a realização de concursos públicos já exigiu a apresentação do teste de HIV para a contratação de trabalhadores, “deixando de admitir aqueles que apresentassem sorologia positiva ou que se recusassem a submeter-se ao teste” (SOUZA, 2001, p. 202). Essa situação só foi resolvida por meio da Portaria Interministerial, de agosto de 1992, que coibiu, no setor do serviço público federal, a exigência de exames do vírus HIV nos exames de saúde pré-admissionais e periódicos.

Grangeiro (2003), ao analisar pessoas que vivem com HIV/AIDS, constatou que a taxa de desemprego é 50% maior na população soropositiva do que na população em geral. O percentual alto de desemprego entre os

soropositivos relaciona-se à estigmatização que o vírus HIV/AIDS provoca como a discriminação e o preconceito.

Apesar de ter transcorrido mais de 30 anos após a descoberta da epidemia, constata-se que há uma série de preconceitos e estigmas que cercam as pessoas soropositivas, especialmente, em relação ao trabalho. Sabe-se que tal preconceito afeta muito a auto-estima das pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS. Ainda que existam avanços nas políticas públicas de prevenção e assistência aos soropositivos, o enfrentamento da AIDS, no Brasil, tem que vencer o grande desafio: o preconceito.

CAPÍTULO III

MULHERES SOROPOSITIVAS E A INSERÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO

O presente capítulo relata a pesquisa de campo desenvolvida com mulheres chefes de famílias devidamente cadastradas no Grupo AAVE (Associação Grupo: Aids, Apoio, Vida, Esperança) no município de Goiânia. Para a realização da pesquisa, partiu-se do princípio de que a pesquisa deve ser vista como um processo social de diálogo com a realidade. Conforme Demo (1991), o diálogo do investigador com os grupos e sociedade investigados torna-se mais relevante, uma vez que não é apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho, mas também os seres humanos, os grupos e a sociedade.

Nesta pesquisa o instrumento de coleta de dados foi a entrevista, orientada por um roteiro semiestruturado, composto de perguntas abertas de modo a se compreender de que forma a soropositividade (HIV/AIDS), associada às condições de gênero e de classe social interferem na inserção de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, repercutem na qualidade de vida das famílias chefiadas por mulheres atendidas no Grupo AAVE. Estão cadastradas no Grupo AAVE 358 famílias, destas 109 famílias são chefiadas por mulheres. Foram selecionadas para entrevista vinte mulheres, as quais representam 18,3% das famílias chefiadas por mulheres. A amostra foi escolhida por meio de sorteio. Foram entrevistadas todas as mulheres sorteadas que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A entrevista abrange os seguintes itens: perfil socioeconômico das entrevistadas, aspectos relacionados ao trabalho e à sorologia positiva, aspectos socioeconômicos e familiares e a relação sorologia positiva, problemas enfrentados, a presença institucional e as condições da mulher soropositiva. Os dados da pesquisa foram trabalhados através de tabelas e gráficos. Através da pesquisa foi possível evidenciar alguns aspectos relativos à temática nas perspectivas socioeconômica, política e cultural, permitindo, uma compreensão aprofundada sobre elementos relacionados à epidemia do HIV/AIDS no mundo do trabalho.

A fim de preservar a identidade, tanto das entrevistadas como das pessoas por elas citadas, todos os nomes mencionados são fictícios.

A literatura tem demonstrado que as mulheres, ainda no século XXI, não vivenciam as mesmas condições de trabalho que os homens. Ao estarem associadas à sorologia positiva, essas condições são agravadas, não só pela discriminação de gênero, mas também pelo moralismo e o estigma que envolve a doença. Esses fatores têm dificultado a inserção e a permanência dessas mulheres no mercado de trabalho.

Considera-se, dessa forma, de extrema relevância o papel do Estado na formulação de políticas públicas voltadas à capacitação e a inserção das mulheres portadoras do HIV/AIDS no mercado de trabalho, o que pode significar não só a elevação de sua autoestima, como também a promoção de condições dignas de vida.

3.1 Características gerais da Instituição

A Associação Grupo AIDS: Apoio, Vida, Esperança, também conhecida Grupo AAVE, foi fundada por Divina de Fátima Nogueira Dias e Irmã Margaret Hosty, em 1995 e constituída legalmente e registrada em cartório em 01 de junho de 2000, sob o nº 176.164. (Estatuto atualizado em novembro de 2003). É de utilidade pública estadual desde 2005, pela lei 15.132, de 23 de março de 2005, e utilidade municipal pela lei 8.570 de 08 de novembro de 2007.

O Grupo AAVE surge com o objetivo de apoiar as pessoas que estão vivendo com HIV/AIDS, principalmente por meio do fornecimento de informação/educação sobre a prevenção do HIV/Aids na comunidade e da promoção de atividades como: artesanato, espiritualidade, culinária, informática, apoio psicológico, alfabetização de adultos, coleta seletiva, teatro, visitas domiciliares e hospitalares e apoio jurídico. A finalidade dessas atividades é garantir os direitos dos portadores de HIV/Aids, oferecer apoio humano, moral e espiritual, facilitar a inserção no mercado de trabalho e contribuir para a auto sustentabilidade.

O Grupo AAVE é uma organização não-governamental, apoiada pela Arquidiocese de Goiânia e parceira da Pastoral da Aids, a qual está diretamente ligada aos serviços da Igreja católica. A Pastoral da AIDS foi estruturada na Arquidiocese de Goiânia, em novembro de 2004, quando os membros do Grupo Aids: Apoio, Vida, Esperança (AAVE) realizaram um trabalho de educação e prevenção para o Dia Mundial de Luta Contra a Aids.

O Grupo conta com uma diretoria composta pelo presidente, vice-presidente, secretário e tesoureiro e um conselho fiscal composto por dois membros, conforme demonstra seu estatuto. Algumas decisões são tomadas em conjunto por esta diretoria e outras decisões, em reuniões ordinárias mensais ou extraordinárias conforme necessidade com toda equipe. O planejamento, as avaliações e a tomada de decisões necessárias para o bom andamento do trabalho são realizados em conjunto. A equipe, entre pessoas remuneradas e voluntárias, é composta por duas assistentes sociais, um secretário, duas pedagogas, uma bacharel em Direito, um advogado, um motorista, uma professora de informática e uma assistente administrativo. Há, ainda, uma equipe de visitantes composta por dez membros, os quais realizam visitas domiciliares e hospitalares.

Em relação aos recursos financeiros, o Grupo AAVE conta com apoio de algumas paróquias na Arquidiocese de Goiânia e de colaboradores no Brasil, nos Estados Unidos e na Irlanda. Também estabelece convênios com o governo do Estado de Goiás e o governo federal.

O Grupo atende a região da Grande Goiânia e os seguintes municípios: Aparecida de Goiânia, Bela Vista de Goiás, Senador Canedo, Goianira, Campestre e Trindade. Tendo em vista, que há usuários dessas respectivas regiões cadastrados e acompanhados pela instituição.

O Grupo AAVE oferece uma variedade de serviços, cursos e atividades, os quais têm possibilitado uma melhor qualidade de vida aos soropositivos e seus familiares que frequentam o grupo. O “Projeto Coleta Seletiva e Auto Sustentabilidade”, por exemplo, beneficia os usuários que se encontram em situação de risco social, baixo nível de escolaridade, em estado de pobreza, vítimas do preconceito. Esse projeto oferece uma oportunidade de trabalho ao portador possibilitando uma renda que contribuirá para sua auto-sustentabilidade. O projeto não requer um alto nível de escolaridade, nem equipamentos sofisticados.

O Curso de Culinária proporciona aos usuários informações e técnicas sobre a compra e preparo de alimentos, as formas de alimentar-se adequadamente, evitando desperdícios, envolvendo a higiene alimentar, bem como a higiene pessoal de cada portador.

O Programa Educação e Prevenção tem por objetivo evitar novos contágios pelo vírus HIV e despertar uma consciência crítica que faça surgir atitudes e práticas benéficas à prevenção do vírus na sociedade de forma geral.

O Grupo AAVE, oferece, ainda, curso de artesanato como terapia ocupacional, o que tem favorecido a integração entre os participantes, despertando habilidade, coordenação motora e principalmente à criatividade. Com o objetivo de proporcionar aos usuários uma melhor qualificação para o trabalho a instituição oferece também um curso profissionalizante de informática.

Atendimentos individuais são também oferecidos aos usuários como: as visitas hospitalares e domiciliares, que visam oferecer apoio humano, moral, espiritual e social às pessoas vivendo com HIV/AIDS, no momento em que necessitam; os atendimentos psicológicos individuais, os quais visam proporcionar uma melhor qualidade de vida ao usuário no que tange à saúde mental, enfocando-se, sobretudo, os transtornos decorrentes da sua condição de soropositivo; os atendimentos jurídicos, por meio dos quais realizam-se aconselhamentos e acompanhamentos principalmente relacionados às áreas da seguridade social, trabalho e emprego: os atendimentos sociais, os quais oferecem aos usuários apoio em relação às demandas sociais, com o intuito de garantir os direitos da pessoa soropositiva.

Existem, ainda, os momentos de espiritualidade que visam apoiar o ser humano em sua integridade. Os encontros incluem troca de experiências, meditação, reflexão, uso da imaginação dentre outros.

3.2 A relação das mulheres do Grupo AAVE com o trabalho – os limites impostos pela classe social e a condição de sorologia positiva

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde BRASIL, (2012), hoje se vive num contexto de epidemia do HIV e AIDS. Esta realidade é desafiadora, pois a infecção ganha um rosto feminino atingindo mulheres de todas as classes sociais, principalmente com a idade entre 14 a 35 anos. O impacto do vírus HIV e da AIDS é maior nas mulheres.

Os estereótipos relacionados com o HIV e com a AIDS têm reforçado a ideia de que as mulheres são culpadas pelo avanço da epidemia, como também as cargas sociológicas e sociais são mais pesadas para as mulheres que para os homens. Uma das queixas entre as mulheres infectadas que estão cadastradas no Grupo AAVE é a questão trabalhista. As mulheres culturalmente já são discriminadas no mercado de trabalho por serem mulheres, perante essa situação de sorologia positiva são, ainda, mais discriminadas e excluídas.

Diante dessa realidade, o presente estudo investigou a dificuldade relacionada ao HIV/AIDS em mulheres chefes de família inscrita no Grupo AAVE e a inserção no mundo do trabalho.

Contudo, a pesquisa revela que as famílias chefiadas por mulheres são bastante heterogêneas e apresentam as mais diversas configurações.

De acordo com Silva e Torres (2011), as famílias chefiadas por mulheres atualmente apresentam novas configurações,

Mulheres solteiras, separadas ou viúvas com filhos e tendo ou não parentes e/ou agregados em casa; mulheres solteiras, separadas ou viúvas, sem filhos com presença ou não de parentes e/ou agregados; mulheres solteiras, separadas ou viúvas morando sozinhas; e, ainda, mulheres casadas chefiando a família mesmo tendo um marido ou companheiro em casa, com ou sem filhos (IPEA, citado por SILVA E TORRES 2011 p. 42).

Mendes (2002) em sua pesquisa vem confirmar essa nova configuração de chefia domiciliar feminina. Para o autor há três tipos: a família que não tem a presença masculina, sem necessariamente acontecer à sustentação feminina; a família sem a presença masculina, porém a manutenção da família é por conta da mulher e há também a família em que a manutenção é realizada pela mulher com a presença masculina no domicílio.

Com intuito de explicar essa administração domiciliar, ou seja, a quem é atribuído esse “cargo”, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) citado por Silva e Torres (2011), nos informa que, “o reconhecimento como chefe da família pode ser dado a quem assume a responsabilidade com os cuidados da casa e com os filhos ou, ainda, a quem responde mais fortemente pela manutenção econômica do lar” (p. 42).

No entanto a problemática que envolve as mulheres como chefes de famílias e suas relações familiares são extensas. Desta forma, de acordo com os estudos de Brito, citado por Silva e Torres (2011) constata-se que diante dos problemas financeiros, as mulheres que estão chefiando as famílias, necessitam sair de casa para se inserir no mercado de trabalho, reduzindo dessa forma o tempo com os filhos. Confirmando tais estudos, o IPEA, citado por Silva e Torres (2011) afirma que, “a maior parte das famílias chefiadas por mulheres é de mães com seus filhos; o que representa mais uma sobrecarga – no sentido de necessidade de recursos e de tempo – num cenário de, supostamente, mais escassez” (2011, p.42).

Todavia essas mulheres, além de assumir a responsabilidade financeira da família, ainda tem que cuidar dos trabalhos domésticos, da educação dos filhos auxiliando nas tarefas escolares, segundo Silva e Torres (2011).

A tradicional responsabilização das mulheres pelos afazeres domésticos não somente parece permanecer intocada ao longo dos anos, como também não sofre influência da posição ocupada pela mulher na família. Apesar de haver algumas diferenças, mulheres na posição de chefe e na posição de cônjuge respondem por grande parte do trabalho não-remunerado, essencial para a reprodução das famílias (IPEA, citado por SILVA E TORRES (2011, p. 48).

Assim sendo, considera-se chefe de família a quem exerce o cuidado com a família de forma geral e não somente financeiro, pois as mulheres além de seres responsáveis pelas finanças continuam com seus papéis de donas de casas, mães e esposas. Essa é a realidade das mulheres chefes de famílias pesquisadas.

3.2.1 Perfil socioeconômico e familiar das entrevistadas

As mulheres entrevistadas na pesquisa são adultas, portanto, em plena fase produtiva, sendo que um quarto delas possuía menos de 32 anos. A maioria (60,0%) estava na faixa etária compreendida entre 33 e 54 anos. Apenas 15% tinham mais de 55 anos (Tabela 1).

Tabela 1
Idade das mulheres chefes de famílias inscrita no Grupo AAVE

Idade das mulheres	Nº	%
De 22 a 32 anos	5	25,0
De 33 a 43 anos	6	30,0
De 44 a 54 anos	6	30,0
55 anos ou mais	3	15,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Em relação à raça/etnia percebe-se uma prevalência de mulheres afrodescendentes, o que não contraria as pesquisas que demonstram que está em condições de maior precariedade na sociedade esse segmento da população. 75% se enquadram nessa raça/etnia e apenas 20% são brancas e 5% são indígenas. (Tabela 2). Esses dados vêm demonstrar que a população afrodescendente, especialmente as mulheres negras, são mais vulneráveis ao HIV/AIDS, devido à sua própria condição de classe social para a qual não estão asseguradas moradias dignas, equipamentos sociais, saneamento básico, empregos e perspectivas de

crescimento tanto pessoal quanto socioeconômico. Toda essa realidade está ligada à histórica subalternidade reservada aos afrodescendentes, aos quais foi sempre negado o acesso aos bens sociais.

Tabela 2
Raça/etnia das mulheres chefes de famílias inscrita no Grupo AAVE

Raça/etnia	Nº	%
Negra	5	25,0
Morena	5	25,0
Parda	5	25,0
Branca	4	20,0
Indígena	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Embora tenha muitas entidades e pessoas engajadas e comprometidas com esta luta, três décadas após a notificação dos primeiros casos de AIDS no Brasil, e apesar de todos os esforços no campo das políticas públicas, o que vivencia-se atualmente é o crescimento da epidemia nas populações mais pobres e, dentre elas, são as mulheres as mais atingidas, como afirma Chequer (2011). A pesquisa vem constatar essa realidade dentre as mulheres entrevistadas, pois 40,0% vivem com a renda familiar de até um salário mínimo, 35,0% de até dois salários mínimos e 20,0% de dois até três salários mínimos, conforme demonstra a Tabela 03. Os dados revelam a condição socioeconômica precária em que vivem as famílias das mulheres entrevistadas.

Diante da exclusão social, um dos grandes determinantes da miséria e da pobreza, não basta investir na implantação de postos de saúde e hospitais. Oferecer assistência, tratamento, educação e prevenção é de fato importante, mas tais ações devem estar embasadas num projeto maior, que vise a diminuição da pobreza e melhoria das condições de vida da população, conforme ressalta Brito (2003).

Tabela 03
Renda familiar das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Renda	Nº	%
Até 1 salário mínimo	8	40,0
Mais de 1 até 2 salários mínimos	7	35,0
Mais de 2 até 3 salários mínimos	4	20,0
Acima de 3 salários mínimos	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Sabe-se que as pessoas que têm alguma incapacidade para trabalhar, tanto permanente quanto por tempo determinado, inclusive em razão de doença, são amparadas por lei para o recebimento de benefícios, sejam eles assistenciais ou previdenciários. Todavia, muitos dos soropositivos não são segurados pela Previdência Social, e não possuem condições de saúde adequadas para trabalhar. A eles está assegurado o Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993.

Entretanto, a incapacidade para o trabalho é avaliada pela Previdência Social por meio da perícia médica, que possui critérios específicos para autorizar o benefício e nem sempre os soropositivos conseguem essa autorização, como pode ser verificado por meio dos seguintes dados: 35,0% das mulheres entrevistadas responderam que são beneficiadas de programas de transferência de renda do governo, contudo, 65,0%, responderam que não. A pesquisa vem a firmar a falta de Políticas públicas que assegurem os direitos dos soropositivos de forma geral e das mulheres soropositivas chefes de famílias, em particular.

Tabela 04
Mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE beneficiadas com programas governamental de transferência de renda

Recebem benefício	Nº	%
Sim	7	35,0
Não	13	65,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Dentre os programas de transferência de renda nos quais as famílias estão inscritas, constatou-se que 57,1% são beneficiadas com o Programa Bolsa família, 42,8% recebem o Benefício de Prestação Continuada – BPC e 14,2% são beneficiárias do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI (neste caso, os filhos) e o mesmo percentual o Programa Renda Cidadã.

Tabela 05
Tipos de Programas que beneficiam as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Tipos de Programas	Nº	%
Benefício de Prestação Continuada	3	42,8
Bolsa Família	4	57,1
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil	1	14,2
Renda Cidadã	1	14,2

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Dentre aquelas famílias que recebem benefício (35,0%), os valores, em sua maioria (57,1%), estão abaixo de meio salário mínimo. Em apenas 28,5% delas ele supera um salário mínimo (Tabela 06). Constata-se, dessa forma, que essas famílias estão vivendo dentro do nível de pobreza relativamente alto.

Tabela 06
Valores dos benefícios recebidos pelas mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Valor do benefício	Nº	%
Menos de 1/2 salário mínimo	4	57,1
De 1/2 a 1 salário mínimo	1	14,2
Mais de 1 salário mínimo	2	28,5
Total	7	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Em relação à moradia, 70,0% das famílias residem em casa própria (Tabela 07), ainda que muitas vezes apresentem condições precárias, o que é constatado por meio de visitas a elas realizadas pela equipe do Grupo AAVE. As demais residem em casa cedida (15,0%), alugada (10,0%) ou em área de posse (5,0%). O fato de não terem casa própria se torna um grave problema para as mulheres chefes de famílias, principalmente para aquelas que possuem renda familiar muito baixa, pois além do custo com alimentação e outras despesas, têm que pagar aluguel mensalmente, o que as obriga a se mudarem constantemente, pois muitas vezes não conseguem cumprir com esse compromisso. Esse fator é também rotineiramente constatado pela equipe de profissionais que atuam no Grupo AAVE.

Tabela 07
Condição de moradia das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Condição de moradia	Nº	%
Própria	14	70,0
Alugada	2	10,0
Cedida	3	15,0
Área de posse	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Embora todas as famílias possuam energia elétrica em seus domicílios, 20,0% ainda não são servidas por água tratada pelo sistema público (Tabela 08). Os altos custos com os dois serviços também revelam a dificuldade das famílias em realizar seus pagamentos. Em relação à pavimentação asfáltica, 30,0% das famílias ainda vivem em ruas sem esse tipo de infraestrutura urbana (Tabela 09).

Tabela 08
Utilização de água tratada pelo sistema público nas residências das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Se utilizam água tratada	Nº	%
Sim	16	80,0
Não	4	20,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Tabela 09
Pavimentação asfáltica nas vias em que estão localizadas as residências das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Vias pavimentadas	Nº	%
Sim	14	70,0
Não	6	30,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

No entanto, se as condições de moradia não são adequadas e seguras, os impactos na qualidade de vida das mulheres são grandes, já que, tradicionalmente, elas exercem o papel social de cuidadoras da casa e da família. Além do mais, aumentam as chances da incidência de doenças infecciosas, devido à precariedade das instalações sanitárias. É importante ressaltar que todas as residências das entrevistadas são bem simples e sem estruturas adequadas para a

segurança da família. Constata-se, assim, a ausência das políticas públicas que assegurem a todas essas mulheres acesso aos direitos básicos relativos à moradia.

No que concerne aos aspectos familiares, a pesquisa evidência que um percentual de 30,0% das mulheres chefes de famílias entrevistadas estão solteiras e 25,0% casadas ou vivem em união consensual; 20% são divorciadas ou separadas e o mesmo percentual é de viúvas. Todas as viúvas perderam seus companheiros devido ao HIV/AIDS e, segundo seus relatos, a descoberta foi tardia, o que tornou ineficaz o tratamento (Tabela 10).

Esses dados vem confirmar que as mulheres contaminadas eram donas de casas e com parceiros fixos o que demonstra que a epidemia do HIV/AIDS é cada vez mais heterossexual, pois todas as entrevistadas revelaram que a forma de contaminação foi por meio de seu parceiro fixo. De acordo com Amaro (2005), a epidemia aumentou nove vezes mais entre mulheres, jovens, mulheres casadas e com um relacionamento fixo, sem comportamento promíscuo.

Tabela 10
Estado Civil das mulheres chefes de famílias inscrita no Grupo AAVE

Estado civil	Nº	%
Casada/unida	5	25,0
Solteira	6	30,0
Divorciada/separada	4	20,0
Viúva	4	20,0
Não respondeu	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Os dados da Tabela 11 mostram que todas as mulheres chefes de famílias entrevistadas têm filhos, sendo que a maioria (60,0%) possui de três a quatro filhos (Tabelas 11 e 12).

Tabela 11
Filhos das mulheres chefes de famílias inscrita no Grupo AAVE

Se possuem filhos	Nº	%
Sim	20	100,0
Não	0	0,00
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Tabela 12
Número de filhos das mulheres chefes de famílias inscrita no Grupo AAVE

Número de filhos	Nº	%
1 ou 2	8	40,0
3 ou 4	12	60,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

A metade das mulheres entrevistadas reside somente com seus filhos e outros parentes como a mãe ou os netos; 20,0% moram com o cônjuge e seus filhos ou ainda com estes e outros membros (5,5%) (Tabela 13).

Tabela 13
Pessoas que residem com as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Pessoas com quem residem	Nº	%
Cônjuge	1	5,0
Cônjuge/companheiro, filhos e outros membros	4	20,0
Filhos	7	35,0
Filhos e outros membros	6	30,0
Outros	1	5,0
Nenhuma	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

As mulheres que moram somente com seus filhos e outros parentes ficaram viúvas devido à perda de seus companheiros em decorrência das doenças desencadeadas pela presença do HIV ou se separam após o diagnóstico da sorologia positiva, tendo então que chefiar suas famílias. Aquelas que continuaram morando com seus companheiros assumiram a chefia da família, devido a condição sorológica do companheiro que se encontra com a saúde debilitada em consequência da AIDS.

3.2.2 O preconceito enfrentado pelas mulheres chefes de família em relação à sua condição de soropositiva

A grande maioria (75,0%) das mulheres chefes de família entrevistadas descobriu ser soropositivas há mais de dez anos. Apenas em 25,0% dos casos essa descoberta se deu há menos de 10 anos (Tabela 14). Consta-se com esses dados

que a expectativa de vida da pessoa soropositiva vem aumentando, sobretudo devido ao uso dos antirretrovirais que vem avançando a cada década.

Tabela 14
Tempo de descoberta do vírus HIV/AIDS pelas mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Tempo	Nº	%
De 1 a 5 anos	1	5,0
De 6 a 10 anos	4	20,0
De 11 a 15 anos	9	45,0
De 16 a 20 anos	6	30,0
Total	20	100,00

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Em relação à reação das famílias ao descobrirem sobre a sorologia positiva, a pesquisa revela que 45,0% delas aceitaram/apoiaram, outras 40,0% sofreram, entraram em desespero ou ficaram em choque. Em um quarto dos casos, as famílias manifestaram preconceito e as discriminaram e uma delas se revoltou (Tabela 15). Todas essas reações estão, muitas vezes, relacionadas à falta de conhecimento sobre a doença, o que gera preconceito e rejeição.

Mesmo com as informações e os avanços de pesquisas no contexto da soropositividade, os problemas procedentes do contexto sociocultural e familiar ainda continuam, haja vista o preconceito existente em torno da doença que faz com que as pessoas soropositivas se sintam culpadas perante o que não se pode reverter - culpa que a família, os amigos e a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão. O apoio social é de suma importância na redução do risco e de mortalidade associados a certas doenças, como também melhora o prognóstico e a qualidade de vida, como salienta Teixeira (2000).

Tabela 15
Reação das famílias das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE ao saberem da sorologia positiva

	Nº	%
Apoiaram/aceitaram	9	45,0
Abandonaram/discriminaram	4	20,0
Sofreram/ficaram em choque/desperadas	8	40,0
Ficaram revoltadas	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

É importante informar que, em decorrência do medo da discriminação e do preconceito e de outros sentimentos que estão associados ao HIV/Aids, as 60,0% das mulheres entrevistadas só revelaram ser soropositivas àquelas pessoas mais próximas, como revela a Tabela 16.

Tabela 16
Conhecimento da sorologia positiva entre amigos/vizinhos das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

	Nº	%
Sim	12	60,0
Não	8	40,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Das mulheres entrevistadas 55,0% acham que sua relação com a sociedade mudou a partir da descoberta da sorologia positiva, enquanto 45,0% responderam que não mudou (Tabela 17).

Para as entrevistadas que responderam que a relação com a sociedade mudou a partir da revelação do diagnóstico, o segredo para elas é sinônimo de segurança por ter mais controle da situação e evitar que elas sejam discriminadas e rejeitadas pela sociedade. Porém, o segredo que é sinônimo de segurança é também ao mesmo tempo uma fonte de angústia, pois ao guardar um grande peso interior, gera representações sociais negativas acerca da AIDS.

Todavia é importante ressaltar, que todas as entrevistadas já viveram em algum momento de sua vida uma situação preconceituosa em relação à sorologia positiva, porém não consideram que tal essa situação mudasse sua relação com a sociedade.

Tabela 17
Se o fato de ser mulher e soropositiva modificou em algum aspecto sua relação com a sociedade

	Nº	%
Sim	11	55,0
Não	9	45,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Porém, algumas dessas mulheres entrevistadas que responderam não ter mudado sua relação com a sociedade afirmaram que essa relação só não modifica, caso a sociedade não saiba, conforme relato:

Porque a gente tomando os remédios direitinho, a gente tem uma vida normal, mas se as pessoas souberem eles comentam, mas antigamente era mais difícil (Mara).

Em alguns relatos, percebe-se o sofrimento e a dor causada por uma sociedade preconceituosa e desinformada. “Eu praticamente me anulei, mudei completamente minha vida, eu mesma me sinto presa em mim mesma, pois eu era alegre, cheia de vida e depois da doença eu me fechei” (Tatiane).

Quanto ao apoio recebido no momento da descoberta da sorologia positiva, 95,0% das mulheres entrevistadas responderam que receberam apoio de alguém naquele momento da revelação do laudo médico. Somente 5,0% não receberam apoio ao descobrirem a sorologia positiva.

A qualidade de vida na conjuntura da soropositividade passa pelo apoio e suporte social, que pode vir da família, dos amigos e da própria religião especialmente no momento do diagnóstico positivo. O fortalecimento da rede social de apoio é uma das novas questões de natureza psicossocial vivenciadas por pessoas soropositivas de acordo com Seidl, Zannon & Trucoli (2005).

Tabela 18
Apoio recebido no momento da descoberta da sorologia positiva pelas mulheres chefes inscritas no Grupo AAVE

	Nº	%
Sim	19	95,0
Não	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

As pessoas que mais apoiaram as mulheres entrevistadas no momento da descoberta da sorologia foram médicos e enfermeiros, com 42,1%, em seguida, as mães, com 31,5%; 10,5% foram apoiadas pelos irmãos e as demais variaram entre filhos, amigos e cônjuges com um percentual de 5,2% cada (Tabela 19).

Tabela 19
Pessoas que apoiaram as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE no momento da descoberta da sorologia positiva

	Nº	%
Mãe	6	31,5
Filhos	1	5,2
Cônjuges	1	5,2
Irmão	2	10,5
Amigos	1	5,2
Médicos e enfermeiros	8	42,1
Total	19	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Sabe-se que, na sociedade atual, as diferenças entre homens e mulheres ainda são tratadas com desigualdades entre sexos. Os homens em nossa cultura podem dispor de sua sexualidade com liberdade, respaldados por valores sociais que enfatizam a virilidade, a prontidão sexual sendo a infidelidade tolerada. As mulheres devem expressar sua sexualidade somente no casamento e, a partir dessa condição, advém a maternidade, considerada o ponto alto da feminilidade, o que é exercido sem culpa ou conflito.

A representação social das relações de gênero reserva à construção simbólica da masculinidade alguns atributos que permitem ao homem lidar com sua sexualidade de forma livre, em que o prazer é exibido sem medo ou culpa, ao passo que a imagem feminina é caracterizada pelo exercício da submissão e da timidez que justifica a postura silenciosa da mulher.

Assim sendo, é frequente os profissionais da saúde, que lidam com mulheres infectadas, relatarem a grande dificuldade que é para essas pacientes buscarem um espaço que possibilite o questionamento da infidelidade de seus companheiros. A dificuldade em falar sobre suas vivências também é entendida como fator gerador de conflitos que poderiam afetar o equilíbrio de suas relações conjugais.

Contudo, a pesquisa mostra que as mulheres percebem essa diferença feita pela sociedade em relação ao HIV/Aids. Para as mulheres entrevistadas, 45,0% acham que há diferença no tratamento que a sociedade dá ao homem soropositivo e à mulher soropositiva. 15,0% responderam que não sabem (Tabela 20).

Tabela 20
Se há Diferenças entre o homem soropositivo e a mulher soropositiva em relação ao trabalho para as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

	Nº	%
Sim	9	45,0
Não	7	35,0
Não sabe	3	15,0
Não Respondeu	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

As mulheres são um grupo vulnerável não só por questões anatômicas - ao se relacionar com uma pessoa soropositiva, os riscos das mulheres serem contaminada são dez vezes maiores que os homens – mas principalmente por questões culturais e condicionamento de gênero. A submissão das mulheres, o silêncio, a resignação, a passividade diante da dor são explicadas por condicionamentos culturais. Sem leva-los em consideração, não será possível desenvolver estratégias viáveis de combate à prevenção, como salienta Poles (2000).

Na relação com os filhos, a metade do grupo entrevistado relata não enfrentar problemas por serem soropositivas.

Tabela 21
Se as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE, enfrentam problemas com seus filhos por serem soropositivas

	Nº	%
Sim	9	45,0
Não	10	50,0
As vezes	1	5,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Para Mann (1993), o preconceito surge dos ensaios primeiros de explicação da epidemia, no início era julgada como peste gay. Propagou-se pela imposição da ideia relacionado ao de grupo de risco, cujo contato deveria ser evitado: os haitianos, os homossexuais e logo os bissexuais, ou seja, os que tinham uma vida promiscua. Além disso, houve um alto nível de contágio pelo consumo de

drogas injetáveis e o partilhar de seringas, ou mesmo a verificação da falta de políticas de controle do sangue desde o começo da epidemia, em nível mundial, aumentou o medo dessa doença desconhecida.

No entanto a epidemia da AIDS, teve, desde sua aparição até os dias atuais, uma marca forte e persistente de preconceito e discriminação, como se confirma no relato das mães em relação o preconceito sofrido pelos filhos na escola:

Quando as pessoas me apontam como aidética e fala que minha filha também é, isso me machuca muito. (Mafalda).

Meus filhos enfrentam muitos problemas de preconceito na Escola, devido os colegas descobrirem e ficarem comentando, gerando brigas. (Inês).

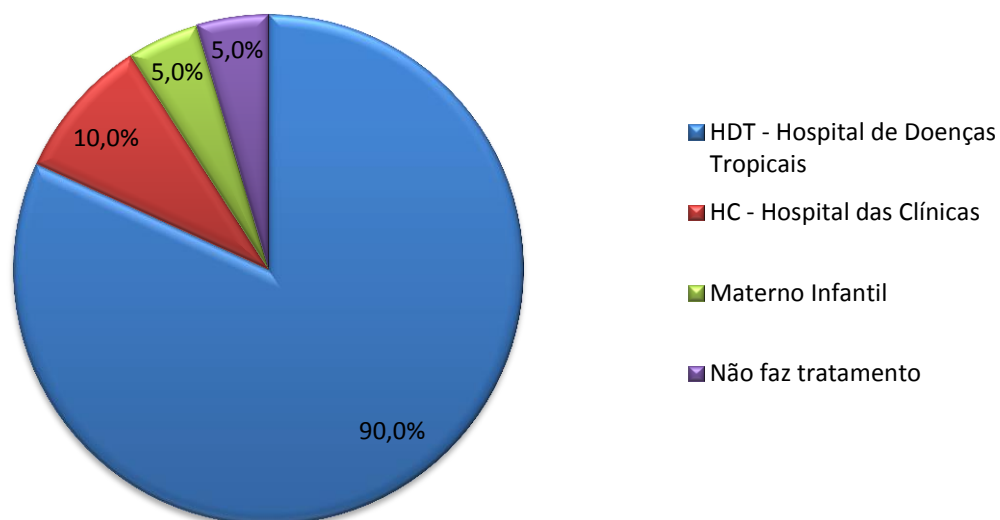
Apesar da comprovação científica sobre os meios de transmissão da doença, constata-se na pesquisa que ainda existe muito medo, preconceito e discriminação em relação aos soropositivos.

3.2.3 As políticas públicas e o atendimento institucional das mulheres soropositivas chefes de família

O atendimento ao portador de HIV/Aids está assegurado pela legislação vigente, sobretudo no que se refere à saúde. A pesquisa mostra que 90,0% das mulheres entrevistadas recebem tratamento somente no HDT - Hospital de Doenças Tropicais e 10,0% além do HDT fazem tratamento no HC - Hospital das Clínicas, ambas unidades públicas de saúde. Uma delas estava grávida, por isso, foi encaminhada a outra unidade de Saúde (Hospital Materno Infantil), onde há uma equipe multiprofissional preparada para cuidar da gestante soropositiva (Gráfico 01). Em seu depoimento relata o bom tratamento que recebe.

Em relação a minha gravidez eu tenho mais amparo do que pessoas que não tem o vírus, eu tenho uma equipe multiprofissional ao meu lado, então isso facilita muito, pois se eu fosse pagar todos esses especialistas como nutricionista, infectologista, cardiologista, dermatologista entre outros, eu não conseguiria (Andréa).

Gráfico 01 - Unidade de saúde onde as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE são atendidas



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Em relação à avaliação do atendimento nas unidades de saúde, 35,0% das mulheres o consideram bom e 25,0% ótimo/muito bom. Para 25,0% o atendimento é regular e para 10,0% péssimo (Gráfico 02 em apêndice).

As reclamações referiram-se principalmente aos atendentes das unidades de saúde.

Eu não digo dos médicos, que o atendimento seja péssimo, mas o pessoal da portaria começa dali. A minha médica me atende muito bem, mas o pessoal da portaria eu acho que devia atender melhor, não só a mim, mas como os outros portadores também. Outro dia, eu quero relatar isso, coloca isso aí! Eu esperei uma pessoa para me atender simplesmente para remarcar uma consulta um retorno lá, eu fiquei uma hora, essa pessoa não apareceu eu vim embora para casa sem a consulta estar marcada (Deusa).

Evidencia-se na fala de Deusa que os programas de DST/Aids, assim como outros programas vinculado às Políticas públicas , enfrentam dificuldades que vão desde a falta de recursos humanos capacitados para lidar com esse público até à ausência de programas adequados de assistência ao soropositivo, sobretudo aqueles em condição de vulnerabilidade social. Essas questões têm gerado uma permanente mobilização e luta dos movimentos sociais ligados ao atendimento e/ou defesa da qualidade de vida dos portadores de HIV/Aids, visando a melhoria na

política de promoção à saúde e de descentralização das ações voltadas a esse segmento.

Outro fato relatado pelas mulheres que as incomoda é a questão da falta de pontualidade no atendimento, devido a grande demanda do hospital, de acordo com a fala da Amanda. “O atendimento é demorado, às vezes fico esperando umas três horas depois que o médico avisa que não vai atender e depois é uma luta para remarcar a consulta, mas tirando isso, os médicos são bons e me atendem bem” (Amanda).

Em relação ao atendimento no Hospital das Clínicas as mulheres que são atendidas naquela unidade relataram ser muito tumultuado, apesar de ter todas as especialidades necessárias para seu tratamento. Há reclamações também relacionadas à burocracia para conseguirem ser atendidas por algum especialista, como revela os seguintes sujeitos:

No HDT é boa, mas no Hospital das Clínicas não, pois é muito tumultuado eles ficam passando a gente pra frente e as vezes os exames vencem, eles sempre mudam de equipe que acompanham a gente, sempre mudam de médicos (Mônica).

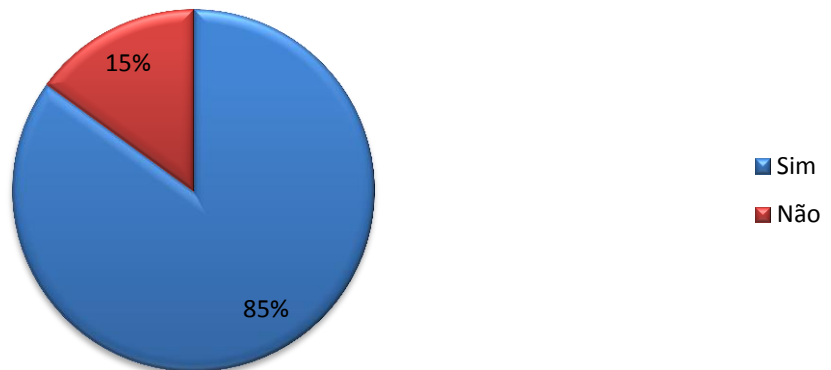
Lá tem todas as especialidades, mas a gente tem que voltar ao Cais para depois te encaminhar para um especialista e sempre é assim. Eles poderiam encaminhar direto sem a gente ter que voltar ao cais, pois já estamos lá. É muito demorado o processo. Um dia eu cheguei lá com dengue hemorrágica e começo de pneumonia e eles me mandaram para o Cais Amendoeiras a pé, do Cais me encaminharam para o HDT e lá foi terrível, o hospital estava cheio, pacientes com tuberculose tudo junto com o povo (Marta).

A burocracia como se evidencia nas falas de Mônica e Marta causa dores e sofrimentos ao paciente já vulnerável. Para Fireman (2007), a concretização do SUS, embora tenha avançado significativamente, enfrenta dificuldades, pois a saúde ainda não é considerada direito real. O usuário do sistema não consegue ter acesso aos serviços plenamente e, quando o acesso é assegurado, a qualidade no atendimento é precária, o que o expõe a constrangimentos, deixando-o ainda mais vulnerável.

Em relação ao atendimento institucional (governamental ou não), o Gráfico 03 demonstra que 85,0% das entrevistadas são de alguma forma assistidas por instituições de apoio. Ao buscar apoio nessas instituições, muitas vezes, o soropositivo procura em primeiro lugar amenizar o problema e o preconceito que enfrenta diariamente em relação a epidemia. Porém é importante ressaltar que todas as entrevistadas estão cadastradas no Grupo AAVE e recebem algum tipo de apoio

de acordo com as atividades da instituição. No entanto as 15% que responderam não serem atendidas por nenhuma instituição, estão se referindo a apoio financeiro.

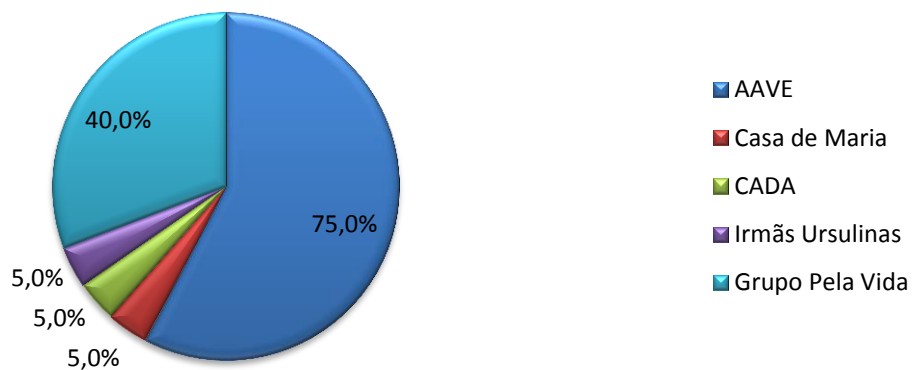
Gráfico 03 - Apoio recebido pelas mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE por instituições (governamental e não governamental)



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

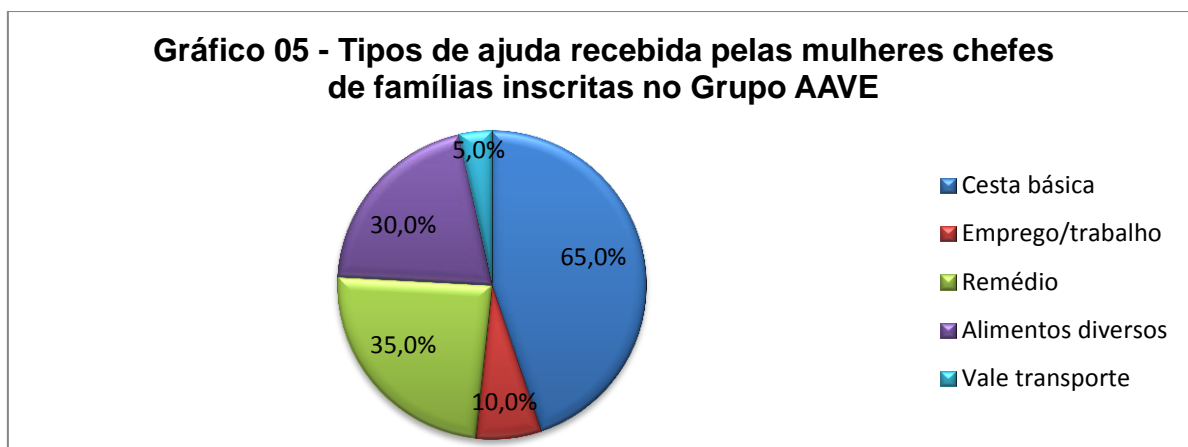
A pesquisa revela que 75,0% das mulheres entrevistadas recebem apoio somente do Grupo AAVE, e as demais são atendidas também em outras instituições, tais como: Casa de Maria, Centro de Apoio ao Doente de Aids (CADA), Irmãs Ursulinas, Grupo de Vida.

Gráfico 04 - Instituições (governamental e não governamental) que apoiam as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Observa-se nas entrevistas que estas instituições se tornam além do apoio emocional e psicológico um complemento à fonte de renda familiar dessas mulheres. Das mulheres entrevistadas 65,0% recebem dessas instituições cestas básicas e 35,0% remédios (Gráfico 05). Em relação ao medicamento é importante ressaltar que a rede pública oferece os antirretrovirais gratuitamente sempre, porém faltam muitos dos medicamentos que tratam as doenças oportunistas como problemas de coração, diabetes, entre outras doenças causadas pela AIDS, são estes os distribuídos pelas instituições de apoio.



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Durante as entrevistas todas as mulheres demonstraram que a qualidade de vida melhorou muito com o apoio recebido e a participação nas instituições. Uma das entrevistadas recebeu apoio também no que diz respeito ao trabalho, pois é funcionária do Grupo AAVE, o qual prioriza a contratação de pessoas soropositivas em seu quadro de funcionários.

Percebe-se ainda que um percentual de 30,0% além da cesta básica recebem alimentos diversos. Todos os benefícios recebidos acabam contribuindo com a renda dessas chefes de família.

Na opinião de Rosenthal e Scheffer (2001), o drama da AIDS reproduz, nas camadas mais baixas do Brasil, a realidade da tragédia do continente africano. Em comum, além da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, são os pobres e miseráveis que integram os pelos menos 45 milhões de brasileiros que sobrevivem em condição subumanas, para os quais a AIDS é mera coadjuvante do destino

imposto pela perversa lógica social. Geralmente, são acolhidos e apoiados em instituições, pois enfrentam problemas para sustentar sua família.

3.2.4 Aspectos educacionais e de profissionalização

O nível de escolaridade de grande parte da população brasileira adulta, historicamente, tem se revelado inadequado. Somente nas últimas décadas a universalização da educação assegurou matrículas na rede básica de educação para a quase totalidade de crianças em idade escolar, contudo, grande parte dos adolescentes e, sobretudo, a população adulta ainda permaneceram inalcançáveis por ações dessa política. A realidade revelada pela pesquisa não contrapõe esse quadro, uma vez que 85,0% das mulheres entrevistadas não estão estudando, como demonstra a Tabela 22, sendo que a grande maioria (76,4%) das que não estudam ficou retida no Ensino Fundamental. Os 23,0% restantes chegaram ao Ensino Médio, destas 5,8% não o concluíram (Tabela 24). Das que continuam os estudos (três), 66,6% estão cursando o ensino médio e 33,3% estão cursando o ensino superior. (Tabela 23)

Tabela 22

Mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE que estão estudando

Se estão estudando	Nº	%
Sim	3	15,0
Não	17	85,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Tabela 23

Série que está sendo cursada pelas Mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Série que está sendo cursada	Nº	%
Ensino fundamental	2	66,6
Ensino superior	1	33,3
Total	3	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Tabela 24
Grau de escolaridade das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Grau de escolaridade	Nº	%
Ensino fundamental completo	2	11,7
Ensino fundamental incompleto	11	64,7
Ensino médio completo	3	17,6
Ensino médio incompleto	1	5,8
Total	17	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

No que se refere à escolaridade e a soropositividade, Fonseca *et. al.* (2003), baseados em dados informados ao Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAM), constatam que de 1989 a 1997, as mulheres soropositivas apresentavam índices de escolaridade maiores do que os dos homens.

No entanto, Santos *et al.* (2002), diz que com o passar dos anos a escolaridade feminina diminui. Constata-se que a política pública de educação não está alcançando população de baixa renda de forma adequada.

Contudo, essa baixa escolaridade dificulta a inserção das mulheres no mercado de trabalho, afetando também ações de prevenção e assistência a Aids, pois o acesso limitado à educação impede o acesso as mensagens educativas.

Diante do exposto, percebe-se que um dos motivos que levou as mulheres entrevistadas a pararem de estudar foi às dificuldades enfrentadas em razão da sorologia positiva (41,1%). 11,7% deixaram de estudar devido ao trabalho, e o mesmo percentual revelou que tinha que cuidar dos filhos, pois não tinha com quem deixa-los enquanto estavam na escola. Outro dado importante revelado pela pesquisa é a percentagem de 11,7% que responderam não ter motivação para estudar. Os outros motivos variaram entre dificuldade de aprendizagem; conflitos familiares; mudança de endereço e falta de condições financeiras, com 5,8% cada (Tabela 25). É importante ressaltar que esses motivos relacionados acima estão relacionados a falta de interesse, a questão financeira fator importante na vida dessas mulheres, cuidados com os filhos e também a questão do HIV, pois todas as entrevistadas tiveram sua qualidade de vida alterada após o diagnóstico positivo.

Tabela 25
Motivos pelos quais as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE pararam de estudar

Motivos	Nº	%
Doença HIV/Aids	7	41,1
Trabalho	2	11,7
Cuidar dos filhos	2	11,7
Desmotivação/falta de interesse	2	11,7
Mudança de endereço	1	5,8
Dificuldade de aprendizagem	1	5,8
Conflitos familiares	1	5,8
Falta de condição financeira	1	5,8
Total	17	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Ainda que a baixa escolaridade predomine no grupo, os dados da Tabela 26 revelam que 55,0% das entrevistadas realizaram algum curso profissionalizante com o intuito de se qualificar para o mercado de trabalho.

Tabela 26
Se as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE realizaram algum curso profissionalizante

Realização de curso	Nº	%
Sim	11	55,0
Não	9	45,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Dentre os cursos profissionalizantes realizados os que mais se destacam são aqueles relacionados trabalho em escritórios, à administração e à secretaria com 45,5%, seguidos pelo curso de informática, com 36,3, que é oferecido pelo Grupo AAVE gratuitamente. Para que haja adesão ao curso, o Grupo oferece Vales Transporte para que retornem na aula seguinte. Os cursos de corte e costura aparecem com 18,1%. Cursos relacionados ao trabalho estético (cabeleireira, manicure etc.) foram realizados por 27,2% delas. Os cursos relacionados ao trabalho artesanal figuram com 27,2%. (Tabela 27).

Os dados relacionados aos cursos revelam que há uma tendência à realização de cursos que proporcionaram às mulheres o trabalho como autônoma, uma vez que, dessa forma, elas não precisam enfrentar o mercado de trabalho em busca por emprego e tampouco se expor ao preconceito nos ambientes de trabalho.

Tabela 27
Tipos de Cursos profissionalizantes realizados pelas Mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Tipos de curso	Nº	%
Cursos relacionados à escritório/ administração/secretaria	5	45,5
Informática	4	36,3
Cursos relacionados à estética (manicure/depiladora/cabeleireira)	3	27,2
Cursos relacionados ao artesanato	3	27,2
Cursos relacionados à corte e costura	2	18,1
Outros	4	36,3

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Manifestações ambíguas foram demonstradas pelas mulheres no que diz respeito à capacitação para o trabalho. Algumas referiram se sentir capacitadas, embora reconheçam que falta mais qualificação, e outras afirmam que não. “Me sinto capacitada para trabalhar, mais falta qualificação, falta mais cursos” (Carla). Já Flora não se sente capacitada, porque não tem nenhum curso profissionalizante, como pode ser evidenciado em sua fala, “não me sinto capacitada para o mercado de trabalho, porque eu não fiz nenhum curso profissionalizante” (Flora).

O que de fato os dados revelam é a baixa escolaridade como um dos fatores que dificulta a qualificação profissional, o que também se constitui em empecilho à inserção de mulheres de baixa renda no mercado de trabalho. Associado a isso se depara com a escassa oferta de cursos profissionalizantes públicos, adequadamente estruturados e voltados aos reais interesses dessas mulheres, principalmente considerando-se suas condições peculiares.

3.2.5 Aspectos relacionados ao trabalho e à precariedade de vida das mulheres chefes de famílias soropositivas portadoras de HIV

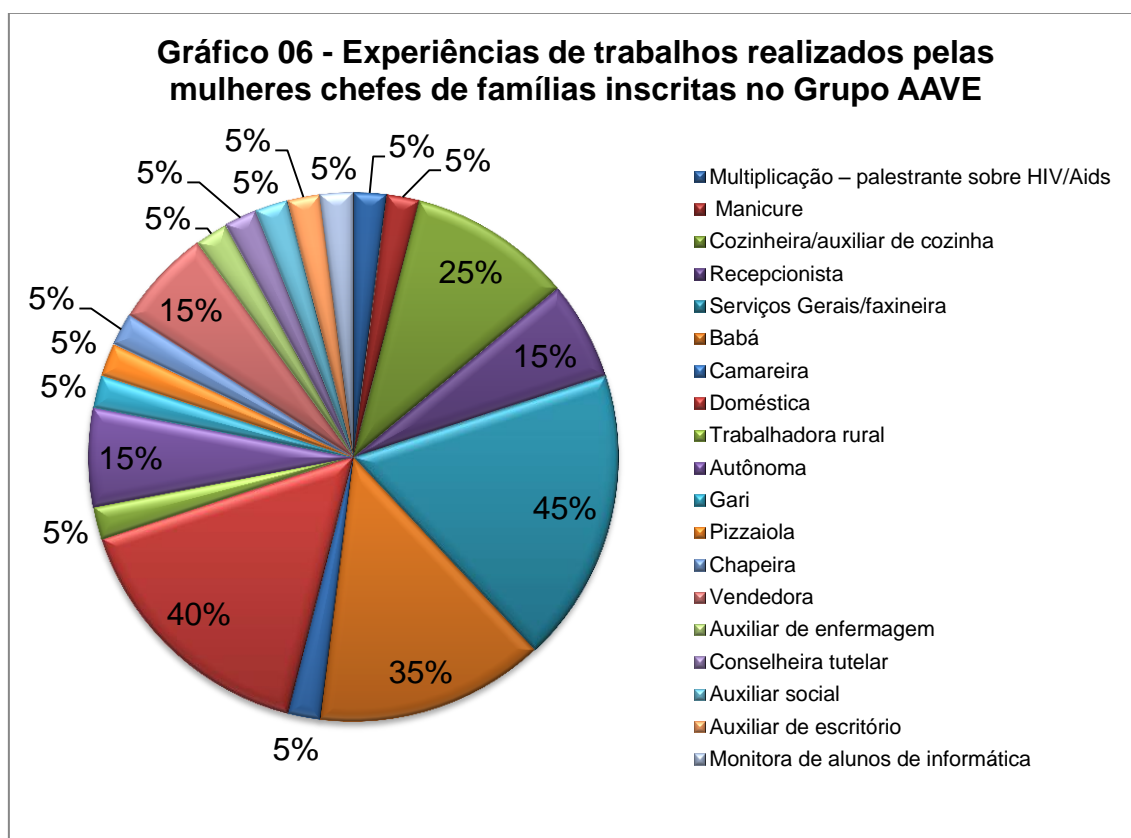
A realidade das mulheres entrevistadas não difere daquela expressa pelas mulheres das classes subalternas no que diz respeito à idade para a inserção no trabalho. A maioria (75,0%) de todas as entrevistadas começou a trabalhar ainda na adolescência, a metade antes dos 15 anos e as demais variaram entre quinze e dezessete anos (25,0%). Acima dos 18 foram 25,0% (Tabela 28). As atividades exercidas também evidenciam sua condição de classe social, pois a maioria iniciou-se trabalhando como babá e doméstica.

Tabela 28
Idade de inserção no mercado de trabalho das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

	Nº	%
Antes dos 15 anos	10	50,00
De 15 a 17 anos	5	25,00
Acima de 18 anos	5	25,00
Total	20	100,00

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Estes postos de trabalho acabaram sendo ocupados também na vida adulta, em consequência da falta de capacitação e da baixa escolaridade. A inserção em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação, tais como serviços gerais (45,0%), doméstica (40,0%) e babá (35,0%), ficou evidenciada no Gráfico 06.



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012.

A realização de trabalhos remunerados, contudo, não foi uma realidade encontrada na maior parte do grupo pesquisado. Contrariamente ao que vem

demonstrando as estatísticas nacionais que apontam o aumento cada vez maior de mulheres no mercado de trabalho, no grupo entrevistado depara-se com 60,0% delas desempregadas (Tabela 29). Isto não significa que em algum momento não estiveram empregadas, tampouco que não desejem se inserir no mercado de trabalho, como será demonstrado neste estudo.

Tabela 29
Inserção no mercado de trabalho das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE

Se estão inseridas no mercado de trabalho	Nº	%
Sim	8	40,0
Não	12	60,0
Total	20	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Das mulheres entrevistadas que deixaram o mercado de trabalho, 91,6% revelaram que o motivo foi o HIV/Aids e 8,3% foi devido à idade. Sabe-se que ideias preconcebidas relacionadas ao HIV/Aids induzem os empregadores à previsão de problemas de gestão e administração do trabalho e, para evitar o envolvimento e gastos com seu funcionário, acabam por demiti-lo (Tabela 30).

Tabela 30
Motivos que levaram as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE a deixarem o mercado de trabalho

	Nº	%
Doença HIV/Aids	11	91,6
Idade	1	8,3
Total	12	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Todas as mulheres que se encontravam desempregadas no momento da pesquisa apresentavam desejo de serem reinseridas no mercado de trabalho (Tabela 31).

Tabela 31**Mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE que não estão inseridas no mercado de trabalho que manifestaram desejo de trabalhar**

	Nº	%
Sim	12	100,0
Não	0	0,00
Total	12	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012.

Porém, não são poucos os obstáculos e um deles é a sua sorologia positiva, como relata Mônica em relação a esse desejo: “Sim, mais a sociedade me exclui muito por causa da doença. Eu consegui um emprego de vendedora na C&A no Buriti Shopping, mas quando descobriram minha doença não me aceitaram mais”.

O depoimento de Mônica revela que o obstáculo maior em relação ao trabalho é o preconceito. Sabe-se que a sorologia positiva, por si só, não significa limitação para o trabalho, sobretudo porque o vírus não se transmite por contato social, além do convívio social ser de suma importância para enfrentar a doença e o preconceito Souza, (2001). Entretanto, o desconhecimento da doença, bem como o receio de faltas leva o empregador a não admitir pessoas soropositivas. De acordo com Carvalho e Galvão (2008), HIV/AIDS foi construído diante de conceitos de perversidade e de misérias humanas, como as questões do homossexualismo masculino, promiscuidade feminina e uso de drogas, por isso os soropositivos têm dificuldades de buscar vagas no mercado de trabalho.

Na maioria das vezes, as empresas não se preocupam em informar e ajudar seus funcionários. Na ocorrência de doenças ou algum incidente semelhante o funcionário é, convidado a se afastar para não causar prejuízos à empresa ou mudar de função, como ocorreu com Carla e Benedita.

Em meu último emprego fui mandada embora, pois eles descobriram que eu era soropositivo. Isso só faz três dias que aconteceu. A empresa descobriu, devido pessoas que trabalhavam lá que me conheciam e falaram para o patrão e, dessa forma, eles me demitiram, eu era auxiliar de escritório. Quando meu marido adoeceu em Jataí eu tive que conta sobre minha doença para a diretora da escola onde eu trabalhava, em seguida ela me mudou de função, pois trabalhava na cozinha da escola, mais por eu ter feito curso de informática eu conseguia fazer o trabalho administrativo, mas eu sentir que essa mudança foi devido minha doença, pois na época tinha alunos com HIV na escola e eu via como a diretora tratava essas pessoas. Eu tive que mudar de cidade, pois a noticia se espalhou. Logo após minha mudança eu ouvir sobre os comentários que eram feitos ao meu respeito na escola.

Quando uma pessoa se revela soropositiva é julgada de forma discriminatória, marcas ficarão em seu consciente formando o estigma. Este pode ser visto como um atributo, como significado depreciativo e que a sociedade utiliza-o para desqualificar a pessoa, uma vez que tal atributo é entendido como defeito, fraqueza e desaprovação. Segundo Goffman (1988) a pessoa estigmatizada carrega uma identidade marcada e deteriorada associada a qualidades que levam ao descrédito. Logo, os estigmas de uma pessoa ou grupo acabam detonando reações e comportamentos de *evitação* e repulsa, e até mesmo de reações violentas. Essa realidade é percebida cotidianamente nas instituições, segundo o autor.

Grangeiro (2003) ao analisar as pessoas que vivem com HIV/Aids salienta que a taxa de desemprego é 50% maior na população soropositiva do que na população em geral. Esse percentual alto de desemprego entre os soropositivos está relacionado a discriminação e o preconceito inerente ao HIV/Aids.

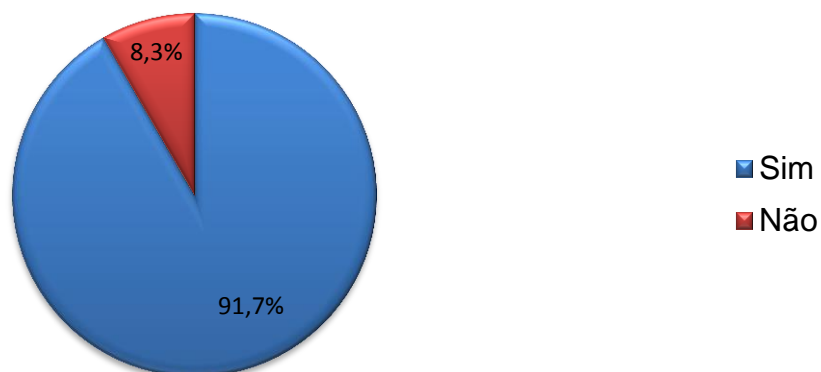
Este aspecto pode ser observado quando Margarida relata a importância do trabalho em sua vida.

Tenho sim desejo de trabalhar, até para me sentir melhor, se a gente não trabalha ou não faz alguma coisa na vida agente se sente incapaz. Eu que cuido da minha mãe e dos meus filhos, eu tenho uma renda que é uma pensão, mas é muito pouco e assim eu tenho muita vontade de trabalhar (Margarida).

Percebe-se na fala de Margarida a necessidade de trabalhar, para se sentir bem e para aumentar sua renda mensal. Contudo, faltam oportunidades e incentivo por parte do poder público em inserir essas mulheres em um emprego digno. Por outro lado, falham as políticas públicas mais uma vez quando Margarida relata que não tem com quem deixar seus filhos enquanto trabalha.

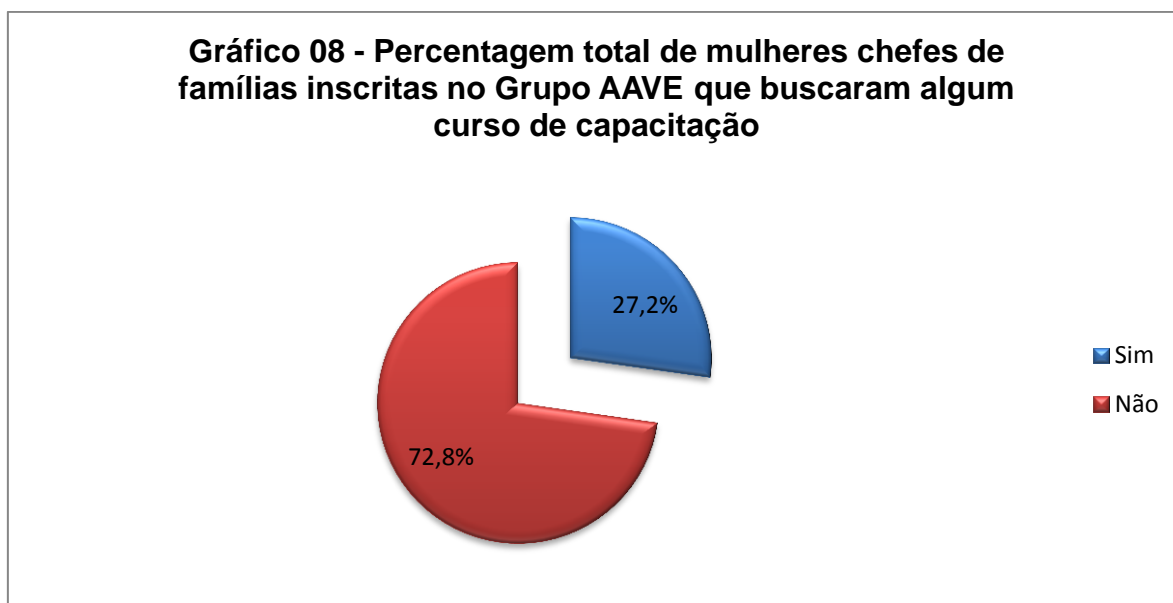
A pesquisa revelou também que, algumas mulheres, embora desejem trabalhar não se consideram aptas para o trabalho, devido às exigências cada vez maiores para a ocupação de postos mais bem remunerados. Das que não estão trabalhando, 91,7% gostariam de fazer algum curso de capacitação (Gráfico 07), o que evidencia a necessidade de estarem mais bem preparadas para o mercado de trabalho, mesmo que seja na mesma área que já trabalharam. Muitas vezes buscam cursos que lhes capacitem para atividades autônomas para não terem que se deparar com situações constrangedoras, como já mencionado.

Gráfico 07 - Do total de Mulheres chefes de famílias entrevistadas inscritas no Grupo AAVE que gostariam de fazer algum curso de capacitação



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Ainda que muitas manifestem o desejo de realizar um curso de capacitação, na realidade, poucas apresentam condições para realizá-lo. O Gráfico 08 demonstra que apenas 27,2% buscaram realiza-lo, percentual bem menor do que daquelas que manifestaram o desejo de se capacitarem (91,7%) (Gráfico 07) que lhes preparem melhor para o mercado de trabalho. Um dos fatores que dificulta essa busca é a questão financeira como relata algumas das mulheres entrevistadas: “Não fui atrás, devido à falta de recursos financeiros, meu dinheiro não dá às vezes para comprar remédios” (Mônica); “Não busquei, devido às condições financeiras e o problemas nos meus braços e mãos, pois eles estão atrofiando aos poucos” (Marta). Nesta fala aparece outro fator relevante, que é a questão da saúde.



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Com o passar dos anos e a descoberta da sorologia positivas algumas delas tiveram que deixar de trabalhar devido à saúde estar debilitada. Segundo o relatório da OIT (2001), o trabalho desempenhado pelas mulheres – remunerado ou não – é mais facilmente interrompido pelo HIV/AIDS. As mulheres são mais vulneráveis, tendo em vista que dominam o setor informal, na área em que os empregos não são assegurados pelo seguro social ou por outros benefícios de saúde ocupacional.

Em seus relatos pode-se constatar o desejo delas em reinserirem-se no mercado de trabalho, pois se sentem capacitadas para desenvolver a mesma atividade que já desenvolveram antes, conforme destacam Sara, Keila e Odete respectivamente: “Faria qualquer coisa que estivesse ao meio alcance eu gostaria de fazer”; “Gostaria de fazer a mesma coisa que já fiz, trabalhar em serviços gerais”; “Gostaria de trabalhar na minha profissão cozinhar [doméstica], mas agora com minha idade [...] e meu problema, não aceitam”.

Existem, entretanto, aquelas que não se sentem aptas ao trabalho em razão da falta de capacidade física, como está exposto no seguinte depoimento: “Se a minha saúde permitisse, eu faria qualquer serviço, para não depender de pedir ajuda para os outro, ou seja, para eu sentir melhor” (Mônica).

Seus depoimentos revelam as dificuldades que essas mulheres enfrentam para se inserir no mercado de trabalho, além da sorologia positiva e o preconceito a ela inerente, a idade e as doenças decorrentes do uso dos medicamentos tornam-se

são grandes empecilhos na busca por emprego. Com o passar dos anos e o uso contínuo dos remédios a pessoa soropositiva desenvolve uma série de doenças como pressão alta, colesterol alto, problemas do coração entre outros, impossibilitando assim desenvolver trabalhos pesados, inegavelmente isso se torna um grande empecilho para a inserção no mercado de trabalho.

A precariedade ou inexistência de políticas públicas voltadas ao atendimento de pessoas soropositivas de forma geral e de mulheres em especial constituem-se em importantes fatores de impedimento para que seus desejos e necessidades de se inserir no mercado de trabalho sejam atendidos.

Uma das entrevistadas relata claramente que não pode trabalhar por não ter com quem deixar seus filhos. “Tenho desejo sim [de trabalhar], mas tenho que conseguir um local para eu deixar meus meninos” (Rosa). Na fala das entrevistadas constatam-se desejos, esperanças, aspirações em trabalhar, mas além da sorologia positiva, que é um obstáculo a ser enfrentado devido ao preconceito, a falta de estruturação das políticas públicas acabam se colocando como obstáculos.

Do universo de doze mulheres entrevistadas que estão desempregadas, 83,3% nunca se sentiram desrespeitadas no seu espaço de trabalho, somente 16,6% sentiram alguma forma de desrespeito. Porém, vale a pena ressaltar que suas condições sorológicas eram desconhecidas de patrões e colegas.

Tabela 32
Se mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE que não estão inseridas no mercado de trabalho se sentiram desrespeitadas em seus locais de trabalho

	Nº	%
Sim	2	16,6
Não	10	83,3
Total	12	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Em relação àquelas que estão empregadas (40,0%), 75,0% já estão no emprego há mais de um ano, as demais variam de seis meses a um ano (Tabela 33).

Tabela 33
Tempo de inserção das mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE no mercado de trabalho - Dados das que estão trabalhando

	Nº	%
Menos de 6 meses	1	12,5
De 6 meses a 1 ano	1	12,5
Mais de 1 ano	6	75,0
Total	8	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Das mulheres inseridas no mercado de trabalho, 75,0% não possui carteira assinada. Todas elas trabalham como autônomas seja com a venda de produtos de artesanato ou estão inseridas em projetos de coleta seletiva (Tabela 34). Essa é a maneira que as mulheres encontraram para trabalhar sem enfrentarem o preconceito em razão de sua sorologia positiva, dessa forma, elas não têm que se submeter a nenhum tipo de exame para serem admitidas e não precisam dar explicações ao se ausentarem do trabalho uma ou duas vezes por mês para as consultas médicas.

Tabela 34
Mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE inseridas no mercado de trabalho que possuem registro em Carteira de Trabalho

Registro em Carteira de Trabalho	Nº	%
Sim	2	25,0
Não	6	75,0
Total	8	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

As mulheres entrevistadas que estão trabalhando contratadas revelaram não terem encontrado dificuldades para serem admitidas, porém, vale ressaltar, que segundo elas os empregadores desconhecem a sua condição da sorologia positiva. Dentre aquelas que trabalham como autônomas uma informou que seus colegas de trabalho sabem da sorologia positiva.

Das mulheres que responderam essa pergunta 87,5% disseram que nunca se sentiram desrespeitadas em seu local de trabalho (Tabela 35). Todavia, em todos esses casos a sorologia positiva era desconhecida de patrões e colegas de trabalho. Todas acreditam que o conhecimento das suas condições pelos patrões certamente colocaria seus empregos em risco.

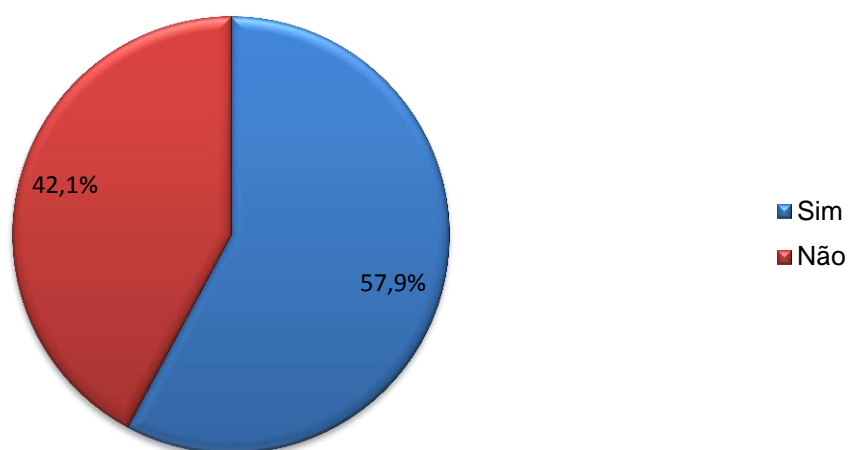
Tabela 35
Se as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE inseridas no mercado de trabalho já se sentiram desrespeitadas no local de trabalho

	Nº	%
Sim	1	12,5
Não	7	87,5
Total	8	100,0

Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

A maioria do total das entrevistadas (57,9%) já teve algum problema relacionado à descoberta do vírus por terceiros no local de trabalho (Gráfico 09). Assumir-se soropositivo é passar por um julgamento muitas vezes cruel das pessoas que fazem parte de sua vida familiar e social, por isso muitas pessoas não buscam emprego para não ter que passar por tal situação.

Gráfico 09 - Quantidade de mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE, que enfrentaram problemas depois da descoberta da sorologia positiva em relação ao trabalho (Geral)



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

Mesmo aquelas que informaram não terem tido problemas dessa ordem, demonstraram não se sentir emocionalmente amparadas e preparadas para buscarem emprego (no caso das desempregadas), devido ao preconceito da sociedade em relação à sua condição, como se pode constatar nas falas de algumas das entrevistadas.

Não busco emprego, porque vi minhas colegas sofrerem preconceitos e nem vontade de trabalhar tive mais (Keila).

Tive muitas decepções, pois quando você vai buscar trabalho eles já te pedem exames, para ver se você realmente é sadio, se tiver algum problema eles não te aceita. Como eu passei por essas dificuldades eu não tenho vontade de trabalhar fora, por medo de ser excluída (Mafalda).

Não, porque eu não procurei, pois as pessoas que conheço que procuram, as empresas pediam exames de HIV e quando faziam e descobriam da doença eles não aceitavam. Por esse motivo eu não procurei para não passar por esse constrangimento (Flora).

Os problemas mais comuns em relação à descoberta da sorologia positiva relatado pelas mulheres chefes de famílias entrevistadas foi realmente o preconceito e a falta de conhecimentos dos empregadores e dos colegas de trabalho em relação a doença como percebe-se em suas falas seguintes:

Sim, quando o encarregado descobriu me mandou embora do serviço (Mara);

Foi o último trabalho que eu tive em decoração de quarto de bebê. Uma das funcionárias veio a descobrir sobre a doença e pressionou a patroa, eu por amar muito a minha patroa eu sai (Sara);

Depois que descobri tudo ficou mais difícil. As pessoas comentaram que eu tinha HIV/Aids e sempre o patrão me mandava embora do serviço (Inês);

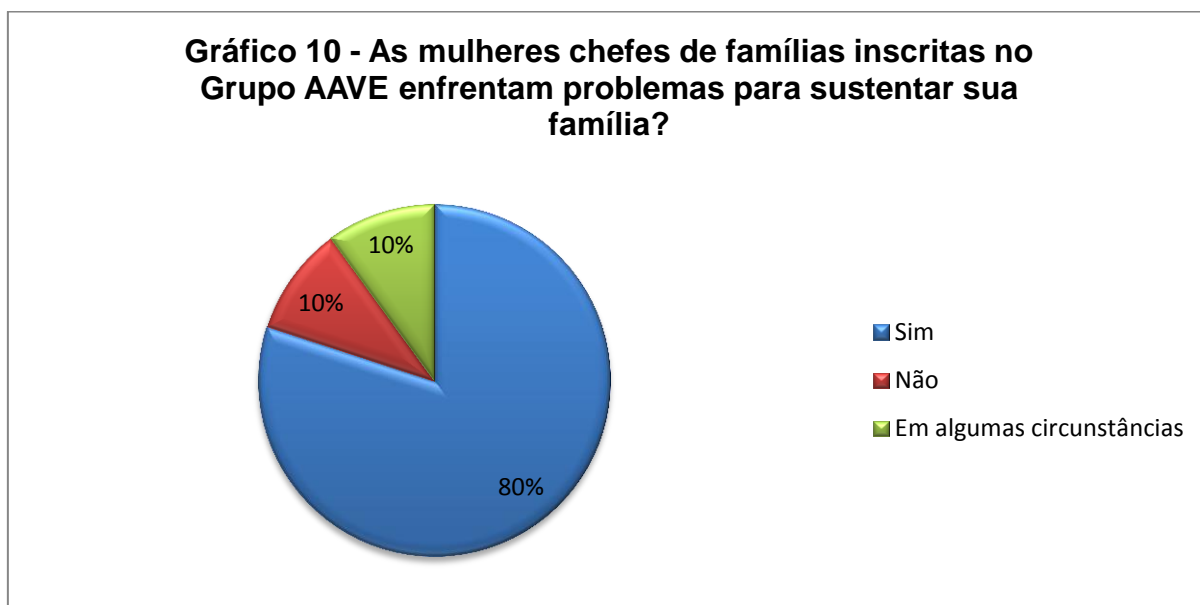
Um ano e meio depois da descoberta [da sorologia positiva] eu fui demitida, mas eu não sei se o patrão sabia ou não. Mas tenho minhas suspeita, pois foi muito rápido a maneira que fui demitida (Benedita).

Além dos problemas mencionados, as mulheres chefes de famílias empregadas têm que seguir o tratamento mensalmente e, por isso, muitas, às vezes, perdem seus empregos, como o relato seguinte: “todos os trabalhos que ia tinha que deixar, pois tinha que consultar fazer, exames, tentar conseguir os remédios gratuitamente tanto meu, como da minha família” (Mônica).

De acordo com Pimenta *et. al.* (2002), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) institui as diretrizes para o enfrentamento da epidemia no mundo do trabalho, promovendo a não discriminação, a estabilidade de emprego, ambiente de emprego saudável, sigilo a condição sorológica, prevenção, assistência, apoio e apoio e reconhecimento da epidemia como questão relacionada ao local de trabalho. Porém o que se constata que essas diretrizes não têm sido efetivamente assumidas pelo poder público e tampouco servido de ações para mobilização do patronato no sentido de garantir aos soropositivos condições dignas de trabalho.

A pesquisa evidenciou que 80,0% das mulheres entrevistadas enfrentam problemas para sustentar suas famílias. 10,0% não têm dificuldades e o mesmo

percentual relatou que em algumas circunstâncias enfrentam problemas (Gráfico 10).



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012

A grande dificuldade dessas mulheres está relacionada à questão financeira, mesmo as que responderam não ter dificuldades, em algumas falas constata-se que a precária situação econômica limita o sustento da família. E, ainda, ao se observar a renda familiar evidencia-se essa problemática. Os relatos seguintes demonstram essas limitações:

O problema é quando surge o desemprego, como agora. Hoje me sinto sem ação, pois eu tenho de dívidas e me preocupa a questão da alimentação (Carla).

A situação financeira, devido meu marido ter Hepatite C e Neuropatia nos braços e nas pernas, ele sente muitas dores, mesmo que o dinheiro da aposentadoria ajuda, mas não é suficiente sou eu quem corre atrás para o sustento da família (Benedita).

Falta de dinheiro para comprar as coisas que preciso [comida, remédio e os materiais para trabalhar] (Mafalda).

Principalmente financeiro, meu salario é muito pouco, minha dificuldade está aí, pois eu não trabalho, eu tenho que pagar água, luz eu tenho que manter minha família com comida, porque todo mundo precisa comer eu mesmo, a minha filha também é soropositiva ela precisa comer bem e não é qualquer tipo de comida, eu enfrento sim certa dificuldade em termos de renda" (Margarida).

Segundo Carvalho e Galvão (2008), desde 1986, com a introdução do AZT (Zidovudine) aumenta-se a expectativa de vida, contudo, não há uma preocupação

do Estado em relação à manutenção das condições socioeconômicas da pessoa soropositiva de baixa renda, na medida em que inexistem programas para sua inserção no mercado de trabalho que é dificultada pelo preconceito e pela falta de qualificação. Ao mesmo tempo, não é a ele assegurado um benefício assistencial. Dessa forma, sua qualidade de vida torna-se precarizada a ponto de comprometer sua sobrevivência, como se evidencia nas falas acima mencionadas.

Diante dessa realidade, as mulheres entrevistadas consideram o emprego digno como um dos requisitos importantes para que as condições de vida de suas famílias melhorem, como pode ser constatado nos relatos de algumas delas:

Um trabalho, para que você trabalhe dignamente (Sara).

Um trabalho decente, tipo recepcionista, principalmente se for meio período, pois não dou conta de trabalhar o dia todo (Pérola).

Um emprego melhoraria muito, já fiz entrevista, mas por causa da cicatriz fui rejeitada, pois estava qualificada para o emprego e tinha a vaga. Enquanto estou desempregada minha mãe me apoia (Meire).

Emprego fixo, para poder ajudar mais minha família, pois são muito pobres e a saúde debilitada (Mônica).

Eu acredito que tudo a gente tem que ir atrás, a gente não pode ficar esperando nada sentado, eu coloquei um objetivo na minha vida o ano passado que foi começar a estudar novamente, por quê? Estudar para ter um emprego melhor, pois é muito importante você ter uma formação melhor, para que eu venha a ter um serviço bom e para que eu venha ganhar melhor, porque tudo isso ai julga, por que se você não estuda você não pode nem varrer a rua, pois os concursos estão ai. Eu deixei de fazer um no dia, foi esse último que teve (Margarida).

Para Laurell (1989), na conjuntura da soropositividade, o elemento trabalho se difundiu em duas linhas: um de modo mais positivo, que favorece uma melhor qualidade de vida ao propiciar melhores condições financeiras e oferecer estabilidade e credibilidade, e ocupação psicossocial, atribuindo ao indivíduo perante a sociedade o status de produtivo; e um outro eixo de caráter mais negativo, no qual o trabalho é associado à diminuição e/ou perda da capacidade. É por meio do trabalho que a pessoa atribui significado e sentido à própria existência. Tendo o trabalho um sentido tão amplo e estruturante na vida das pessoas, qualquer limitação que impeça de exercer uma atividade produtiva provoca alterações profundas na vida, tornando o indivíduo doente mais sujeito e sem direitos, afetando diretamente a qualidade de vida daquele que, geralmente, é aposentado ou está desempregado em função de sua condição de soropositivo.

Aprende-se por meio deste estudo a importância de se garantir não só o aumento da escolarização dessas mulheres, como também a capacitação e o trabalho digno, sobretudo às chefes de famílias que convivem com o HIV, pois estão expostas a condições ainda mais aviltantes advindas do preconceito e das consequências do tratamento a que são submetidas. Assegurar esses direitos significa a melhoria da qualidade de vida dela e de suas famílias, o que pode repercutir positivamente nas gerações futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a industrialização, incide sob o mundo do trabalho uma mudança qualitativa, devido à exigência da maior qualificação do trabalhador, que deve estar pronto a operar com máquinas informatizadas e realizar atividades celebras (materializar a inteligência humana na robótica) Antunes,(2005). Contudo, o que se observa é a crescente expulsão de grande parte dos trabalhadores do mercado de trabalho na medida em que a preparação para o exercício das funções exigidas não alcançam toda a massa trabalhadora. Um grande contingente desses trabalhadores não apresenta qualificação condizente com as exigências desse mercado.

Ao se tratar da situação das mulheres das classes subalternas, a precária qualificação profissional e a baixa escolaridade têm se constituído em importantes empecilhos à sua inserção no mercado de trabalho. Nesse aspecto, as marcas de gênero se tornam fator de maior discriminação, pois as mulheres, de forma geral, mesmo possuindo escolaridade superior em relação aos homens, ainda ocupam postos de trabalho com menor remuneração.

Essa situação é ainda mais agravada ao se tratar de mulheres das classes subalternas com baixa escolaridade, pouca qualificação profissional e contaminadas pelo HIV. O trabalho se constitui um elemento primeiro de sobrevivência para todas as mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE que participaram deste estudo. É em torno do trabalho que se processam suas trajetórias de vida. Porém, nem sempre esse trabalho tem um sentido de dignidade e valorização da autoestima, muitas vezes ele remete a uma prática de desrespeito humano, no caso da sorologia positiva, outras vezes é sinônimo de humilhação, precarização e preconceito.

As mulheres pesquisadas são todas oriundas das classes subalternas, as quais trazem em suas histórias as marcas dessa origem. Pode-se constatar a vivência, desde a infância, de uma vida intensa de trabalho, pouco estudo e lazer, como mostra a pesquisa, a maioria (75,0%) começou a trabalhar ainda na adolescência, a metade antes dos 15 anos e as demais variaram entre quinze e dezessete anos (25,0%).

No momento da entrevista, 60% das mulheres chefes de famílias inscritas no AAVE não estavam exercendo nenhuma atividade remunerada devido às limitações advindas da sua contaminação associadas à precária ou inexistente

qualificação profissional. As outras 40% que exercem função remunerada são todas de baixa remuneração. 85,0% das mulheres entrevistadas não estão estudando, sendo que a grande maioria (76,4%) daquelas que estudam ficou retida no Ensino Fundamental.

Constata-se que, para as mulheres, o fato de serem soropositivas, não terem um grau de instrução adequado e tampouco uma qualificação profissional têm se constituído em importantes limitadores de sua inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, numa maior precarização das condições socioeconômicas, principalmente por serem chefes de família.

Outro aspecto relevante na pesquisa é o constrangimento causado pela sua condição de sorologia positiva. O resultado positivo para o HIV tem um impacto devastador na vida da pessoa diagnosticada, capaz de abalar as estruturas familiares e ameaçar sua integridade, pois essa epidemia traz consigo um impacto psicológico de morte, alterando dessa forma o equilíbrio emocional da família. Em geral, as pessoas soropositivas são tomadas pelo constrangimento de ter a doença, especialmente no caso da mulher contaminada por seus companheiros fixos.

Muitas famílias optam pelo silêncio, mesmo que gere angústia e desconfortos. Essa manutenção do segredo, acreditam elas, se faz necessário, devido ao preconceito e a discriminação inerentes ao HIV/Aids. Dentre as mulheres entrevistadas, muitas demonstraram fragilidade em suas relações sociais e dificuldades em revelar sua sorologia positiva, principalmente ao buscarem trabalho formal. Por isso, muitas optaram pelo trabalho autônomo, o que, de certa forma, as protege da exposição ao possível constrangimento proporcionado pelo preconceito.

No que se refere ao tratamento de saúde dispensado a essas mulheres, a pesquisa mostra que ele vem sendo assegurado, contudo, de forma precária. Alguns medicamentos destinados à cura das doenças oportunistas, não são, em geral, distribuídos na rede pública. Há uma queixa generalizada em relação ao atendimento prestado pelas equipes de saúde, nem sempre oferecido de forma humanizada e respeitosa com os usuários. Esses fatores demonstram que a distribuição de medicamentos (a qual reconhece-se de extrema importância para sobrevivência dos soropositivos) não se mostra suficiente para qualificar a vida desses usuários. Programas que envolvam tanto a prevenção como um tratamento mais global ainda se fazem necessários.

A problemática da Aids leva a perceber que tanto o tratamento como a prevenção não podem estar dissociados. Embora muito já se tenha realizado em relação a essa temática, percebe-se que ainda se tem um longo caminho a percorrer ao se verificar a situação dos soropositivos oriundos das classes subalternas, sobretudo mulheres chefes de família.

Para a mudança nesse quadro é necessário definir um projeto nacional próprio alicerçado sobre a base da justiça social, democratizando as relações sociais e o acesso aos bens e serviços básicos como saúde, educação e moradia digna, superando a lógica da privatização dos bens da natureza bem como as demais riquezas socialmente produzidas.

No Brasil, atualmente, se encontram diferentes fatores socioeconômicos e culturais identificados como estruturantes da vulnerabilidade relacionada à AIDS. Além disso, tem-se como agravantes a baixa incorporação dos valores da cidadania e a falta de um sistema de bem-estar social inclusivo que, caso presentes, seriam potencialmente mitigadores dos efeitos dos fatores socioeconômicos estruturais da vulnerabilidade, conforme afirmam Parker e Camargo Jr. (2000).

Por meio desse estudo é possível afirmar que a Aids alastra-se entre os grupos populacionais em situações mais vulneráveis, tanto na escala socioeconômica quanto em questões relacionadas de gênero, afetando a qualidade de vida dessa população de forma preocupante. A essa realidade se une à precária situação socioeconômica de grande parte da população brasileira, tornando o acesso à informação e aos serviços de saúde extremamente difícil, quando não impossível. Em relação às mulheres, a situação é mais grave, pois frequentemente sofrem as consequências tanto da desigualdade socioeconômica quanto de gênero Bastos & Szwarcwald, (2000).

A pesquisa revela que há necessidade de pensar, criar e executar políticas sociais públicas direcionadas às essas mulheres chefes de famílias, para que possam superar essa situação de vulnerabilidade social. É preciso compreender que a Aids não é algo isolado na vida das pessoas, especialmente aquelas empobrecidas. Questões como alimentação e dieta, o passe de ônibus necessário para ir à consulta, a falta de trabalho e até com quem deixar as crianças, interferem, muitas vezes, na possibilidade de seguir de forma adequada o tratamento.

Lutar contra a Aids implica em construir cidadania. Defesa dos direitos humanos, inserção social, ampliação do acesso aos direitos fundamentais são tarefas indissociáveis.

Enfim, foi possível observar que a questão da saúde pública e a vulnerabilidade social são temáticas a serem trabalhadas pelo profissional de serviço social. Esse profissional deve ser capaz de conhecer a realidade e transformá-la em consonância com as necessidades e expectativas de que a população necessita, no caso, as mulheres chefes de famílias cadastradas no Grupo AAVE, que tem como desafio a articulação às demais políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, Laís. **Desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro**. Brasília, DF: OIT, 2004.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

_____. **Os Sentidos do Trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Ed. Bomtempo, 1999.

_____. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

_____. **Os sentidos do Trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Ed. Bomtempo, 2002.

_____. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

AMARO, S. T. A. A. **questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção**. Saúde e Sociedade, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 2, p. 89-99, 2005.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Introdução a Filosofia**. 3. Ed. Revista. São Paulo: Moderna, 2003.

AUGUSTO, M.H.O. *et. al.*ii. **Políticas governamentais de tecnologia em saúde**. Projeto de pesquisa. São Paulo, OPS, 1985.

ARRETCHE, M. **Relações federativas nas políticas Sociais**. Educação & Sociedade, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard, org. **Sexualidades pelo Averso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro / São Paulo: IMS-UERJ / Editora34, 1999.

BARROS, Alice Monteiro. **A mulher e o direito do trabalho**. São Paulo: LTR, 1995.

BASTOS, F. I. & SZWARCOWALD, C. L., 2000. **AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas**. Cadernos de Saúde Pública, 16(Sup. 1): 65-76.

BEAUVIOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 7.Ed. Tradução de Sérgio Millier. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980, VI.

_____. **O segundo sexo**. 10.Ed. Tradução de Sérgio Millier. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980b, VI.

BEECHEY, Veronica. **Unequal Work**. In: Estudos Feministas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução de Maria Helena Kühner. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8080. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 01**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Centro nacional de epidemiologia**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da saúde. Constituição Federal de 1988. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** . Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano de atenção o para o período 2004 a 2007**. Brasília: [DAPE], 2003d.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** – Aids – T.I. 01 a 26 Semana Epidemiológica de 2004 – Janeiro a Junho de 2004. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília, 2007c.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **“Saúde e Serviço Social”**. São Paulo:Cortez. Rio de Janeiro: Uerj, 2004.

BRITO, Maria Regina Varnieri. **A epidemia acompanhando e evolução da pobreza em um bairro de Porto Alegre**. In: PASSARELLI, Carlos André (org) Aids e Desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

BRUSCHINI,C. **O Trabalho da Mulher Brasileira nas décadas recentes**. **Revista Estudos Feministas**. vol.2, nº3 out/1994. IFCS/UFRJ-PPCIS/UERJ. Rio de Janeiro.1994.

_____. **Gênero e Trabalho Feminino no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? Brasil, 1985 a 1995- Paper apresentado no Seminário Trabalho e Gênero: Mudanças, permanências e desafios.** GT População e Gênero Nepo/Unicamp, São Paulo, 1998.

_____. **Maternidade e trabalho feminino: Sinalizando tendências.** In: FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Reflexões sobre gênero e fecundidade. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Unicamp, 1999.

BUTTIGIEG, J. **Educação e hegemonia.** In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. de P. (Org.). **Ler Gramsci, entender a realidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 39-50.

_____. **Sulla Categoria gramsciana di 'subalterno'.** In :BARATA, G.; LIGUORI, G. (Org.). Gramsci da un secolo all'altro. Roma: Editori Riuniti, 1999, p. 27-38.

CARE (BRASIL). **Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional.** AIDS Novos Horizontes: Edição especial. São Paulo, p. 01-35, 2006.

CÂMARA, C. **Mulheres negras brasileiras: AIDS e racismo.** Jornal da Rede Feminista de saúde, n.17, maio de 1999.

CARVALHO, Marília Gomes. **Relações de Gênero e Tecnologia.** Coletânea "Educação e Tecnologia" CEFET – PR. Curitiba, 2003.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. **Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE.** Revista Escola Enfermagem - USP, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2008.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **Políticas públicas e prevenção em HIV/Aids.** In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron (Orgs.) **Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à Aids no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 1999.

CAMURÇA, Silvia e GOUVEIA, Taciana. O que é gênero. Recife, SOS CORPO, 2004.

CASSANO, Conceição; FRIAS, Luiz Armando de Medeiros; VALENTE, Joaquim Gonçalves. **Classificação por ocupação dos casos de AIDS no Brasil – 1995**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 53-64, 2000.

CAVALIERI, C. H. e FERNANDES, R. **Diferenciais de Salários por Gênero e Cor: Uma Comparação entre as Regiões Metropolitanas Brasileiras**. In: Revista de Economia Política, vol.18, nº 1, Janeiro-Março 1998.

CERQUEIRA Filho, Gisálio. A “questão social” no Brasil. Crítica do discurso político, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CHEQUER, Pedro. **O Desenvolvimento Tecnológico no campo da prevenção do HIV- cenário atual perspectivas futuras**. VIII ERONG Centro Oeste, 6-8 julho 2011. Goiânia.

CITELI, Maria Teresa. Estudos Feministas. **Ensaio: Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento**. 1º semestre 2001 ano 9. P. 131-145.

CORRÊA, Marisa. **Repensando a família patriarcal brasileira (notas para o estudo das formas de organização familiar no Brasil)**. In: ALMEIDA, Maria Suely Kofes. *Colcha de retalhos: estudos sobre a família no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1982. p.13-38.

CORRÊA, A. M. H. **O assédio moral na trajetória profissional de mulheres gerentes: evidências nas histórias de vida**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CORREA, S.O.; PIOLA, S.F. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a Luta Pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS.** Physis. 2004.14.343-62

COSTA, R.C. R. **Brasil Durante a Década de 1990.** Revista de Sociologia e Política. 2002; 18: 49-71

COELHO, M. R. S. **Atenção o básica à saúde da mulher:** subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

DEMO, Pedro. Pesquisa: **Princípio científico e educativo.** São Paulo: 2. Edição. Cortez, 1991.

ELIAS,P.E. **Estado e Saúde: Os Desafios do Brasil Contemporâneo.** São Paulo em Perspectiva, 2004; 18: 41-6.

FEENBERG, A. Marcuse ou Habermas: **Duas Críticas da Tecnologia.** Tradução de Newton Ramos de Oliveira. Disponível em: < <http://www-rohan.sdsu.edu/faculty/feenberg/marhabportu.htm> >. Acesso em: 10 janeiro 2013.

FIREMAN, Theny Mery Viana. SUS: **Avanços, Impasses e Retrocessos.** 2007. Disponível em www.crp15.org.br , acessado em 15/10/2012.

FONSECA, Maria Goretti *et. al.* **Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status socioeconômico dos casos de 1987 a 1998.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1351-1363, set./out. 2003.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia.** Tradução de Sandra Regina Netz. 4. Ed. Porto Alegre: Arned: 2005.

GOFFMANN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOMES, F.G. **Conflito Social e Welfare State**: Estado e Desenvolvimento Social no Brasil: Revista de Administração Pública 2004.40.301-36

GOMES, A.F.; SANTANA, P.G.W.; SILVA, M.J. **Mulheres Empreendedoras: Desafios e Competências**, 2005. Disponível em: <<http://www.cyta.com.ar/ta0406/v4n6a1.htm>>. Acesso em: 25 março. 2013.

GUIMARÃES, Kátia. **Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV / AIDS**. In: Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume - Dumará / ABIA/ IMS -UERJ, 1996.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 3 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

_____. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2000a. v. 3

_____. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002. v. 5.

GRANGEIRO, Alexandre. **Políticas de financiamento das ações de controle da AIDS e desenvolvimento social**. In: PASSARELLI, Carlos A. *et. al.* Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

GROSSI, Miriam Pillar. Identidade de gênero e sexualidade. In: **Estudos de Gênero**. Goiânia: Ed. da UCG, 2000. (Cadernos de Área, 9).

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Dilemas e falsos dilemas no Serviço Social**. In: Renovação e conservadorismo no Serviço Social. 7. ed., São Paulo: Cortez, 2004. Cap. III, pp. 113-158.

_____. **Trabalho e indivíduo social no processo capitalista de produção.** In: Trabalho e indivíduo social: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2006. pp. 31-99.

JÚNIOR, Cláudio Celso Monteiro. **Ações em DST/HIV/Aids em unidades básicas de saúde e planos de ações e metas:** apontamentos sobre quatro municípios paulistas. Mestrado. São Paulo Programa de Pós Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008.

KAUCHAKJE, S. **Gestão Pública de Serviços Sociais.** Curitiba: IBPEX, 2007.

LEAL, F; BOFF. **Em M. Insultos, Queixas, Sedução e Sexualidade: Fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional:** In PARKER, R; BARBOSA, R. M. Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume – Dumará/ABIA/IMS/UERJ, Cap7, p.119-135, 1996.

Laurell, C., & Noriega, M. **Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário.** São Paulo: HUCITEC 1989.

LUKÁCS, György. **O trabalho.** In: Per una ontologia dell'essere sociale. Tradução: Ivo Tonet. v. II, Roma: Ed. Riuniti, 1981.

LUKÁCS, Georg. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem.** In: Ontologia social, formação profissional e política. NEAM. SP: PUC, 1997. pp. 8-44.

MANN JM, Tarantola DJM, Netter TW. **AIDS in the world: the global AIDS policy coalition.** Cambridge: Harvard University press; 1992.

_____. **A AIDS no mundo.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MARX, Karl; ENGELS, F. **A ideologia alemã.** São Paulo: Hucitec, 1991.

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política**. 2ª edição. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

_____. **A Ideologia Alemã**. São Paulo, Livraria Ed. Ciências Humanas, 1979.

_____. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, Livro Primeiro, Tomos I e II, 1985.

_____. **O Capital: crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. v. I. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Cap.I.

MENDES, A; CARVALHO, G; MARQUES, Rosa: **O Financiamento do SUS: Princípios, Série Histórica e Propostas**. Apostila do Curso de Capacitação Para Gestores Municipais de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, 1998.

MENDES, Mary Alves. **Mulheres Chefes de Família: a complexidade e ambigüidade da questão**. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_Gen_ST38_mendes_texto.pdf. Acesso em: 13/04/2013.

MORREL, Judy; BOYLAND, Marcus; MUNNS, Gabriel, and ASTBURY, Louise. **Gender Equality in Pay Practice**. Manchester: EOC, 2001.

NEVES, Denise Carmen de Andrade. **Inserção precoce de mulheres pobres no trabalho doméstico: um estudo de trajetórias**. Tese (Doutorado em Serviço Social) Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. **A Feminização no Mundo do Trabalho**. São Paulo: Editora Autores Associados, 2004. Disponível em www.espacoacademico.com.br. Acesso em 20/02/2013.

OIT. **Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o mundo do trabalho**. Genebra, 2001.

_____. **Manual de Capacitação e Informação sobre Gênero, Raça, Pobreza e Emprego**. Modulo 1 - Tendências, problemas e enfoques: um panorama geral, 2005. Disponível em: imp://www.oitbrasil.org.br/info/downloadfile.php?fileId=167 acesso 19/03/2013.

PAIVA, Vera. Sem Mágicas Soluções: a prevenção do HIV/aids como processo de emancipação psicossocial, em **divulgação em Saúde para debate**. 2003, p. 64.

PARKER, R & AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids**. ABIA, Rio de Janeiro, 2001.

PARKER R, Camargo Jr, KR. **Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos**. Caderno Saúde Pública 2000; 16 (1) 89-102.

PEREIRA, C. **A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira - 1985-1989**. Revista Dados. 1996.18.90-111.

PIMENTA, Maria Cristina *et. al.* **HIV/AIDS no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira**. Brasília, DF: OIT, 2002.

PIRES, D.R.F. **Alguns Apontamentos Sobre o Processo de Descentralização do Programa de Aids**. Mestrado. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

POLES, Cristina. **Mulheres em riscos: O sexo feminino já responde pela maior parte dos novos casos de Aids em mais de 200 cidades do País**. Veja, 6 de setembro de 2000, p. 73.

PROBST, E.R. **A Evolução da mulher no mercado de trabalho**. Disponível em: <<http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-05.pdf>>. Acesso em: 20 março. 2013.

RAMOS, Ivonete da Silva. **Mulheres no terceiro setor da economia: o mito da emancipação feminina**. Dissertação submetida ao departamento de pós-graduação de economia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

RAMOS, L. e VIEIRA, M. L. **Desigualdades de Rendimentos no Brasil nas Décadas de 80 e 90: Evolução e Principais Determinantes**. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. Disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0803.pdf Acesso em: 20 de março de 2013.

RIBEIRO, J.M. **Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, e Grupos de Interesses no Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública. 1997.13. 81-92.

ROSENTHAL, Caio; SCHEFFER, Mário. **O novo paciente terminal**. Em tempo e presença. 2001, p. 18-19.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. **A mulher sob o modo de produção capitalista**. Contexto, n. 1, São Paulo, 1976.

_____. e VARGAS, Mônica Muñoz (Org.). **Mulher Brasileira é Assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

_____. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALAMA, P.; VALIER, J. **Pobrezas e desigualdades no 3º mundo**. São Paulo: Nobel, 1997.

SAMPAIO, R. **Aids, raça, sexo, e dano moral**. Rev Juríd Consulex 1998 Ano II, I1(18): 18-20.

SANTANNA, A.C.C. Mulheres, soropositivas e escolhas reprodutivas. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. (Org.). **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. São Paulo: Prisma Printer, 2007, p. 165.

SANTOS, Naila Janilde Seabra *et. al.* **A AIDS no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 286-310, 2002.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1996.

_____. I.B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis: Vozes, 1976

SILVA, Maria Beatriz N. Da. **A História da mulher no Brasil: tendências e perspectivas**. Revista do Instituto de Estudos Brasileiros – USP, São Paulo, n.27, p.75-91, 1987.

SILVA, Michele dos Santos; TORRES, Milena Carolina de Assis. **Mulheres chefes de família: como ficam as relações familiares?**. FAVIP Caruaru, 2011.

SIMÕES, S.A.S. **A Estrutura Legal do Sistema Único de Saúde: Breve. Esboço Sobre Direito Constitucional Sanitário**. Jus Navigandi. 2004. 1-3.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 2.ed. ver. E atual. SÃO Paulo: Cortez, 2008.

SOARES, Rosana de Lima **Estigmas da AIDS: em busca da cura**. 2002. Disponível em: <http://reposcom.portcom.intercom.org.br/dspace/bitstream/1904/19232/1/2002_CO_MUNIC_ACOES_SOARES.pdf>. Acesso em: 25 fevereiro 2013.

SOUZA, C. **Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988**. In: FLEURY, S. (Org.). Democracia,

descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 187-212.

SOUZA, Mauro César M. **Aids e suas implicações nas relações de emprego**. 2001. 398 f. Tese (Doutorado em Direito do Trabalho) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

SORJ, Bila. **O Feminismo na Encruzilhada da Modernidade e Pós-Modernidade**. In: COSTA, Albertina de Oliveira e BRUSCHINI, Cristina (Orgs.). Uma Questão de Gênero. São Paulo: Rosa dos Tempos, Fundação Carlos Chagas, 1992, p.15-23.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et. al.* **Dinâmica da epidemia de Aids no Município do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1996**: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1123-1140, set./out. 2001.

TANAKA, O; ESCOBAR, M.A; GIMENEZ, A. S; CAMARGO, K. G; LELLI, C.L. S; YOSHIDA, T.A. **Gerenciamento do Setor Saúde na Década de 80 no Estado de São Paulo, Brasil**. Revista de Saúde Pública. 1992; volume 26, 185-195.

Tavares, M.A. **Os fios (in)visíveis da produção capitalista**. São Paulo: Cortez, 2002.

Teixeira, P. R. (2000). **Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo**. In P. R. Teixeira, V. Paiva & E. Shimma (Orgs.), *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo* (pp.115-123). São Paulo: NepAIDS.

THEODOULOU, S.Z. **How Public Policy is made**. In: THEODOULOU, S.Z; CAHN, M.A. Public Policy: **The essential readings**. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1995. P. 86-96.

VIANA, A.L; HEIMANN L; LIMA, L. D. Oliveira, R.G; RODRIGUES, S.H. **Mudanças Significativas no Processo de Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil.** Cadernos de Saúde Publica. 2002.18. 102-111

VIANA, A. L. D'Ávila. FAUSTO, M.C.R; Lima, L.D. **Política de saúde e equidade.** São Paulo em Perspectiva, 17(1): 58-68, 2003.

VIANA, Maria José de Faria. **Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública.** Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2007.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. **O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos.** In: LIMA, N.T. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 193-233.

YUNES, J. **O SUS na Lógica da Descentralização.** Revista de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. 1999; 13 : 65-70

Fontes documentais:

Constituição Federal de 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Lei Orgânica da Saúde.* LEI Nº 8.080/1990

Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999

Sites:

<http://www.AIDS.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>. Acessado em 03/10/2012

BRASIL, Ministério da Saúde, *Boletim Epidemiológico – AIDS*, XIV(2), Semana Epidemiológica 14 a.26, abril/junho, 2001. **Acessado em 03/10/2012**

http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_526_perfil.pdf. Acessado em 03/10/2011
Fonte: Gerência de Ações Integradas de Saúde e Gerência de Vigilância Epidemiológica.

Revista Lugares de Educação, Bananeiras, v. 1, n. 1, p. 24-34, jan.-jun. 2011
ISSN 2237-1451. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rle>
<http://www.idec.org.br/saude/> acessado em 13/07/2012

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/> acessado em 02/08/2012

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> Acessado em 02/08/2012.

<http://sistemas.Aids.gov.br/feminizacao/> acessado em 03/08/2012

<http://www.Aids.gov.br/> acessado em 03/08/2012

http://www.zanco.com.br/art-saude_Aids.htm/ acessado em 03/08/2012

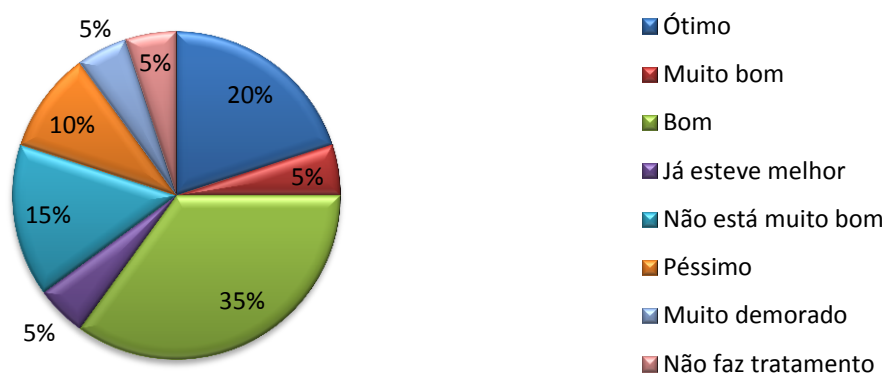
<http://www.Aids.gov.br/publicacao/plano-de-enfrentamento-da-epidemia-de-Aids-e-das-dst-entre-gays-hsh-e-travestis>. Acessado 07/10/2012

<http://www.grupoaave.org/pt/indes.php>. Acessado 07/12/2012

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2096&id_pagina=1. Acessado em 20/03/2013.

APÊNDICES

Gráfico 02 - Entendimento sobre atendimento realizado nas unidades de saúdes feitas pelas mulheres chefes de famílias inscritas no Grupo AAVE



Fonte: Pesquisa primária realizada pela pesquisadora no Grupo AAVE- Goiânia/2012



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
PROFE.^a: DR^a. DENISE CARMEN A. NEVES (ORIENTADORA)
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E
CIDADANIA.**

**PORTADORAS DE HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a
situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE –
Goiânia/2012**

MARIA SUELY DE SOUSA MARINHO

MARIA SUELY DE SOUSA MARINHO

**PORTADORAS DE HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a
situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE –
Goiânia/2012**

Projeto de pesquisa a ser submetido ao
Comitê de Ética da Pontifícia Universidade
Católica de Goiás para análise e parecer.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Carmen de Andrade Neves.
Linha de Pesquisa: Política social, movimentos sociais e cidadania.

**GOIÂNIA –GO
2011**

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	04
2. OBJETO DE ESTUDO.....	06
3. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO.....	06
4. LINHA DE PESQUISA.....	06
5. JUSTIFICATIVA.....	06
6. PROBLEMATIZAÇÃO.....	08
7. PROBLEMA.....	10
8. OBJETIVOS.....	10
8.1 OBJETIVO GERAL.....	10
8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
9. HIPÓTESE.....	10
10. QUADRO DE REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
11. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
12. METODOLOGIA.....	14
12.1 POPULAÇÃO.....	15
12.2 AMOSTRAGEM.....	15
12.3 LOCAL DA ENTREVISTA.....	15
12.4 RISCOS.....	16
12.5 BENEFÍCIOS.....	16
12.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	17
12.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	17
13. RESULTADOS.....	17
13.1 RESULTADO ESPERADO.....	17
13.2 DIVULGAÇÃO.....	17
13.3 PROPRIEDADE.....	18
13.4 DESTINAÇÃO.....	18
14. CRONOGRAMA.....	19
15. ORÇAMENTO.....	20
16. REFERÊNCIAS.....	21
17. ANEXOS.....	23

1. APRESENTAÇÃO

A epidemia do HIV/AIDS, marcada pelos seus 30 anos, vem criando nos últimos tempos, novas configurações comportamentais na sociedade.

Em junho de 1981, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos registrou os primeiros casos de uma enfermidade considerada à época um mistério. No mesmo ano, autoridades sanitárias detectam a possibilidade de transmissão pelo ato sexual, pelo uso de drogas injetáveis e pela exposição a sangue e derivados. Em 1982, a doença recebe o nome definitivo de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida, em espanhol, ou AIDS, na sigla em inglês), ano em que o primeiro caso é diagnosticado no Brasil, na capital paulista.

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde 33 milhões de pessoas são infectadas pelo HIV em todo o mundo e, no Brasil, inúmeras iniciativas governamentais vêm sendo implementadas não só pelo Ministério da Saúde no sentido de atender às necessidades dos portadores de HIV, contudo, essas ações não têm sido suficientes para coibir toda sorte de preconceitos e privações de que são vítimas, sobretudo os pertencentes às classes de menor poder aquisitivo. Diante dessa realidade Organizações Não-governamentais – ONGs têm se estruturado visando o atendimento dessa população. Por meio de atividades educativas e de atendimento assistencial realizam ações de acolhimento e promoção de cidadania.

É diante desse contexto que o Grupo AIDS: Apoio, Vida, Esperança – AAVE surge, em 1995, com o objetivo apoiar as pessoas vivendo com HIV/AIDS, principalmente por meio do fornecimento de informação/educação sobre a prevenção do HIV/Aids na comunidade e da promoção de atividades como: artesanato, espiritualidade, culinária, informática, apoio psicológico, alfabetização de adultos, coleta seletiva, teatro, visitas domiciliares e hospitalares e apoio jurídico. A finalidade dessas atividades é garantir os direitos dos portadores de HIV/Aids, oferecer apoio humano, moral e espiritual, facilitar a inserção no mercado de trabalho e contribuir para a auto-sustentabilidade.

O Grupo AAVE é uma organização não-governamental, apoiada pela Arquidiocese de Goiânia e parceira da Pastoral da Aids, a qual está diretamente

ligada aos serviços da Igreja católica. A Pastoral da Aids⁸ foi estruturada na Arquidiocese de Goiânia, em novembro de 2004, quando os membros do Grupo AAVE (Aids: Apoio, Vida, Esperança) realizaram um trabalho de educação e prevenção para o Dia Mundial de Luta Contra a Aids (01/12). A primeira participação da Pastoral ocorreu na Feira da Solidariedade, a qual é promovida pela Arquidiocese de Goiânia (08 a 12/12). Ainda em dezembro de 2004, formou-se uma equipe da Pastoral da Aids em Goiânia, com sede oficial dentro do Grupo AAVE.

A Pastoral procura expressar o compromisso da Igreja com quem é portador do HIV/AIDS, por meio de informação, acolhida, solidariedade e compromisso social.

A utilização de antirretrovirais, nas últimas décadas, tem possibilitado uma melhor qualidade de vida aos portadores de HIV/AIDS proporcionando também o aumento do tempo de sobrevivência, o que tem requerido uma maior assessoria e acompanhamento desse grupo, por meio de Políticas públicas de atendimento. É com esse propósito que os trabalhos do Grupo AAVE são desenvolvidos.

Segundo arquivos do Grupo AAVE, há 358 famílias cadastradas, as quais residem na Região Metropolitana de Goiânia. Dentre essas, figuram 109 que são chefiadas por mulheres.

O Grupo AAVE oferece uma variedade de serviços, cursos e atividades, os quais tais têm possibilitado uma melhor qualidade de vida aos portadores e seus familiares que freqüentam o grupo. Pode-se dar como exemplo **O Projeto Coleta seletiva e auto-sustentabilidade**, o qual beneficia os portadores do HIV/AIDS e familiares que se encontram em situação de risco social, baixo nível de escolaridade, em estado de pobreza, vítimas do preconceito e discriminação. Esse projeto oferece uma oportunidade de trabalho ao portador possibilitando uma renda que contribuirá para sua auto-sustentabilidade. O projeto não requer um alto nível de escolaridade, nem equipamentos sofisticados.

Todas as atividades e projetos desenvolvidos no Grupo AAVE, visa beneficiar homens e mulheres que vivem e convivem com HIV/Aids, devidamente cadastrados no Grupo. Após a realização do cadastro o portador poderá participar de qualquer atividade de seu interesse.

⁸ Atualmente a Pastoral da AIDS está sendo coordenada pela proponente do presente Projeto de Pesquisa.

2. OBJETO DE ESTUDO

A situação das mulheres portadoras de HIV/Aids chefes de família inscritas no Grupo AAVE em relação à inserção no mercado de trabalho.

3. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

Serviço Social, Política Social e Cidadania.

4. LINHA DE PESQUISA

Política social, movimentos sociais e cidadania.

5. JUSTIFICATIVA

Por muito tempo, a epidemia do HIV/AIDS cresceu rapidamente entre os homens em alguns países como o Brasil, ficando as mulheres negligenciadas das ações preventivas. A partir de 1993, quando a África já contavam com 4 milhões de mulheres vivendo com AIDS, representando uma mulher para cada homem infectado com o Vírus HIV/AIDS (Mann *et. al.*, 1992),–houve uma revisão da definição de AIDS, a qual incluiu a presença de câncer invasivo de colo do útero como um marcador da doença, independente da presença de outras infecções oportunistas. Essa realidade revela o reconhecimento tardio da presença do HIV/AIDS entre as mulheres.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), no Brasil, a atenção ao cuidado das mulheres vivendo com HIV/AIDS, especialmente no que diz respeito ao treinamento de profissionais da rede de atendimento, foi priorizada a partir do momento que foi lançado o Zidovudine injetável para a prevenção da transmissão vertical, ou seja, a transmissão vertical é quando a mãe infectada passar HIV ao bebê durante a gestação, no parto ou durante a amamentação. Diante desse contexto a gestante soropositiva deve fazer o pré-natal e acompanhamento com o infectologista, para evitar uma possível contaminação.

Segundo Carvalho e Galvão (2008), desde 1986, com a introdução do AZT (Zidovudine) aumenta-se a expectativa de vida, contudo, não há uma preocupação do Estado em relação à manutenção das condições socioeconômicas do portador de baixa renda, na medida em que inexistem programas para sua inserção no mercado de trabalho que é dificultada pelo preconceito e pela falta de qualificação. Ao mesmo tempo, não é a ele assegurado um benefício assistencial. Dessa forma, sua qualidade de vida torna-se precarizada a ponto de comprometer sua sobrevivência.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2010, de 1980 à junho de 2009, foram notificados 462.237 casos de AIDS no Brasil. De acordo com o Boletim Epidemiológico do estado de Goiás, a faixa etária que concentrou maior percentual de casos entre os anos de 1999 e 2008 foi a de 20 a 34 anos, com 52,09%; seguida da faixa de 35 a 49 anos, com 36,02% dos casos registrados. No último ano da década de 80, 65,08% dos casos notificados em Goiás, concentravam-se na capital.

Na grande Goiânia estima-se que tenha atualmente 1230 mulheres contaminadas. Embora haja mais casos ainda entre os homens, esse número vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de Aids entre mulheres, pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de Aids no sexo masculino para cada um caso no sexo feminino. Em 2009, chegou-se a 1,6 casos em homens para cada um entre as mulheres. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2010).

Quando se trata de HIV/AIDS entre as mulheres, poucos estudos têm colaborado para melhorar, em uma dimensão mais integral, o acolhimento e a assistência à mulher. Sem dúvida, os antiretrovirais para tratamento das pessoas com HIV/AIDS proporcionam aumento do tempo de sobrevivência, mas os inúmeros efeitos colaterais associados à inexistência de cura e o preconceito geram impacto na sua qualidade de vida. Diante essa realidade percebem-se as dificuldades para a inserção no mercado de trabalho.

Por meio da vivência com os usuários do Grupo AAVE nos últimos anos, pode-se observar informalmente que para as mulheres, o fato de ser portadora do HIV/AIDS tem se constituído num limitador de sua inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, numa maior precarização nas condições socioeconômicas, sobretudo para a grande parcela que é chefe de família.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo compreender de que forma a soropositividade (HIV/AIDS), associada às condições de gênero e de classe social, interferem na inserção de mulheres no mercado de trabalho, e conseqüentemente, repercutem na qualidade de vida das famílias chefiadas por mulheres atendidas no Grupo AAVE.

Este estudo se torna relevante por possibilitar uma compreensão aprofundada sobre a temática, na perspectiva socioeconômica, política e cultural, permitindo, ainda, fornecer um conjunto de elementos relacionados à epidemia do HIV/AIDS no mundo do trabalho, os quais poderão contribuir tanto com o trabalho realizado pelo Grupo AAVE, quanto para outras ONGs que desenvolvem política de assistência aos portadores de HIV/AIDS. Espera-se, em última instância colaborar na formulação de Políticas públicas voltadas à promoção de trabalho digno às mulheres soropositivas. Este trabalho torna-se, ainda, relevante por abordar a problemática relacionada à inserção da mulher no mercado de trabalho, trazendo à tona marcas de gênero que perpassam esse processo.

6. PROBLEMATIZAÇÃO

A sociedade moderna depende de diversos fatores para sobreviver, dentre eles o fator mais importante é o trabalho. A sociedade se baseia na produção de consumo de bens e serviços. Porém, os trabalhadores não aptos a acompanhar os avanços tecnológicos da contemporaneidade são descartáveis para o mercado de trabalho. Essa é a condição para a manutenção do sistema social do capital. Essa lógica está voltada prioritariamente para a produção de mercadorias.

De acordo com Antunes (2005), o mundo do trabalho passa a ter agora uma mudança qualitativa pelo peso crescente de sua dimensão mais qualificada, do trabalho multifuncional, do operário apto a operar com máquinas informatizadas e da objetivação de atividades celebrais (materializar a inteligência humana na robótica).

Por outro lado intensifica as formas de exploração do trabalho do novo proletariado. Essa exploração é crescente.

Diante dessa realidade da exploração da força de trabalho está inserida a mulher, no século XX a inserção da mulher no mercado de trabalho tem aumentado bastante. Essa inserção está ligada aos fatores econômicos, sociais e culturais. Porém, ainda não foram superadas as dificuldades encontradas pelas mulheres ao acesso a cargos de chefias e de equiparação salarial com os homens que ocupam os mesmos cargos. Nessa conjuntura percebe-se que a exploração a mulher em relação ao homem é bem maior.

Segundo o boletim epidemiológico 2010, hoje se vive num contexto de epidemia do HIV e AIDS. Esta realidade é desafiadora, pois a infecção ganha um rosto feminino atingindo mulheres de todas as classes sociais, principalmente com a idade entre 14 a 35 anos. O impacto do vírus HIV e da AIDS é maior nas mulheres. Os estereótipos relacionados com o HIV e com a AIDS têm reforçado a idéia de que as mulheres são culpadas pelo avanço da epidemia, como também as cargas sociológicas e sociais são mais pesadas para as mulheres que para os homens. Uma das queixas entre as mulheres infectadas é a questão trabalhista. A mulher culturalmente já é discriminada no mercado de trabalho por ser mulher, perante essa situação de sorologia positiva a mulher é muito mais discriminada e excluída.

Neste sentido, é importante fazer a pergunta para a temática apresentada, ou seja, qual a relação entre a presença do HIV/AIDS em mulheres chefe de família inscrita no Grupo AAVE e a inserção no mundo do trabalho?

7. PROBLEMA

O questionamento e as considerações levam a problemática principal a ser investigada por este é: a situação de sorologia positiva (HIV/AIDS), associada à condição de gênero tem dificultado a inserção das mulheres chefes de família do Grupo AAVE no mercado de trabalho e precarizado ainda mais suas condições socioeconômicas?

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GERAL

Compreender de que forma a soropositividade (HIV/AIDS), associada às condições de gênero e de classe social, interferem na inserção de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, repercutem na qualidade de vida das famílias chefiadas por mulheres atendidas no Grupo AAVE.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil socioeconômico e cultural das famílias.
- Conhecer o processo educativo e de formação profissional das mulheres.
- Demonstrar aspectos relativos ao processo de inserção no mercado de trabalho (dificuldades e sucessos)
- Averiguar as experiências concretas de trabalho das mulheres.

9. HIPÓTESE

O medo do julgamento e da discriminação desencoraja as mulheres a buscar o emprego formal, gerando alterações em sua qualidade de vida em todas as dimensões. Carvalho e Galvão (2008) descrevem que o HIV/AIDS foi construído diante de conceitos de perversidade e de misérias humanas, como as questões do homossexualismo masculino, promiscuidade feminina e uso de drogas. Temendo serem associadas a esses estigmas, as mulheres têm dificuldade de buscar vagas no mercado de trabalho, o que dificulta sua inserção.

A desinformação da sociedade a respeito do HIV/AIDS, sobretudo, seus sintomas e tratamento, gera preconceito e discriminação por parte dos empregadores que, muitas vezes, se recusam a contratar um/a portador/a.

A precária qualificação profissional e a baixa escolaridade têm também se constituído em empecilho à inserção de mulheres de baixa renda no mercado de trabalho. Nesse aspecto, as marcas de gênero se tornam fator de maior discriminação, pois as mulheres, de forma geral, possuindo escolaridade superior em relação aos homens, ainda ocupam postos de trabalho com menor remuneração.

Não se pode deixar de mencionar os efeitos colaterais dos antiretrovirais, os quais são mais fortes nas mulheres do que nos homens, podendo interferir

inclusive na estética corporal ao longo do tratamento, o que também pode se constituir em fator de discriminação e afastamento delas do mercado de trabalho.

Evidentemente, todos esses fatores não devem ser dissociados das condições de classe social, contudo, não se pode desconsiderar que têm contribuído como agravantes para uma maior precarização das famílias atendidas pelo Grupo AAVE cuja chefia é exercida por mulheres.

10. QUADRO DE REFERENCIAL TEÓRICO

A eclosão da AIDS nos anos 1980 assustou a sociedade e a saúde pública do Brasil. A partir deste evento, a sexualidade passou a ser abordada de maneira distinta. Tendo em vista que um dos principais meios para a transmissão da AIDS é por vias sexuais, a doença causou um impacto profundo no comportamento sexual de toda sociedade contemporânea. A partir dessa realidade o uso do preservativo tornou-se importantíssimo e o discurso do sexo seguro tornou-se prioridades em todos meios sociais.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS é causada pelo vírus HIV que ataca as células de defesas do organismo, denominadas CD4 que estão presentes na corrente sanguínea, abrindo a guarda para infecções e doenças oportunistas. O Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV causa a AIDS e é transmitido por meio de transfusão de sangue contaminado, de secreções vaginais e do sêmen, transmissão vertical e objetos perfurantes ou cortantes contaminados. A presença de anticorpos para o HIV no organismo é detectada por meio do teste de sangue chamado Elisa e ou *Western Blot*. Sabe-se que, a AIDS não tem cura nem vacina, porém existe um tratamento por meio da combinação de anti-retrovirais (conhecido como coquetel), que inibe a reprodução do HIV. O uso dos anti-retrovirais resulta numa melhor qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV / AIDS.

Segundo Carvalho e Galvão (2008), a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, desde 1986, com a introdução do AZT (Zidovudine) tem melhorado muito, aumentando então, sua expectativa de vida. Diante dessa nova realidade as preocupações se voltam justamente para a qualidade de vida.

No caso da pessoa vivendo com HIV/AIDS é importante reconhecer e entender as dificuldades e os problemas por ela enfrentados após o diagnóstico, os quais incidirão na sua qualidade de vida. De acordo Parker, (1999) o HIV/AIDS é uma questão central na luta pelos direitos humanos, tornando-se muito mais do que a propagação de uma doença infecciosa, de alta letalidade e de alto custo social. No complexo processo de disseminação do HIV/AIDS, prolifera uma “epidemia de significados”, que leva ao constante enfrentamento de estigmas e discriminações que são obstáculos ao compromisso com a prevenção e com o atendimento.

Segundo Care (2006), a AIDS é uma doença que desde o princípio está acoplada ao preconceito e a discriminação, todos esses significados causam um impacto grande na vida da pessoa soropositivo, interferindo no cotidiano, no bem estar e no planejamento, conseqüentemente na vida profissional do portador. Os problemas enfrentados vão desde os impactos na vida social até a administração da vida diária devido, dentre outros fatores, à ingestão dos medicamentos. As diferentes restrições e adaptações possuem custos materiais e emocionais.

Câmara (1999) salienta que são inquestionáveis as alterações causadas pelo HIV/AIDS em todo o mundo, os desafios individuais e coletivos postos pela doença são imensos. Os mitos sobre a transmissão, os preconceitos, o fato da AIDS ainda não ter cura, os valores morais ligados à sexualidade, o medo da doença e da morte e associação da doença com as drogas ilícitas, todos esses mitos inerentes à doença geram discriminação e preconceito social. Perante essa realidade percebe-se que o HIV/Aids trouxe mudanças significativas não somente na área da saúde, mas para toda sociedade, trouxe também novos atores para os movimentos sociais e novos desafios para à área da saúde, não se pode deixar de mencionar também a grande visibilidade sobre às questões relacionadas a sexualidade.

De acordo com Barbosa (2003) o crescimento da transmissão da infecção do HIV via relações heterossexuais aumentaram rapidamente os casos de transmissão entras as mulheres. No entanto, foi só a partir dos anos 90 e mais intensamente nos últimos dez anos, que as questões específicas das mulheres quanto ao HIV/AIDS tomaram relevância.

Apesar do fácil acesso aos preservativos tantos masculinos como femininos, as mulheres têm dificuldade de negociar com seus parceiros o seu uso, às vezes por estarem em um relacionamento estável ou às vezes por exigência do

parceiro. Há o temor de que o parceiro rompa o relacionamento caso insista com o uso do preservativo.

Diante dessa realidade algumas pessoas optam pelo silêncio, mesmo sabendo que a revelação é importante para a elaboração de condutas mais efetivas. Nos dias atuais o HIV/AIDS é considerada uma doença crônica, cujo tratamento possibilita uma melhoria na qualidade de vida do portador.

Do ponto de vista cultural Guimarães (1996) mostra que as dificuldades associadas à negociação de práticas sexuais seguras não se resumem somente à discussão do uso ou não do preservativo. Segundo a autora, para possibilitar um espaço propício para tais discussões é necessário o confronto com questões mais complexas, relacionadas a uma gama de representações sociais que permeiam o exercício das diferentes sexualidades e que se encontram marcadamente presentes nas inter-relações de gênero. Nelas, em oposição a uma cultura positiva da masculinidade, encontra-se uma cultura feminina marcada fortemente pelo silêncio, pelo conformismo e pelo ocultamento, para as mulheres envolvidas em relacionamentos tradicionais é reservado o silêncio.

Segundo relatório (2001) da OIT, o trabalho desempenhado pelas mulheres - remunerado ou não é mais facilmente interrompido pelo HIV /AIDS. As mulheres são mais vulneráveis, tendo em vista que dominam o setor informal, na área em que os empregos não são assegurados pelo seguro social ou por outros benefícios de saúde ocupacional. Diante disso percebe-se que as medidas de prevenção ao HIV/AIDS e de apoio às pessoas soropositivas, nos locais de trabalho, têm se revelado insatisfatório para as mulheres, pois exigem um padrão de equidade de gênero que está longe de ser efetivado no Brasil.

A recomendação da OIT é que sejam construídas políticas no local de trabalho que possibilite o fim das práticas discriminatórias, enfatizando a prevenção a infecção.

11. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica usada para este estudo possibilitou a identificação de um quadro teórico de referencia em que se destacam as reflexões dos seguintes autores: Carvalho e Galvão (2008); Santos, Franca Junior e Lopes (2007); Parker, (1999); Care, (2006); Câmara (1999); Barbosa (2003); e Guimarães (1996);

12. METODOLOGIA

Como argumentos de reflexão para o desenvolvimento da pesquisa serão realizados, além de uma revisão geral sobre o tema, um levantamento bibliográfico, documental e pesquisa de campo.

O método da pesquisa se baseia numa análise de documental, pesquisa de campo e bibliográfica, partindo do real e concreto. Buscar-se-á na literatura categorias analíticas, que interpretem esse fenômeno adequadamente dentro do processo histórico da formação da sociedade brasileira. As categorias analíticas constituirão as ferramentas para investigar o fenômeno em questão, buscando apreender as partes que o integram, extraindo deste estudo categorias que enriqueçam o conhecimento sobre a sociedade brasileira e apontem caminhos alternativos.

O método a ser utilizado busca seguir a tradição marxista que parte sempre do real e concreto, chega a categorias abstratas, e retorna novamente para o concreto “agora, porém, não mais como uma representação caótica do todo, e sim como uma rica totalidade de muitas determinantes e correlações” (MARX, 1974, 21).

12.1 População

Segundo arquivos do Grupo AAVE, há 358 famílias cadastradas, as quais residem na Região Metropolitana de Goiânia. Dentre essas, figuram 109 que são chefiadas por mulheres.

12.2 Amostragem

Das 358 famílias cadastradas, serão entrevistadas 20 mulheres chefes de família o qual representa 18,3% das famílias que são chefiadas por mulheres. As mulheres chefes de famílias que participarão da entrevista serão escolhidas por meio de sorteio. Serão incluídas todas as mulheres sorteadas que tenham afirmado positivamente sua adesão à pesquisa ao preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 1**). A adesão dos sujeitos será espontânea, portanto, caso alguém não aceite participar, serão sorteadas outras, tantos quantos forem necessários, para que atinja o número desejado. As pessoas a serem entrevistadas

serão contatadas por intermédio de telefonemas diretamente pelo entrevistador, para participarem da entrevista.

12.3 Local da entrevista

As mulheres selecionadas serão entrevistadas na sede do Grupo AAVE, conforme agendamento prévio e autorização da Coordenação. Contudo, na impossibilidade de deslocamento até a instituição, serão realizadas visitas às casas para a realização da entrevista. Havendo, contudo, agendamento prévio e respeitando-se a disponibilidade de cada uma.

12.4 Riscos

O sigilo será em relação às informações obtidas será garantido pela pesquisadora responsável. Qualquer prejuízo, desconforto, danos que podem ser provocados pela pesquisa, à inutilização dos instrumentos utilizados para coleta dos dados, as entrevistadas serão imediatamente conduzidas aos profissionais do AAVE, os quais estão devidamente preparados para as primeiras orientações.

12.5 Benefícios

Os entrevistados serão beneficiados pelo próprio fato de falar de si, e poder conhecer melhor aspectos de sua subjetividade. A realidade socioeconômica e cultural, dos sujeitos pode se influir com mais qualidades nos processos de elaboração e de execução de Políticas públicas voltadas às suas necessidades. O próprio pesquisador pretende, também, ao longo e após a pesquisa, contribuir com a realização de atividades (realização de oficinas) do AAVE, no que tange às informações sobre a temática abordada neste estudo.

O entrevistador já fez visitas prévias ao espaço em que a pesquisa será realizada, já apresentou o projeto de pesquisa às autoridades responsáveis e obteve autorização para a realização da mesma (**anexo 3**).

Na seqüência da pesquisa, o entrevistador fará uma explanação sobre este projeto de pesquisa às pessoas a serem entrevistadas, destacando o objetivo da pesquisa. Após essa explanação, será apresentado aos participantes da pesquisa (a todos os que aceitarem a participar da entrevista) o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (**anexo 1**) para que leiam ou o entrevistador fará a leitura caso necessário e, em seguida, será assinado pelo entrevistado.

12.6 Instrumento de coleta de dados

Nesta pesquisa o instrumento de coleta de dados entrevista orientada por um Roteiro Semiestruturado, composto de perguntas abertas (**Anexo 2**).

12.7 Análise dos dados

Os dados coletados por meio da entrevista serão analisados. No decorrer do processo de tabulação, serão feitos recortes por relevância das categorias analíticas com base na revisão bibliográfica, levando em considerações os objetivos específicos, bem como, fatos relevantes e assuntos de interesse, registrados nas entrevistas.

Analisar, à luz dos referenciais teóricos de todo estudo, as palavras levantadas pela leitura das entrevistas por meio de uma redação única.

O resultado da pesquisa será de domínio público. Portanto os entrevistados e a população em geral terão conhecimento dos resultados da mesma.

13. RESULTADOS

13.1 Resultado esperado

Produção da dissertação para obtenção do título de mestra em Serviço Social; realização de oficinas de trabalho em espaços (instituições e ONGs) que trabalham com soropositivos, principalmente no espaço em que a pesquisa será realizada; apresentação de resultados parciais das pesquisas em eventos locais, regionais e nacionais, em forma de palestra e debates; publicação de resultados parciais em revistas especializadas na área e multidisciplinares, capítulos de livros.

13.2 Divulgação

A divulgação poderá ser realizada por meio de periódicos impressos ou online, seminário, congressos, conferência dentro da temática abordada e artigos. A

divulgação ocorrerá também em eventos do Grupo AAVE para conhecimento dos usuários.

13.3 Propriedade

Este trabalho é de propriedade final do autor, que por estar inserido no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás- PUC Goiás, disponibilizará a presente dissertação para pesquisa e estudos afins.

13.4 Destinação

1. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para estudos e análises em um primeiro momento, internamente, por meio da academia e será disponibilizado para a sociedade em geral ao final da pesquisa. As respostas serão gravadas e depois transcritas. As entrevistas serão realizadas em junho de 2012. Após a utilização das respostas na análise, o material (arquivo com a transcrição das fitas, bem como as próprias fitas gravadas), serão arquivados pelo pesquisador durante cinco anos. Ao finalizar os cinco anos de defesa da dissertação todo arquivo mencionado acima será queimado. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Seu nome e suas informações pessoais serão preservados, aparecendo apenas com uma letra.

13. CRONOGRAMA

Atividades	2011												2012												2013		
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
Cursar as disciplinas do programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Elaborar os trabalhos da disciplina						X	X						X	X				X	X								
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Elaboração do Projeto de Pesquisa								X	X																		
Elaboração dos Instrumentais da Pesquisa										X	X																
Correção do Projeto e adequação do instrumento													X	X													
Credenciamento do Projeto de Pesquisa no C.E																X	X										
Coleta de dados																		X									
Transcrição das entrevistas																			X								
Análise e Interpretação dos Dados																				X	X						
Elaboração da Dissertação																				X	X	X					
Qualificação																								X			
Revisão da Dissertação																								X	X	X	
Defesa da Dissertação																											X

15. ORÇAMENTO

RECURSOS MATERIAIS

N.	MATERIAL	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	Combustível	500 lts	R\$ 1,79	R\$ 895,00
2	Resma Papel A4	4	R\$ 13,00	R\$ 52,00
3	Pen-drive	1	R\$ 40,00	R\$ 40,00
4	CDs	5	R\$ 1,50	R\$ 7,50
5	Canetas	38	R\$ 0,80	R\$ 30,40
6	Fotocópias	500	R\$ 0,10	R\$ 50,00
7	Computador	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
8	Impressora	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00
9	Livros	5	R\$ 100,00	R\$ 500,00
10	Material para pesquisa (gravador e fitas)	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
	TOTAL			R\$ 3.774,90

RECURSOS HUMANOS

N.	MATERIAL	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	Transcrição das fitas	30 horas	R\$ 50,00/h	R\$ 1.500,00

TOTAL DO PROJETO DE PESQUISA

RECURSOS MATERIAIS	R\$ 3.774,90
RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.500,00
TOTAL	R\$ 5.274,90

O ônus financeiro para a implementação da pesquisa é de inteira responsabilidade do pesquisador

16. REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** São Paulo : Cortez; Campinas : Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard, org. **Sexualidades pelo Averso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro / São Paulo: IMS-UERJ / Editora 34, 1999.

CARE (BRASIL). **Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional.** AIDS Novos Horizontes: Edição especial. São Paulo, p. 01-35, 2006.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. **Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE.** *Revista Escola Enfermagem - USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2008.

CÂMARA, C. **Mulheres negras brasileiras: AIDS e racismo.** *Jornal da Rede Feminista de saúde*, n.17, maio de 1999.

GUIMARÃES, Kátia. **Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV / AIDS.** In: *Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil.* Rio de Janeiro: Relume - Dumará / ABIA/ IMS -UERJ, 1996.

MANN JM, Tarantola DJM, Netter TW. **AIDS in the world: the global AIDS policy coalition.** Cambridge: Harvard University press; 1992.

MARX, Karl. *Grundrisse der Kritik der politischen Oekonomie. (Rohentwurf) 1857-1858.* Berlin: Dietzverlag Berlin, 1974.

REPERTÓRIO de recomendações práticas da OIT **sobre o HIV / AIDS e o mundo do trabalho.** Brasília: Secretaria Internacional / Ministério da Saúde, 2001.

SANTOS, E. C. M.; FRANCA JUNIOR, I.; LOPES, F. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo.** *Revista Saúde Pública.* São Paulo, v. 41, n. 2, p. 64-71, 2007.

SITES:

[http://www.AIDS.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico.](http://www.AIDS.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico) Acessado em 03/10/2011.

MS (Ministério da Saúde), 2001. *Boletim Epidemiológico – AIDS*, XIV(2), Semana Epidemiológica 14 a .26, abril/junho. **Acessado em 03/10/2011** http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_526_perfil.pdf. Fonte: Gerência de Ações Integradas de Saúde e Gerência de Vigilância Epidemiológica.

17. APÊNDICES

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROF.^a: DR.^a. DENISE CARMEN A. NEVES (ORIENTADORA)
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E
CIDADANIA.**

ANEXO 01 – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Título do projeto: PORTADORAS DE HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE – Goiânia/2012

Orientadora: Prof.^a: Dr.^a. Denise Carmen A. Neves.

Pesquisadora responsável: Mestranda - Maria Suely de Sousa Marinho – Fone: (62) 81471957.

O/A Sr (sra.) está sendo convidado (a) a participar como voluntário desta pesquisa que tem como objetivo: Compreender de que forma a soropositividade (HIV/AIDS), associada às condições de gênero e de classe social, interferem na inserção de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, repercutem na qualidade de vida das famílias chefiadas por mulheres atendidas no Grupo AAVE. Esta pesquisa é parte integrante da dissertação de Mestrado em Serviço Social/PUC e para uma maior compreensão desse processo será prestado os seguintes esclarecimentos:

Essa pesquisa será realizada por Maria Suely de Sousa Marinho, acadêmica regular no Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

1. Dos objetivos – esta pesquisa tem como objetivo geral compreender de que forma a soropositividade (HIV/AIDS), associada às condições de gênero e de classe social, interferem na inserção de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, repercutem na qualidade de vida das famílias chefiadas por mulheres atendidas no Grupo AAVE.

2. Objetivos específicos:

Primeiro objetivo é traçar o perfil socioeconômico e cultural das famílias;

Segundo objetivo conhecer o processo educativo e de formação profissional das mulheres;

Terceiro objetivo demonstrar aspectos relativos ao processo de inserção no mercado de trabalho (dificuldades e sucessos)

Quarto objetivo averiguar as experiências concretas de trabalho das mulheres.

3. Participantes da pesquisa: Serão as mulheres chefes de família soropositivas, devidamente cadastrada no grupo AAVE(Associação: Aids, Vida, Esperança.

4. Ao participar deste estudo o (a) permitirá que a pesquisadora Maria Suely de Sousa Marinho, utilize as informações fornecidas com ética, respeito e rigor científico.

O/A Sr(a) tem a liberdade de se recusar a participar e ainda prosseguir participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) Sr. (Sr^a). Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Maria Suely de Sousa Marinho por meio do telefone (62) 8147-1957 e/ou do Comitê de Ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás no telefone (62) 3946-1512. Os dados empíricos utilizados na pesquisa serão colhidos com base nas informações fornecidas pelo (a) Sr. (Sr^a) , ao pesquisador pela (a) Sr. (Sr^a) após sua concordância e assinatura deste documento (TCLE).

5. Duração da pesquisa: A duração da pesquisa será de um mês (junho de 2012)

Sobre a entrevista: Das 358 famílias cadastradas, serão entrevistados 18,3% das mulheres chefes de famílias o que corresponde 20 mulheres de qualquer faixa etária devidamente cadastrada no Grupo AAVE, por considerar esse número seguro, possibilitando uma boa qualidade de análise posterior. Serão incluídos os que tenham afirmado positivamente sua adesão à pesquisa ao preencherem o questionário a elas disponibilizado (Anexo 1). A adesão dos sujeitos será espontânea, portanto, caso alguém não aceite a participar, serão sorteadas outros, tantos quantos forem necessários, para que atinja o número desejado. As pessoas a serem entrevistadas serão contatadas por intermédio de telefonemas diretamente pelo entrevistador, para participarem da entrevista.

6. Sobre aplicação do questionário: Das 358 famílias cadastradas, serão entrevistados 20 mulheres o que corresponde 18,3% das mulheres chefes de famílias de qualquer faixa etária devidamente cadastrada no Grupo AAVE, por

considerar esse número seguro, possibilitando uma boa qualidade de análise posterior. Serão incluídos os que tenham afirmado positivamente sua adesão à pesquisa ao preencherem o questionário a elas disponibilizado (Anexo 1). A adesão dos sujeitos será espontânea, portanto, caso alguém não aceite a participar, serão sorteadas outras, tantos quantos forem necessários, para que atinja o número desejado. As pessoas a serem entrevistadas serão contatadas por intermédio de telefonemas diretamente pelo entrevistador, para participarem da entrevista. Os sujeitos do Grupo AAVE serão entrevistados em uma das salas da referida instituição, conforme agendamento prévio e autorização da coordenação do AAVE. A participação na pesquisa é livre. Em caso de desistência dos envolvidos na participação na pesquisa, a qualquer momento este afastamento ocorrerá sem nenhum prejuízo ao informante da pesquisa. A identificação dos participantes será mantida em absoluto sigilo e seus nomes serão substituídos por nomes fictícios (pseudônimos) para preservar sua identificação.

7. Riscos - O sigilo será em relação às informações obtidas será garantido pela pesquisadora responsável. Qualquer prejuízo, desconforto, danos que podem ser provocados pela pesquisa, à inutilização dos instrumentos utilizados para coleta dos dados, as entrevistadas serão imediatamente conduzidas aos profissionais do AAVE, os quais estão devidamente preparados para as primeiras orientações.

8. Confidencialidade: as informações obtidas serão utilizadas para a sua apreciação como colaborador (a) da pesquisa.

9. Benefícios: Sua participação enquanto colaborador da pesquisa será de fundamental relevância para reflexões sobre os aspectos relacionados à inserção da mulher soropositiva no mercado de trabalho, bem como o valor que lhe é atribuído na sociedade atual.

10. Pagamento: O (a) Sr. (Sr^a) não terá nenhum tipo de despesas para participar desta pesquisa e não receberá nenhuma remuneração por sua participação. Você terá direito a indenização em caso de danos decorrentes da sua participação.

11. As respostas serão gravadas e depois transcritas. As entrevistas serão realizadas em junho de 2012. Após a utilização das respostas na análise, o material (arquivo com a transcrição das fitas, bem como as próprias fitas gravadas) e ao finalizar os cinco anos de defesa da dissertação, todo esse arquivo com a transcrição das fitas e as fitas gravadas serão queimados. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos

futuros. Seu nome e suas informações pessoais serão preservados, aparecendo apenas com uma letra.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar como colaborador desta pesquisa. Assim, sendo preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): considerando os itens acima apresentados eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da referida pesquisa.

Goiânia, _____ de _____ de 2012.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROF.^a: DR.^a. DENISE CARMEN A. NEVES (ORIENTADORA)
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E
CIDADANIA.**

Núcleo de Estudo Pesquisa Estado Sociedade e Cidadania/NUPESC
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ RG Nº _____

CPF Nº _____, abaixo assinado concordo em participar do estudo e da pesquisa : Portadoras de HIV/Aids e a inserção no mercado de trabalho: “a situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE – Goiânia/2012”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela entrevistadora e pesquisadora Maria Suely de Sousa Marinho, Os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrente da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome do sujeito ou responsável _____

Assinatura do sujeito ou responsável _____

Assinatura Dactiloscópica:

Nome e assinatura do pesquisador responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligada à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações complementares: _____

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROF.^a: DR.^a. DENISE CARMEN A. NEVES (ORIENTADORA)
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E
CIDADANIA.**

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____mulher chefe de família soropositivo cadastrada no _____

Abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: PORTADORAS DE HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE – Goiânia/2012, respondendo as questões da entrevista. Permito que esses dados possam ser utilizados na dissertação de mestrado e/ou trabalhos científicos. Declaro que eu fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Maria Suely de Sousa Marinho sobre o referido assunto, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Goiânia, ____ de _____ de 2012.

Assinatura

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROF.^a: DR.^a. DENISE CARMEN DE ANDRADE NEVES (ORIENTADORA)
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E
CIDADANIA.**

Pesquisa: PORTADORAS DE HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE – Goiânia/2012

Pesquisadora: Maria Suely de Sousa Marinho

ANEXO 02 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. PERFIL SOCIOECONÔMICO DA ENTREVISTADA

- 1.1 Qual a sua idade?
- 1.2 Qual o seu estado civil?
- 1.3 Você tem filhos? Se positivo, quantos?
- 1.4 Quantas pessoas residem com você? Quem são?
- 1.5 Quantas delas trabalham?
- 1.6 Você é beneficiária de algum Programa governamental de transferência de renda? (Se positivo) Qual? Quanto recebe?
- 1.7 Qual a renda familiar?
- 1.8 Vocês residem em casa própria? (Se negativo, indicar qual a condição, se alugada, cedida, área de posse)
- 1.9 Sua residência:
 - * possui água tratada pelo sistema público (SANEAGO)?
 - * possui luz elétrica?
 - * está localizada em rua asfaltada?
- 1.10 Você estuda atualmente? (Se positivo) Que série você cursa?
(Se negativo) Até que série você cursou?
- 1.11 (Se parou de estudar) Por qual o motivo parou de estudar?
- 1.12 Você já fez algum curso profissionalizante? Se positivo, qual?
- 1.13 No seu entendimento, a qual raça/etnia você pertence?

2. ASPECTOS RELACIONADOS AO TRABALHO E À SOROLOGIA POSITIVA

- 2.1 Você trabalha atualmente?

(Se positivo, responder às questões abaixo. Se negativo, ir para questão nº 2.2)

- 2.1.1 Onde?
- 2.1.2 Há quanto tempo está neste trabalho?
- 2.1.3 É registrada?
- 2.1.4 Teve alguma dificuldade para ser admitida?
- 2.1.5 Seu empregador sabe que você é soropositiva?
- 2.1.6 No dia-a-dia do seu trabalho, você percebe alguma atitude que lhe desagrada ou que você se sente desrespeitada? Comente.
- 2.1.7 Antes desse trabalho você já havia trabalhado?
Se positivo, como foi a(s) experiência(s)?

2.2 Você já trabalhou?

(Se positivo, responder às questões abaixo. Se negativo, ir para a questão nº 2.3)

- 2.2.1 Com que idade começou a trabalhar?
- 2.2.2 Que atividades você já desempenhou?
- 2.2.3 Em algum momento, foi registrada?
- 2.2.4 Por que deixou o trabalho? (Ir para questão 2.4)
- 2.2.5 No dia-a-dia do seu trabalho, você percebia alguma atitude que lhe desagradava ou que você se sentia desrespeitada? Comente. (Ir para questão 2.4)

2.3 Por que você nunca trabalhou?

2.4 Você tem vontade de trabalhar?

(Se positivo, responder às questões abaixo. Se negativo, ir para questão 3).

- 2.3.1 Se você fosse trabalhar hoje, o que gostaria de fazer?
- 2.3.2 Você se sente capacitada para entrar no mercado de trabalho? Explique.
- 2.3.3 Você gostaria de fazer algum curso de capacitação? (Se positivo) Você já buscou algum curso? (Se positivo) Qual?

2.5 Em algum momento, depois da descoberta da sorologia positiva, você enfrentou problemas em relação ao trabalho? Comente.

3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E FAMILIARES E A RELAÇÃO COM À SOROLOGIA POSITIVA

- 3.1 Há quanto tempo descobriu que é soropositiva?
- 3.2 Qual foi a reação da sua família quando soube? (Perguntar a quem ela se refere: filhos, pais, irmãos, esposo etc.)
- 3.3 Atualmente, como é a relação com sua família?
- 3.4 Alguém, em especial, apoiou você?
- 3.5 Seus vizinhos e amigos sabem que você é soropositivo?
- 3.6 Como é a relação com eles (vizinho e amigos)?
- 3.7 O que você faz nas horas vagas (lazer)?

4 PROBLEMAS ENFRENTADOS E A PRESENÇA INSTITUCIONAL

- 4.1 Em qual unidade de saúde você está recebendo atendimento? Como você avalia esse atendimento? Você acha que poderia ser melhor? Em quê?
- 4.2 Alguma instituição (governamental ou não) tem contribuído com você e sua família? Se positivo, qual(is)? De que forma?
- 4.3 Você enfrenta problemas para sustentar sua família? Se positivo, quais são esses problemas?
- 4.4 De forma geral, o que você considera necessário para que as suas condições de vida melhorem?

5 AS CONDIÇÕES DA MULHER SOROPOSITIVA

- 5.1 O fato de ser mulher e soropositiva modifica em algum aspecto sua relação com a sociedade? (Se positivo) Em quê?
- 5.2 No que se refere ao trabalho, especificamente, há alguma diferença entre o homem soropositivo e a mulher soropositiva? (Se positivo) Em quê?
- 5.3 Enquanto mãe, você enfrenta algum problema? (Se positivo) Qual(is)?
- 5.4 Você gostaria de fazer algum outro comentário sobre esse assunto?



AIDS: APOIO, VIDA, ESPERANÇA.

CNPJ: 03.904.616/0001-85

ANEXO 03 - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar como o parecer ético emitido pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição Co-participante do presente Projeto de Pesquisa: PORTADORAS DE HIV/AIDS E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: a situação das mulheres chefes de família inscritas no Grupo AAVE – Goiânia/2012 , e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Goiânia, _____ de fevereiro de 2012.