



PUC GOIÁS

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

SILVANIA MARTINS DA SILVA

**AS CONDIÇÕES DE SOBREVIVÊNCIA DAS MULHERES COM HIV/AIDS
ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA ATÉ 2017**

GOIÂNIA-GO

2020

SILVANIA MARTINS DA SILVA

**AS CONDIÇÕES DE SOBREVIVÊNCIA DAS MULHERES COM HIV/AIDS
ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA ATÉ 2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Conceição Sarmiento Padial Machado.

GOIÂNIA-GO

2020

S586c Silva, Sylvania Martins da

As condições de sobrevivência das mulheres com HIV/Aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília até 2017 / Sylvania Martins da Silva.-- 2020.

96 f.

Texto em português, com resumo em inglês.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2020.

Inclui referências: f. 84-91.

1. AIDS (Doença) em mulheres. 2. Mulheres HIV-positivo. 3. Preconceitos. I.Machado, Maria Conceição Sarmento Padial. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - 2020. III. Título.

CDU: 364.692(043)

613.99(043)

616.98:578.828HIV

SILVANIA MARTINS DA SILVA

**AS CONDIÇÕES DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA DAS
MULHERES COM HIV/AIDS ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA ATÉ 2017**

FOLHA DE APROVAÇÃO

DISSERTAÇÃO do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social
defendida em 1º de outubro de 2020 e aprovada pela Banca Examinadora.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Maria Conceição Sarmiento Padial Machado – PUC Goiás - Orientadora

Profª Drª Luciana de Castro Álvares - Convidada externa

Profª Drª Denise Carmem de Andrade Neves - PUC Goiás

Profª Drª Maria José Pereira Rocha – PUC Goiás (Suplente)

Dedico esse trabalho aos meus pais e a minha avó paterna que, apesar de não terem tido condições para estudos mais adiantados, tiveram/têm sabedoria. Graças aos seus esforços, consegui chegar até aqui.

Ao meu esposo Marcelo, que, sensato, inteligente e paciente, está sempre ao meu lado, dando-me força e amparando-me em todos os momentos.

À Pituca, que surgiu em minha vida de forma inesperada e, a seu modo, consola, cura, alegra e chama para a vida.

Às mulheres participantes dessa pesquisa que se reinventam diariamente para sobreviver num país tão desigual.

Ao meu santo protetor, Santo Expedito, a quem busco diariamente, pedindo e agradecendo.

A Deus, por tudo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Conceição Sarmento Padial Machado, pela orientação da pesquisa e por oportunizar novos aprendizados e conhecimentos.

À Prof^a Dr^a Denise Carmem de Andrade Neves e à Prof^a Dr^a Luciana de Castro Álvares, pelo carinho e disponibilidade para participar da banca examinadora de qualificação e de defesa e pelas contribuições à pesquisa.

Às minhas professoras do mestrado por proporcionarem grande aprendizado. Minha admiração por vocês é enorme.

À Alessandra, secretária do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, pela atenção.

Aos colegas do mestrado, Juraildes e Nayara, pela amizade, e Rodrigo, pelo cuidado e humor que alegrava. Enfim, a todas/os colegas pelas reflexões e ensinamentos compartilhados. Foi muito gratificante estar com vocês.

Ao Hospital Universitário de Brasília (HUB), DIP e ao Projeto Com-Vivência, por gentilmente permitirem e autorizarem a realização da pesquisa.

Ao Fernando Araújo Rodrigues de Oliveira, farmacêutico do HUB, pela atenção e disponibilidade.

Ao Lafaiete Nascimento, terapeuta, pelo fortalecimento nos momentos difíceis e por me fazer entender que eu consigo prosseguir e ser capaz.

À Prof^a Dr^a Flávia Aparecida Squinca, pela amizade e companheirismo, principalmente em tempos difíceis. Muito inteligente, compartilhou com reflexões valiosas para a pesquisa.

À Josenaide Engrácia dos Santos, pela compreensão.

À Regina Nascimento, pela amizade e me permitir conviver com uma pessoa tão incrível.

À minha avó paterna (*in memoriam*), pai (*in memoriam*) e mãe, simplesmente por tudo.

Ao Marcelo, meu marido e companheiro de vida, pelo amor, compreensão e segurança. Foi o seu apoio que me fez chegar até aqui.

Por fim, gratidão especial e imensa a todas as participantes da pesquisa, pela generosidade, confiança e contribuição. Foi com emoção pelas suas histórias de vida que finalizei essa pesquisa.

RESUMO

Esta dissertação visa investigar as condições de vida e as estratégias de sobrevivência de mulheres com HIV/Aids, na faixa etária de 20 a 60 anos, que fazem tratamento e acompanhamento por equipe multiprofissional no Hospital Universitário de Brasília. O objetivo foi apreender as principais expressões da questão social relacionadas às condições de vida (preconceito, discriminação, desemprego, seguro social etc.) presentes no contexto diário desse grupo de mulheres, além de apreender quais restrições a doença provocou no campo do trabalho e as condições socioeconômicas e familiares. Para a realização da pesquisa, buscou-se suporte bibliográfico e documental. A metodologia empregada foi a abordagem qualitativa, sendo os dados coletados por meio de entrevista semiestruturada, utilizando “Formulário de Pesquisa”. A análise dos resultados mostrou que o preconceito, a discriminação e as desigualdades ainda se encontram bastante arraigados em nossa sociedade. Mostrou também o quanto mulheres soropositivas se apresentam vulneráveis no campo laboral e do seguro social, expostas a trabalhos precarizados para manutenção da vida e, em sua maioria, sem cobertura previdenciária. Uma conjuntura que remete à urgente necessidade de ampliação de mais políticas públicas integradas com a política de saúde, de forma a promover melhoria efetiva e significativa na qualidade de vida dessas mulheres.

Palavras-chave: Mulheres. HIV/Aids. Preconceito.

ABSTRACT

This dissertation aims to investigate the life conditions and survival strategies of women with HIV/Aids, in the ages ranging from 20 to 60 years, which undergo treatment and follow-up by a multi professional team in the University Hospital of Brasilia. The objective was to learn the main expressions of the social question related to life conditions (prejudice, discrimination, unemployment, social security, etc.) present in the daily context of this group of women, and also learning which restrictions the disease caused regarding work and socioeconomic and family issues. Bibliographic and documental support was utilized for the realization of this research. The methodology employed was the qualitative approach, with data collected through semi structured interviews, using a "Research Form". The result analysis demonstrated that the prejudice, discrimination and many inequalities are still very present in our society. It also has shown how much HIV-positive women are vulnerable in the work and social security fields, exposed to precarious jobs in order to maintain their lives and, in general, without providence coverage. An overview which suggests the urgent need of increase in public policies integrated to the health policies, in order to promote a significant and effective improvement in the quality of life for these women.

Keywords: Women. HIV/Aids. Prejudice.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Caracterização das participantes..... | 60 |
| Tabela 2 – Aspectos relacionados à profissão/ocupação e seguro social. | 64 |
| Tabela 3 – Situação financeira, benefício assistencial e outros apoios | 65 |
| Tabela 4 – Situação familiar..... | 66 |
| Tabela 5 – Dados referentes à doença e ao tratamento..... | 69 |
| Tabela 6 – Soropositividade e condições de trabalho..... | 72 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------------|--|
| ABIA | Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CAPs | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CFESS | Conselho Federal de Serviço Social |
| CLT | Consolidação das Leis de Trabalho |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CTA | Centros de Testagem e Aconselhamento |
| DCCI | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| DF | Distrito Federal |
| DIP | Doenças Infecciosas e Parasitárias |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| GAPA | Grupo de Apoio e Prevenção a Aids |
| GDF | Governo do Distrito Federal |
| GGB | Grupo Gay da Bahia |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HPV | Papilomavírus Humano |
| HSH | Homens que Fazem Sexo com Homens |
| HTLV | Vírus Linfotrópico da Célula Humana |
| HUB | Hospital Universitário de Brasília |
| IAPs | Institutos de Aposentadoria e Pensão |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| MEC | Ministério da Educação |
| MESP | Ministério da Educação e Saúde Pública |
| MS | Ministério da Saúde |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |

| | |
|------------------|---|
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PEP | Profilaxia Pós-exposição |
| PL-DF | Passaporte Livre do Distrito Federal |
| POP | Procedimento Operacional Padronizado |
| PrEP | Profilaxia Pré-exposição |
| PUC | Pontifícia Universidade Católica |
| PVHA | Pessoa Vivendo com o Vírus HIV/Aids |
| RIDE | Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno |
| SES | Secretaria de Estado de Saúde |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SindSaúde | Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Distrito Federal |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TARV | Terapia Antirretroviral |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids |
| UnB | Universidade de Brasília |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIAL E HISTÓRICA DO HIV/AIDS E A ARTICULAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO SEU ENFRENTAMENTO | 19 |
| 1.1 Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida..... | 19 |
| 1.2 Panorama histórico do HIV no Brasil e no mundo e suas implicações sociais | 24 |
| 1.3 Lutas populares em defesa do direito de pessoas que vivem com HIV/Aids..... | 34 |
| 2 O ESTADO NO ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS | 39 |
| 2.1 Políticas públicas de saúde e social no Brasil até o surgimento dos primeiros registros de HIV/Aids..... | 39 |
| 2.1.2 A atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids por meio das políticas de saúde e de assistência social..... | 46 |
| 2.2 Serviço social: historicamente uma profissão inserida na política de saúde | 49 |
| 2.2.1 <i>Contextualização do serviço social em uma unidade de saúde pública de Brasília no atendimento a demandas sociais de saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids.....</i> | <i>51</i> |
| 3 CONDIÇÕES DE TRABALHO E SOBREVIVÊNCIA DE MULHERES COM HIV/AIDS | 54 |
| 3.1 Feminização da Aids no Brasil e seus impactos no contexto do trabalho: desafios enfrentados por mulheres soropositivas | 54 |
| 3.2 Mulheres que vivem com HIV/Aids: um estudo qualitativo em um hospital universitário da Região Centro-Oeste | 59 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 79 |
| REFERÊNCIAS..... | 83 |
| APÊNDICES..... | 92 |

INTRODUÇÃO

O objeto abordado na presente dissertação são as condições de sobrevivência de mulheres com HIV/Aids, na faixa etária de 20 a 60 anos, que mantêm um trabalho remunerado ao mesmo tempo em que fazem o tratamento e o acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília (HUB). O objetivo é desvelar as condições de vida e trabalho dessas mulheres e, ao mesmo tempo, apreender os aspectos sociais relacionados com o mundo de trabalho.

O interesse pela temática HIV/Aids decorre do trabalho desenvolvido como assistente social no atendimento ambulatorial e internação às pessoas que vivem com HIV/Aids no HUB. O local definido para a realização da pesquisa foi o Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e o Projeto Com-Vivência: Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV/Aids e Familiares, voltados ao atendimento às pessoas com HIV/Aids. Acreditamos que essa proximidade com o local vem a favorecer a realização da pesquisa.

Suscitaram o interesse e a escolha pela temática como objeto de estudo: o trabalho como assistente social junto às mulheres soropositivas; o agravo à saúde e a relação delas com o mundo do trabalho, perpassando pelos fatores de desigualdade social e de gênero; e o limitado acesso ao mercado de trabalho. Concordamos com Minayo (2012, p. 34), quando indica que “a pesquisa científica busca ultrapassar o senso comum (que por si é uma reconstrução da realidade) através do método científico”.

O HUB é uma instituição pública federal da Fundação Universidade de Brasília (UnB). É um hospital de ensino credenciado pelo Ministério da Educação (MEC) e referência no Distrito Federal (DF) para atendimento a pessoas vivendo com o vírus HIV/Aids (PVHA). Integralmente vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), o hospital presta serviços de saúde à população de forma exclusivamente gratuita. A atenção à saúde é integrada às ações de ensino, pesquisa e extensão da UnB. A partir de 2013, o HUB passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O DIP localiza-se no Ambulatório I do HUB e atende a pacientes com diversos tipos de doenças, como HIV/Aids, HTLV, tuberculose, hepatite, entre outras. É composto por uma equipe multiprofissional: médicos, médicos docentes,

enfermeiros, assistente social, psicóloga e residentes nessas áreas. O atendimento ocorre via ambulatorial e internação (HUB, 2017).

O Projeto Com-Vivência é um projeto de extensão idealizado por professores do Instituto de Psicologia e do Departamento de Serviço Social da UnB. O projeto está em atividade desde 1996 e se localiza no mesmo espaço físico da DIP. Os atendimentos ali são realizados pela equipe interdisciplinar (assistente social e psicóloga) e por estagiários de graduação e residentes dessas áreas, supervisionados pelo profissional da respectiva área. Os principais objetivos são: 1) desenvolver atividades de prevenção e assistência a pessoas que vivem com HIV/Aids; 2) realizar ações preventivas e educativas sobre aspectos relacionados ao HIV/Aids junto a usuários do HUB e à comunidade em geral; 3) prestar atendimento individual ou em grupo a pacientes em acompanhamento ambulatorial e aos que se encontram internados (HUB, 2017).

O HIV/Aids é um acontecimento global e atinge todas as classes sociais. Devido ao aumento de casos de pessoas com o vírus em todo mundo, vem se tornando alvo de preocupação dos segmentos da área da saúde.

No Brasil, esse fato pode ser observado por meio dos “Boletins Epidemiológicos” divulgados pelo Ministério da Saúde (MS), que constata a expansão da doença, reforçando a necessidade de ações consistentes no controle da epidemia (BRASIL, 2018).

A atenção à saúde das pessoas que vivem com o vírus HIV/Aids e as políticas de contenção da doença apresentam muitos desafios, mas também reúnem muitos avanços, como a melhoria na esfera do diagnóstico. Vale destacar que o programa brasileiro de tratamento é um dos mais expressivos, sendo exemplo mundial de luta contra a doença.

Entretanto, mesmo com os progressos no campo da detecção do vírus e do tratamento medicamentoso, a doença ainda é cercada de preconceito. Atualmente, há o reconhecimento do próprio Ministério da Saúde de que o perfil das pessoas contaminadas é diversificado e a insistência no termo “grupo de risco” é em decorrência da natureza patológica e de transmissibilidade do vírus (BRASIL, 2012).

As pessoas que vivem com HIV/Aids, além de terem que lidar com uma doença que até o momento não tem cura, ainda têm que enfrentar o sofrimento causado por atitudes de preconceito, discriminação e constrangimentos, tanto no grupo familiar como no trabalho, nos serviços de saúde e nos grupos sociais.

No contexto atual, a resposta ao vírus HIV ainda é uma questão complexa, pois, conforme o “Relatório Informativo – Julho 2018” divulgado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2019), o número de novas infecções a nível geral não tem apresentado um declínio de acordo com as metas globais para até 2030. A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e demais organizações identificaram e alertaram sobre o aumento acelerado da epidemia e as barreiras estruturais que impedem o acesso ao tratamento e à prevenção de milhões de pessoas no mundo (LABOISSIÈRE, 2018).

A problemática do HIV/Aids desde seu aparecimento tem-se mostrado uma importante expressão da “questão social”, e se relaciona com outras expressões como moradia, alimentação, acesso à informação e oferta de políticas públicas. Diante disso, entende-se que o aumento de novas infecções pelo HIV no cenário brasileiro e no mundo decorre das condições de vida de suas populações.

O controle da propagação da doença requer políticas públicas de saúde consistentes que reformulem novas estratégias de prevenção e de acesso ao tratamento. É importante, também, incluir nessas estratégias a dimensão da qualidade de vida, em que o aporte da saúde não seja ímpar, mas articulado com os demais processos da vida social. Como expõe Mello (2013, p. 68), “a área clínica avançou no combate ao vírus, mas as graves sequelas sociais estão presentes e precisam ser identificadas e enfrentadas”.

Assim, inquirir sobre a epidemia de HIV/Aids assinala a relevância da pesquisa, uma vez que é fato a existência de estereótipos e preconceitos em relação a doença, estigmas que se refletem no campo do trabalho, o que pode atrapalhar a permanência no emprego, além de causar exclusão social e preconceito.

O desenvolvimento da presente pesquisa está fundamentado e contextualizado de forma a traçar um caminho acessível para a implementação do conhecimento científico, referendado teórica e empiricamente, e sob o ponto de vista da totalidade social e sua dialética, os quais serão a base para o estudo, as análises e as reflexões sobre as informações e os dados coletados.

Em relação às obras bibliográficas e documentais que nortearam este trabalho citam-se, dentre outros: Bravo (2013), Guerra (2013), Behring e Boschetti (2011), Grangeiro, Silva e Teixeira (2009), Kuchemann e Cruz (2008) e Machado, Frederico e Schwanke (2008).

Foi realizada revisão bibliográfica e documental, lançando-se mão de fontes secundárias, as quais compreendem, dentre outros, livros e trabalhos científicos já publicados sobre a temática. Esse procedimento proporcionou embasamento teórico e alcance dos objetivos propostos.

O estudo teve como abordagem a pesquisa qualitativa, buscando-se por meio dela a apreensão dos objetivos delimitados. Conforme Minayo (2012, p. 14), “é preciso afirmar que o objeto das Ciências Sociais é *essencialmente qualitativo*. A realidade social é a cena e o seio do dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante”. A autora afirma ainda que, no processo investigativo, a relação entre o pesquisador e o campo de estudo se consolida, tornando-os comprometidos.

A aproximação com as pessoas da área escolhida para o estudo possibilita o conhecimento da realidade social dos sujeitos, sua trajetória de vida, suas crenças e valores, o que Minayo (2012, p. 21) classifica como conjunto de fenômenos humanos: “o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes”.

O instrumento usado para coleta de dados foi o “Formulário de Pesquisa”, sendo a modalidade de entrevista realizada a semiestruturada. Essa modalidade possibilita mais clareza na compreensão sobre a realidade social do sujeito. Minayo (2012, p. 64) esclarece que essa técnica de entrevista “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

O perfil das participantes desta pesquisa estendeu-se a: mulheres cis e transgêneros, heterossexuais, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais atendidas no HUB. A faixa etária foi entre 20 e 60 anos. A seleção dessa faixa etária se deve por ser momento de atuação dessas mulheres em relação ao trabalho remunerado e à responsabilidade em relação aos filhos e demais pessoas da família.

A escolha dos sujeitos atendeu a critérios como: ser mulher, moradora do Distrito Federal ou entorno e que tenha sido atendida no HUB até o ano de 2017. No momento da realização da pesquisa, o total de mulheres atendidas no referido hospital, conforme lista da Farmácia Escola, era 270. Entretanto, conforme os critérios estabelecidos para participação na pesquisa, esse número efetivou-se em

215 participantes, pois as demais não atendiam ao critério da faixa etária. Dessas, foram sorteadas 11 mulheres.

No que tange ao gênero, destaca-se que as mulheres trans foram incluídas na pesquisa, mas, pela dinâmica da amostra aleatória e por ser em número menor em acompanhamento no local em que foi realizada a pesquisa, elas não apareceram entre as 11 participantes. Todavia, este estudo reconhece que a transfobia potencializa os desafios postos às mulheres trans que vivem com HIV/Aids.

A pesquisa e a realização das entrevistas seguiram os preceitos constituídos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012. Os sujeitos incluídos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual esclareceu a natureza, os objetivos, os procedimentos metodológicos e os benefícios que a pesquisa poderá proporcionar.

Para cumprir os requisitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, a presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovada em 29 de abril de 2019, por meio do Parecer 3.918.323. A pesquisa foi autorizada também pelo HUB.

Em relação à exposição das entrevistas, essas foram transcritas e apresentadas em estilo de fonte itálico, tamanho 10, com afastamento do texto, embora sua extensão não ultrapasse três linhas. Essa estratégia foi opção da autora e de sua orientadora para valorizar e destacar as entrevistas que são a parte central da pesquisa.

Esta dissertação está estruturada em três partes: o primeiro capítulo, “Contextualização social e histórica do HIV/Aids e a articulação da sociedade civil no seu enfrentamento”, apresenta a trajetória do vírus desde seu surgimento até o ano de realização da pesquisa e discorre sobre formas de contágio, tratamento e prevenção. Dados estatísticos do Ministério da Saúde e o Relatório da Nações Unidas sobre a Aids mostram que o momento ainda requer novas estratégias de prevenção e investimentos na contenção do aumento de casos. O capítulo aborda ainda os movimentos sociais, que, historicamente, sempre foram protagonistas na luta por direitos das pessoas que vivem com o HIV.

O segundo capítulo, “O Estado no enfrentamento do HIV/Aids”, consiste em um histórico das políticas públicas de saúde e assistência social até o aparecimento dos primeiros casos de HIV/Aids no Brasil e em como o Estado tem participado no

enfrentamento ao vírus por meio dessas duas políticas públicas. Fomenta ainda uma discussão sobre o trabalho em uma unidade de serviço público de saúde especializado no atendimento a pessoas que vivem com o vírus HIV, abordando a importância do trabalho da equipe, com ênfase no exercício profissional do assistente social nesse serviço. Para tanto, foi traçada a trajetória do serviço social na saúde desde os primórdios, apresentando suas origens, bases fundantes, influências sofridas e a prática profissional ao longo de sua história.

Finalmente, o terceiro capítulo, “As condições de trabalho e estratégias de sobrevivência das mulheres com HIV/Aids”, traz a discussão sobre a feminização da Aids no Brasil como resultante da demora em se reconhecer a vulnerabilidade da mulher frente ao vírus. Também aborda os impactos da soropositividade feminina nas relações de trabalho, em que a desigualdade de oportunidades e condições estabelece vulnerabilidade socioeconômica. O capítulo finaliza com a apresentação do processo de construção da pesquisa, discussão e resultados.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIAL E HISTÓRICA DO HIV/AIDS E A ARTICULAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO SEU ENFRENTAMENTO

Neste capítulo, será apresentado o histórico do HIV/Aids desde sua origem e suas implicações nas relações sociais no Brasil e no mundo até o ano de realização da pesquisa. É contextualizado também o DF, lócus da realização da pesquisa.

Discorre-se também sobre a participação dos movimentos sociais na luta e consolidação de direitos das pessoas acometidas pelo HIV/Aids. O aporte estatístico do referido capítulo é, em sua maioria, proveniente de dados divulgados pelo Ministério da Saúde e pelo UNAIDS.

1.1 Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

De acordo com o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde, HIV é a sigla em inglês para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

O HIV age no sistema imunológico do indivíduo destruindo as células de defesa (Linfócitos T CD4), as quais deixam de desempenhar a função de proteger o corpo contra infecções. “É alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção” (BRASIL, 2008), por isso o nome de imunodeficiência adquirida.

O ataque a essas células de defesa deixa o organismo vulnerável a várias doenças oportunistas, como tuberculose, herpes zoster e candidíase oral. Portanto, Aids é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV, a qual provoca o enfraquecimento da imunidade e pode levar a várias infecções. De acordo com o DCCI, ter o HIV não significa ter Aids. Há muitas pessoas acometidas pelo HIV que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Ainda assim, a transmissão do vírus é possível caso a pessoa não siga as medidas de prevenção recomendadas (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde aponta ainda duas características bem particulares do HIV: a primeira é a capacidade do HIV de sofrer modificações (mutações), podendo

resultar em resistência a medicamentos (2008). A segunda característica é a pouca resistência fora do organismo humano. Sendo assim, o vírus não é transmitido de outra maneira se não pelo contato direto com secreções como sangue, esperma ou secreção vaginal, além do leite do peito da mãe soropositiva para seu bebê.

O Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) reforça que, para ocorrer a transmissão, o líquido de uma pessoa contaminada tem que penetrar no organismo de outra, o que pode acontecer por meio de relação sexual sem preservativo, compartilhamento de seringas, acidentes com agulhas e objetos cortantes não esterilizados, transfusão de sangue contaminado e transmissão vertical, ou seja, da mãe soropositiva para o feto durante a gestação, parto e amamentação (FIOCRUZ, 2014).

Até o momento, a Aids não tem cura, mas, com os avanços do tratamento e a eficácia dos medicamentos, é considerada como uma doença crônica (REIS; GIR, 2005), ou seja, possui tratamento, mas sem cura até o momento:

A infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços tecnológicos contribuíram de forma bastante positiva para vida das pessoas que vivem e convivem com HIV. (BRASIL, 2008, não paginado).

Porém, os avanços científicos alcançados na área clínica não foram os mesmos em relação às condições sociais postas pela doença. Desde o surgimento do vírus até os dias atuais, as pessoas com HIV/Aids convivem com contextos de segregação. Por ser uma enfermidade cujo meio de transmissão ocorre também por meio de relações sexuais desprotegidas, passou a ser uma doença cercada de preconceitos e discriminação, com atribuição de culpa às pessoas que vivem com o vírus. Essa condição afetou e continua interferindo nas relações sociais das pessoas envolvidas e seus familiares (GUERRA, 2013).

A principal forma de infecção pelo vírus ocorre por meio de relações sexuais (sexo oral, anal ou vaginal). Conforme Silva (2015), essa forma de transmissão é responsável por 75% de casos de propagação no Brasil, assim como nos Estados Unidos.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2016) também alerta sobre essa questão ao estimar que, em 2015, “1,9 milhão (1.7 a 2.2

milhões) de adultos (15 anos ou mais) foram infectados pelo HIV – a grande maioria através da transmissão sexual”.

Devido às condições de contágio em uma sociedade orientada pela moral e não pela ética e pelos direitos sociais, alguns autores pesquisados, como Guerra (2013, p. 68), expõem que “desde a sua origem, a Aids é vista como uma doença que deriva de excessos, de sexualidade desviante, de atos de transgressão, de comportamento de risco”, o que gera relação de “culpa/punição” no lidar com a doença.

Tal como defende essa autora, são comportamentos que expõem as pessoas que vivem com HIV/Aids a constrangimentos e grande sofrimento individual e familiar, afetando as relações familiares, provocando afastamento do convívio social e prejudicando o ingresso e a permanência no trabalho. Esse contexto mostra que o progresso no tratamento e a luta no combate ao vírus ainda não conseguiram desconstruir o preconceito e a discriminação.

Em relação ao contágio do HIV por compartilhamento de seringas e acidentes com agulhas e objetos cortantes não esterilizados, a transmissão tem mais probabilidade de acontecer em pacientes hospitalizados (UOL, 2013). Nesse caso, a contaminação só ocorre se, quando da administração de medicamentos injetáveis com agulhas e seringas contaminadas, estas não forem descartadas após o uso em pacientes. No entanto, o texto cita que essa forma de contágio é praticamente inexistente, pois é norma o descarte de seringas e agulhas nos serviços de saúde, sendo esse tipo de material de uso individual e por uma vez apenas (UOL, 2013).

Sobre riscos ocupacionais, Marziale, Nishimura e Ferreira (2004) destacam que profissionais de enfermagem são mais sujeitos a sofrerem acidentes de trabalho provocados por material perfurocortante, pois, na rotina de trabalho, é grande o número de manipulação desses objetos, sobretudo o de agulhas. Frente a essa questão, os autores sugerem que os hospitais fiquem atentos para esse problema e criem medidas para a prevenção de acidentes nos locais de trabalho.

Conforme Pechansky *et al.* (2004), a transmissão do HIV entre os usuários de drogas ocorre, via sanguínea, por meio do compartilhamento de agulhas, seringas e demais equipamentos para uso de drogas endovenosas. Diante disso, a recomendação dos profissionais da saúde é o uso de seringas e agulhas descartáveis e o não compartilhamento de objetos cortantes que não estejam

esterilizados. Ainda de acordo com os autores, são poucos os estudos que avaliam as circunstâncias de risco para a transmissão do HIV entre os usuários de drogas.

O “Manual Técnico para Investigação da Transmissão de Doenças pelo Sangue” informa que, desde o aparecimento do vírus HIV/Aids até o avanço dos testes para identificação do vírus, muitas pessoas que recebiam sangue frequentemente, como hemofílicos, contraíram o HIV/Aids (BRASIL, 2004), esclarecendo, entretanto, que atualmente a triagem “clínico-epidemiológica” e o teste em todas as doações de sangue proporcionam maior segurança, o que dificulta a transmissão do vírus por transfusões:

A identificação da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e suas marcantes consequências produziram grande impacto na sociedade atual, tendo contribuído decisivamente para mudanças na hemoterapia, procedendo-se à revisão completa dos critérios e das indicações para o uso racional de sangue e de hemocomponentes. (BRASIL, 2004, p. 44).

Além disso, o Ministério da Saúde alerta ainda que, mesmo sendo raro o contágio do HIV entre os profissionais de saúde em casos de transfusão, é preciso ter constantemente a preocupação por essas pessoas que manuseiam ou administram sangue ou derivados (BRASIL, 2004).

O contágio do HIV por meio da transmissão vertical ocorre quando a mãe soropositiva transmite o vírus para o filho durante a gestação ou o parto, ou com o uso do leite materno, caso não sejam tomadas as devidas medidas de prevenção (BRASIL, 2004). A falta de prevenção ocorre com maior frequência entre as crianças filhas de mães pobres que não tenham tido acesso ao pré-natal.

Para evitar esse tipo de transmissão, é necessária a realização do pré-natal, a continuidade do uso dos antirretrovirais na gestação e de medicamentos indicados no momento do parto para a mãe e para o recém-nascido, além de ser recomendado o parto cesáreo e à mãe que não amamente (MIRANDA *et al.*, 2016).

Assim, a adesão ao tratamento pela mulher gestante soropositiva é um fator fundamental para o êxito da prevenção da transmissão vertical, restringindo, desse modo, o número de crianças infectadas.

Uma das formas de se conseguir êxito no enfrentamento da epidemia é garantir o diagnóstico precoce para que o tratamento seja iniciado o mais breve

possível; além disso, a boa adesão ao programa proporcionará boas condições de saúde e expectativa de vida aumentada.

O trabalho informativo, educativo em escolas e demais instituições, além de campanhas públicas, pode contribuir com a realização de testes rápidos ou exames laboratoriais para detectar a infecção pelo HIV e com a agilidade de acesso da população aos serviços de saúde pública e gratuita.

No Brasil, o diagnóstico é laboratorial, mediante testes capazes de identificar os anticorpos em 30 minutos (BRASIL, 2019). Isso pode antecipar os cuidados preventivos, inclusive em casos de acidente, partos antecipados, dentre outras situações inusitadas.

O DCCI informa que os testes para detecção do HIV são realizados de forma gratuita pelo SUS nos serviços de saúde pública e em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os CTA, além de efetuarem a testagem gratuita, confidencial e anônima, oferecem ações de educação em saúde, sob a forma de aconselhamento, de modo a promover a adequada interpretação do resultado do teste pelo usuário e orientá-lo sobre a importância da boa adesão ao tratamento, preconizando, caso o resultado seja positivo, a articulação com os serviços de saúde de referência para viabilidade do devido tratamento.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2016) estima que, em todo o mundo, 45 milhões de infecções pelo HIV foram evitadas por meio de preservativo desde 1990, destacando que o uso de preservativo durante as relações sexuais é um procedimento acessível a um número grande de pessoas e pode prevenir outras ISF, além de evitar a gravidez indesejada.

A política nacional para enfrentamento do HIV/Aids do MS prevê a distribuição gratuita para todo o Brasil de preservativos masculinos e femininos, estando à disposição da população nos serviços de saúde.

O tratamento para o HIV, de acordo com o DCCI, consiste em medicamentos que coíbem a multiplicação do vírus no organismo, evitando que o sistema imunológico fique debilitado e previna o desenvolvimento da Aids e outras doenças oportunistas.

Visto que a aquisição de medicamentos é um direito previsto em lei, ocorre distribuição gratuita de medicação antirretroviral pelo SUS desde 1996, e “desde 2013, o SUS garante tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV” (BRASIL, 2019), independentemente da carga viral. Assim, no Brasil, compete ao Estado garantir o

tratamento e o acesso a ele da forma menos burocrática possível, de modo a assegurar a saúde e a dignidade do paciente.

1.2 Panorama histórico do HIV no Brasil e no mundo e suas implicações sociais

Um dos acontecimentos de maior repercussão no mundo a partir da década de 1980 foi o aparecimento do HIV/Aids, pois apresentava um perfil de doença grave e mortal. Ocorreu repercussão social nas relações humanas envolvendo sexo, contatos físicos e relacionamentos (GRECO, 2008).

Após quatro décadas da notificação dos primeiros casos em humanos no mundo (início década de 1980) e, desde então, muito se avançou no tratamento e na prevenção da doença, mas a cura e o preconceito ainda continuam sendo os maiores desafios.

Sobre a origem, ainda pouco conhecida, a teoria mais aceita é de que os primeiros casos foram detectados em primatas, no Continente Africano, e transmitida aos humanos com casos identificados nos Estados Unidos da América (FORATTINI, 1993).

Cientistas identificaram um tipo de chimpanzé na África ocidental como a fonte de infecção por HIV em humanos. Acredita-se que a versão do vírus da imunodeficiência – chamado vírus da imunodeficiência símia (SIV) – dos chimpanzés provavelmente foi transmitida aos seres humanos e se transformou em HIV quando os seres humanos caçavam esses chimpanzés e se alimentavam de sua carne, o que levou ao contato com o sangue infectado. Estudos mostram que essa transmissão de macacos para humanos pode ter acontecido ainda no século XIX. Durante décadas, o vírus se espalhou lentamente pela África e mais tarde por outras partes do mundo. Nós sabemos que o vírus existe nos Estados Unidos desde a metade dos anos 1970. (UNAIDS, 2019, não paginado).

Forattini (1993), explica que, durante a luta no abate aos macacos, os caçadores acabavam se ferindo, ocorrendo o contato de sangue do animal com os ferimentos do caçador, o que propiciava ao vírus SIV entrar em contato com o organismo humano. Por ser um vírus mutante, o SIV teria dado origem ao HIV.

Até os anos de 1960, era desconhecida a transmissão do HIV por via sexual, pois, conforme Souza (2017), os sintomas eram confundidos com pneumonia ou

anemia. “Ao atingirmos a década de 1960, as várias guerras de independência no continente africano fizeram com que alguns infectados se refugiassem na Europa. A partir de então, o vírus da AIDS foi espalhado em novas regiões do planeta” (SOUZA, 2017). Ainda de acordo com o autor, um dos primeiros casos da doença foi registrado no Haiti em 1978, tendo-se tornado uma pandemia na década de 1980.

Do início da pandemia até os dias atuais, houve muitos avanços em relação a medicamentos, tratamento e novas medidas de prevenção, mas autoridades sinalizam que o momento atual ainda é delicado. De acordo com informações das “Nações Unidas – Brasil”, em 2018, foi emitido um relatório pela UNAIDS, apresentado no evento coorganizado pela *Coalition PLUS*, em Paris, que emitiu um alerta aos países ao apontar que a resposta global ao HIV está em um momento crítico:

Regiões inteiras estão ficando para trás, os enormes avanços que alcançamos para as crianças não estão sendo mantidos, as mulheres ainda são as mais afetadas, os recursos ainda não correspondem aos compromissos políticos e as populações-chave continuam sendo ignoradas. (UNAIDS, 2018, não paginado).

Michel Sidibé, chefe do UNAIDS, destaca no Relatório supramencionado que o número de novos casos de infecções por HIV apresentou aumento em 50 países, e, em nível global, exibiu uma queda de somente 18% entre 2010 e 2017, passando de 2,2 milhões para 1,8 milhão (UNAIDS, 2018). Aponta ainda que, como resultado da terapia antirretroviral, o número de mortes pertinentes à Aids mostra declínio para menos de 1 milhão pela primeira vez em 2016, ressaltando que a tuberculose, mesmo com progresso no tratamento e diagnóstico, é apontada como a maior causa de mortes entre as pessoas que vivem com HIV/Aids, sendo que três em cada cinco pessoas que iniciam o tratamento de HIV não são testadas ou tratadas para tuberculose (UNAIDS, 2019).

A UNAIDS (2018) também alerta para o pequeno declínio de novas infecções por HIV em crianças entre os anos de 2016 e 2017:

Infecções por HIV entre crianças diminuíram apenas 8% nos últimos dois anos. Só metade (52%) de todas as crianças que vive com HIV estão recebendo tratamento; 110 mil crianças morreram por doenças relacionadas à AIDS em 2017. Embora, em 2017, 80% das mulheres grávidas vivendo com HIV tenham conseguido acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV

para seus bebês, um número inaceitável de 180 mil crianças foram infectadas pelo vírus durante o parto ou amamentação – longe da meta de menos de 40 mil até o final de 2018. (UNAIDS, 2018, não paginado).

O Programa relata, ainda, uma queda sucessiva de casos de contaminação de HIV em crianças e adolescentes entre crianças de 0 a 14 anos em nível global entre 2008 e 2017. “A queda contínua do número de infecções por HIV entre crianças é uma enorme vitória de saúde pública. No mundo, 1,6 milhão de novas infecções infantis foram evitadas entre 2008 e 2017” (UNAIDS, 2019). Conforme a instituição, o declínio se deve ao número de mulheres soropositivas em tratamento da terapia antirretroviral (TARV), que previne a transmissão do vírus de mãe para filho.

Diante disso, o UNAIDS observa que a saúde pública deve desempenhar o seu papel, qual seja, possibilitar à população melhoria nas condições de saúde e bem-estar, oferecendo atendimento gratuito com qualidade. Isso engloba não somente o direito a medicamentos gratuitos, internações, atendimentos de emergência e ambulatorial, como também o direito à informação e orientação, principalmente por meio de educação em saúde, com vistas a conter a propagação da doença e a eliminação do preconceito e discriminação.

Embora passadas quatro décadas da epidemia, e os muitos avanços da medicina, para as pessoas que vivem com o HIV/Aids ainda é muito difícil revelar seu estado de saúde, pois convivem com o medo de sofrer discriminação.

O estigma e a discriminação em relação ao HIV/Aids ainda persistem, tanto por parte de profissionais de saúde como da população em geral, sendo esse um obstáculo para jovens, pessoas soropositivas e demais segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade ao HIV/Aids ao acesso a serviços de saúde, pois muitos não buscam esses serviços por medo de sofrer discriminação (UNAIDS, 2019).

Em relação a crianças soropositivas e escola, mais de 40% das pessoas, em cinco dos 13 países com dados disponíveis, acham que crianças com HIV/Aids não devem frequentar a mesma escola que as que não têm o vírus (UNAIDS, 2019).

A vida de crianças e jovens com HIV/Aids em ambiente escolar perpassa questões ligadas ao pouco conhecimento ou a informações incorretas que profissionais e pais de alunos podem ter sobre o HIV/Aids, principalmente sobre a forma de contágio. Assim, a prática de educação em saúde sobre HIV/Aids pelas

escolas pode agregar conhecimentos e fornecer informações claras à comunidade escolar, de modo a compreender que conviver com crianças e jovens soropositivos não representa perigo para os demais, ajudando a eliminar comportamentos preconceituosos.

A UNAIDS (2019) elucida sobre o significado de estigma e discriminação em relação ao HIV e aponta que comportamentos com essas características atrapalham no enfrentamento à epidemia, além de prejudicar a prevenção e adesão ao tratamento dos que já foram contaminados pelo vírus:

O estigma relacionado ao HIV refere-se a crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas vivendo com o HIV (como também em relação seus familiares e pessoas próximas) e outras populações que estão em maior risco de infecção pelo vírus (populações-chave), como gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e travestis e transexuais.

A discriminação relacionada ao HIV refere-se ao tratamento desigual e injusto (por ação ou omissão) de um indivíduo baseado em seu estado HIV real ou percebido. A discriminação, no contexto do HIV, também inclui o tratamento desigual daquelas populações mais afetadas pela epidemia. Discriminações relacionadas ao HIV normalmente baseiam-se em atitudes e crenças estigmatizantes em relação a comportamentos, grupos, sexo, doenças e morte. A discriminação pode ser institucionalizada através de leis, políticas e práticas que focam negativamente em pessoas que vivem com o HIV e grupos marginalizados. (UNAIDS, 2019, não paginado).

Os conceitos acima são apropriados e podem nos conduzir a reflexões mais sensíveis de como eles se exprimem em relação ao HIV/Aids, uma vez que reações carregadas de estigma e discriminação causam dor e sofrimento no indivíduo, impactando também nas relações familiares.

“As famílias afetadas pela epidemia da Aids e, em especial aquelas mais desfavorecidas socialmente, sofrem perdas expressivas”, explica Guerra (2013, p. 68-69), o que implica na capacidade de compor um projeto de vida familiar com qualidade para o desenvolvimento de seus membros.

A falta de acesso a condições dignas de vida, como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, dentre outros, é um agravante tanto na prevenção quanto na identificação e no tratamento da Aids. No Brasil, assim como no Continente Africano, Estados Unidos e demais países atingidos pela Aids, essa doença surgiu

como uma grave expressão da “questão social”, exigindo respostas das autoridades frente à pandemia.

Rocha (2005) expressa que o HIV, desde seu surgimento, esteve cercado por preconceito e discriminação, com desdobramentos em expressões da questão social, o que prejudica sua abordagem como saúde pública e demanda ações eficazes para conter a doença e combater a discriminação. Isso se deve principalmente por questões morais, já que a contaminação pode ocorrer por contato sexual.

Considerar as decorrências sociais em relação à pessoa que vive com HIV/Aids como expressão da questão social, além dos elementos já mencionados como preconceito e discriminação, ainda ocorrem condições objetivas próprias de países emergentes como moradias precárias, alimentação insuficiente, desemprego, políticas assistenciais imediatistas e focais, determinantes no processo saúde-doença da população.

Esse contexto mostra que o aumento do HIV/Aids no Brasil é um desafio ante as expressões da “questão social”, resultado de um capitalismo monopolista em um país em desenvolvimento. Isso significa um grande contingente de pessoas pobres e pouco investimento em políticas públicas de saúde, educação, moradia e assistência social.

Em uma retrospectiva histórica, os primeiros casos de HIV registrados no Brasil ocorreram, como em demais partes do mundo, no início da década de 1980, em população homossexual masculina. Por essa razão, a Aids ficou conhecida de maneira pejorativa como “doença de gays” (SANTOS, 2011). Marcada por preconceito, medo e sofrimento, a doença rapidamente atingiu outros segmentos em situação de vulnerabilidade.

O estado de São Paulo, seguido do Rio de Janeiro, apresentou a maior incidência de casos registrados na época. O vírus expandiu-se com rapidez, tornando-se uma epidemia. Esse panorama exigiu implementação de ações significativas no controle, na prevenção e na assistência às pessoas acometidas pelo HIV/Aids.

Nesse período, o Brasil passava por transformações no campo econômico, político e social, sendo o grande destaque a redemocratização do país após longos anos de ditadura militar. Behring e Boschetti (2011, p. 138) expõem que, do ponto de vista econômico, a década de 1980 é tida como a “década perdida”, mesmo sendo

um período de eventos democráticos, como a Constituição de 1988. De acordo com as autoras, o país já sofria com a herança do endividamento externo da época da ditadura; com a crise econômica já instalada, tornava-se difícil o desenvolvimento econômico, e, conseqüentemente, a elaboração de políticas econômicas.

Nesse cenário de crise, em que investimentos na distribuição de renda e no setor público eram insatisfatórios, o baixo crescimento econômico, o desemprego e a inflação elevados refletiram no aumento da desigualdade econômico-social e no aprofundamento das expressões da questão social. Dada essa conjuntura, Guerra (2013) afirma que o poder do capital – o domínio global exercido por nações de economias avançadas que controlam e oprimem a capacidade de desenvolvimento econômico e social de países considerados “emergentes”, como o Brasil – resulta em desigualdades materializadas na situação de pobreza em que vive grande parte da população brasileira.

Na década de 1980, a assistência social ainda não era considerada uma política pública social de responsabilidade do Estado, o que irá ocorrer apenas a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Assistência Social de 1993.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).

Ainda que consideradas as importantes conquistas da Carta Magna de 1988, “os efeitos da crise do endividamento foram muitos: empobrecimento generalizado da América Latina, especialmente no seu país mais rico, o Brasil” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 139). Esse contexto de empobrecimento também provocou

uma crise nos serviços sociais públicos, nos quais a demanda era maior que a ampliação dos direitos.

Dentre as mudanças ocorridas no campo político nessa época, Behring e Boschetti (2011) destacam como sendo as principais a retomada do país ao regime democrático e a marcante eleição de 1989, na qual a população, por meio do voto direto, escolheria o presidente da república.

Com projetos diferentes, a disputa deu-se entre os candidatos Luís Inácio Lula da Silva e Fernando Collor de Melo, tendo este último sido eleito, para satisfação da elite brasileira. Destacam-se ainda à época a morte de Tancredo Neves, a decadência do Plano Cruzado e a força de um novo movimento operário e popular que incomodou as classes dominantes:

Esse movimento operário e popular novo era um ingrediente político decisivo da história recente do país, que ultrapassou o controle das elites. Sua presença e sua ação interferiram na agenda política ao longo dos anos 1980 e pautaram alguns eixos na Constituinte, a exemplo de: reafirmação das liberdades democráticas, impugnação da desigualdade descomunal e afirmação dos direitos sociais; reafirmação de uma vontade nacional e da soberania, com rejeição das ingerências do FMI; direitos trabalhistas; e reforma agrária. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 141).

Antunes (2013) também destaca o protagonismo desses movimentos sociais ao afirmar que esses vários movimentos surgidos na década de 1980, e, com forte resistência e lutas, não só conseguiram ampliar a oposição à ditadura militar como também atrasar a instalação do neoliberalismo no Brasil.

Vale ressaltar que, na época, ainda não existia o SUS, estabelecido somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal. O Sistema foi resultado de intensas lutas do Movimento da Reforma Sanitária contra a ditadura militar e de mudanças na área da saúde, de modo a garantir direitos iguais de acesso à saúde de forma gratuita. Essas ações levaram à efetivação do SUS em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei nº 8.080, configurando-se como um marco na saúde pública brasileira.

Simultaneamente à reforma do sistema de saúde pública, foram elaboradas ações capazes de dar respostas no campo da prevenção e assistência às pessoas que vivem com HIV (CORRÊA, 2016). A política de tratamento da doença adotada pelo Brasil favoreceu o acesso ao medicamento antiviral, consolidado pela Lei nº

9.313, de 1996, que dispõe sobre a gratuidade dos medicamentos às pessoas com HIV.

Corrêa (2016) lembra também que, nos anos de 1990, a política nacional para HIV/Aids obteve expressivo recurso financeiro para implementações, que compreendia, entre outras, apoio a organizações da sociedade civil que desenvolviam atividades de prevenção. Esses investimentos no enfrentamento à Aids foram reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde como o tratamento mais avançado do mundo, ressalta o autor.

O HIV/Aids é, sobretudo, uma questão de saúde pública, que requer oferta de serviços de saúde que atuem não somente na doença, mas nas diversas expressões da questão social. Entre as ações de enfrentamento à Aids estão as estimativas realizadas por órgãos competentes, essenciais para subsidiar políticas públicas que atendam às necessidades das pessoas com HIV/Aids.

Estatísticas referentes a 2017 mostram que, nesse ano, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados 37.791 casos de Aids no Brasil, sendo a população masculina o maior número, com 26.275, enquanto a feminina representou 11.478 casos, sendo 294 menores de 5 anos de idade e 4.877 pessoas entre 15 e 24 anos (BRASIL, 2018). Os dados sobre os casos de HIV e de Aids no Brasil são publicados anualmente, sendo possível obter informações em nível de regiões, estados e capitais.

Especificamente na capital federal, local onde foi realizada essa pesquisa, a informação fornecida pela gerência de ISF da SES/DF é que o DF tem aproximadamente 12 mil pessoas em tratamento de HIV/Aids, tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada (BRASIL, 2018).

Em relação ao enfrentamento ao HIV/Aids, o DF conta com uma rede de serviços do Governo do Distrito Federal (GDF) especializado no atendimento a pessoas com diagnóstico de HIV, sendo oito unidades¹ de saúde que realizam acompanhamento às pessoas soropositivas, além do Hospital Universitário.

A datar de 2013, a recomendação do Ministério da Saúde é começar a terapia antirretroviral em pessoas diagnosticadas com HIV independente da contagem das células de defesa (CD4).

¹ Policlínica de Planaltina; Policlínica de Ceilândia; Centro de Saúde Nº 5 do Gama; Hospital Universitário de Brasília; Hospital Dia da Asa Sul; Policlínica de Taguatinga; Ambulatório de HIV/Aids HRL; Policlínica do Lago Sul; Ambulatório HRS Dispensação de Medicamento na UBS 01 (BRASIL, 2018).

Qualquer pessoa infectada com o HIV/AIDS deve começar o tratamento antirretroviral logo após o diagnóstico, o mais rápido possível, anunciou nesta quarta-feira (30/09), a Organização Mundial da Saúde (OMS). Com a recomendação de "tratamento total", a OMS retira todas as limitações sobre a elegibilidade, para terapia antirretroviral (TARV), entre pessoas vivendo com HIV/AIDS. Todas as populações e grupos etários são agora elegíveis para o tratamento.

A ampliação do uso do tratamento antirretroviral é apoiada por descobertas recentes de ensaios clínicos. Estes ensaios confirmam que o uso precoce do TARV mantém as pessoas que vivem com HIV/AIDS vivas, saudáveis, e reduzem praticamente a zero o risco de transmitir o vírus aos parceiros. O Brasil já recomenda o tratamento de todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente da contagem de células CD-4 desde dezembro de 2013. (BRASIL, 2015).

Portanto, a importância dessa recomendação relaciona que o uso da TARV contribui com aumento da sobrevivência e queda da morbimortalidade causada pelo HIV (BRASIL, 2019). Os antirretrovirais são disponibilizados via SUS, conforme Lei nº 9.313, de 1996, que dispõe sobre sua gratuidade. Além disso, reforçando as medidas de prevenção às IST, em média 1 milhão de preservativos masculinos são distribuídos ao mês na rede pública de saúde do DF (BRASIL, 2018).

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de ser realizado o diagnóstico para IST, são desenvolvidas ações de prevenção, testagem rápida (HIV, sífilis, hepatites B e C) e distribuição de preservativos (BRASIL, 2018). Essas ações possibilitam conhecer o quanto antes sobre o contágio pelo HIV, de modo a atuar em maior expectativa e qualidade de vida, além de evitar a transmissão para outras pessoas.

O DF conta com um CTA situado na rodoviária do Plano Piloto. O CTA funciona em dias úteis e disponibiliza serviço de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites B e C, além de ofertar tratamento de HPV no Ambulatório de Saúde do Homem. O estabelecimento de um CTA na Rodoviária do Plano é uma estratégia que favorece o acesso à população ao serviço, pois é o grande número de pessoas que transitam no local.

A prevenção ao HIV ainda se configura como a melhor defesa. Nesse sentido, a SES/DF busca intensificar as medidas de contenção do vírus, destacando ainda que a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) já é disponibilizada em um hospital da

rede, o Hospital Dia. O DF é a quinta unidade da federação em quantidade de pessoas em uso da PrEP, contando com cerca de 260 usuários cadastrados.

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), conforme o DCCI, é um novo procedimento de prevenção à infecção pelo vírus HIV. Consiste “na tomada diária de um comprimido que impede que o vírus causador da Aids infecte o organismo, antes de a pessoa ter contato com o vírus” (BRASIL, 2019). Mas a PrEP não é destinada para todos; a indicação é para os que apresentam maior risco de exposição ao HIV, devendo-se avaliar usar a PrEP se fizer parte de uma dessas populações-chave: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores(as) do sexo, pessoas que frequentemente deixam de usar camisinha em relações sexuais (anais ou vaginais); pessoas que tiveram/têm relações sexuais, sem camisinha, com alguém que seja HIV positivo e que não esteja em tratamento; pessoas que fazem uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV) e as que apresentam episódios frequentes de IST (BRASIL, 2019).

A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) também é viabilizada pela rede de saúde, sendo dispensados mensalmente, em média, medicamentos para 20 usuários. O DCCI esclarece que PEP é uma forma de prevenção em casos de urgência para IST, ao passo que, no caso de risco à exposição pelo HIV, deve-se fazer uso de medicamentos antirretrovirais, de forma a diminuir o risco de contrair a infecção.

O Departamento destaca que essa medida deve ser tomada em circunstância que tenha risco de contágio, tais como: “violência sexual, relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha) e acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico)” (BRASIL, 2019), esclarecendo que se trata de uma urgência médica, devendo ser principiada o mais breve possível após a exposição:

Trata-se de uma urgência médica, que deve ser iniciada o mais rápido possível – preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas. A duração da PEP é de 28 dias e a pessoa deve ser acompanhada pela equipe de saúde. (BRASIL, 2019).

Vale lembrar que tanto a PrEP quanto a PEP não excluem o uso do preservativo, pois, como qualquer outro método de prevenção, não apresentam

100% de cobertura contra o vírus (BRASIL, 2019). Além disso, como já dito, o uso do preservativo protege contra as demais IST.

Ainda que Brasília apresente boa resposta na luta contra o HIV, tanto no diagnóstico quanto no tratamento, Sonia Geraldes, infectologista da SES/DF esclarece que é preciso fazer mais: ampliar o número de unidades de referência para prevenção e combate ao vírus, de modo a facilitar o acesso de quem busca ajuda e o deslocamento dos que já estão em tratamento (SINDSAÚDE, 2018).

Nesse cenário, há que se destacar a participação da sociedade civil no DF, forte aliada na luta ao combate ao HIV e à defesa dos direitos de PVHA, destacando-se o trabalho de prevenção desenvolvido por Organizações Não Governamentais (ONG) e o suporte prestado aos que vivem e convivem com o HIV/Aids em Brasília. A ONG Vida Positiva, fundada em 2006, é uma dessas instituições que têm como objetivo ajudar pessoas soropositivas a superar os estigmas da doença e a discriminação (SINDSAÚDE, 2018).

É importante reconhecer que os movimentos sociais são importantes para as políticas públicas e que estas, por sua vez, impactam a emergência, o desenvolvimento e o sucesso dos movimentos (ABERS; SILVA; TATAGIBA, 2018). Assim como reconhecer a luta e resistência histórica desses movimentos sociais no enfrentamento aos desmontes de direitos gerados pela ofensiva neoliberal. A realidade atual, principalmente o campo da saúde, clama mais uma vez a força dos movimentos para resistir e ir além das propostas impostas pelo capital e em defesa do SUS.

1.3 Lutas populares em defesa do direito de pessoas que vivem com HIV/Aids

Nos anos de 1970, o Brasil apresentava um modelo hegemônico de saúde: médico assistencial-privatista. A organização da saúde proposta pelo corporativismo estatal e pelo regime militar vinculava “Estado, clientelas e mercado na provisão dos serviços de saúde” (COSTA, 1996, não paginado). O governo era o provedor desse modelo e concentrava os atendimentos no setor privado, de modo a favorecê-lo em detrimento do setor público, precarizado por falta de investimentos.

Além disso, era um modelo que não atendia às necessidades de saúde de toda a população, pois somente trabalhadores com contrato de trabalho regido pela

Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) contribuía com a Previdência Social e tinham acesso a esses serviços de saúde.

É nessa conjuntura que os movimentos sociais, motivados pela insatisfação com o governo militar, se reorganizam. Assim, ressurgia o movimento estudantil, o sindicalismo se fortalecia e emergia o movimento sanitário (OLIVEIRA, 2009).

Na saúde, surgiram movimentos com pensamento crítico na busca de um modelo de saúde mais abrangente e sem discriminação na cobertura. Destaca-se, nessa fase, o Movimento da Reforma Sanitária, que vinha sendo construído desde meados da década de 1970. De acordo com Bravo e Matos (2009, p. 203), o Movimento da Reforma Sanitária “conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde², realizada em 1986, em Brasília”.

Cabe destacar que o Movimento da Reforma Sanitária foi um movimento democrático. Lutou por mudanças no sistema de saúde da época, propondo um modelo de saúde pública que atendesse a todos de forma igualitária e que garantisse o direito de acesso aos serviços de saúde, de modo a promover melhoria das condições de vida de toda a população.

Portanto, o movimento sanitário foi um movimento social importante na formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 1980, tendo nascido em um contexto de descontentamento e luta contra a ditadura. Profissionais de diversas áreas e comunidade organizada integraram-se na discussão de pautas em comum sobre a necessidade de mudanças no setor da saúde e propostas para melhoria das condições de saúde da população. Por meio dessa articulação, reivindicava-se a superação dos modelos anteriores de atenção à saúde que operavam com práticas excludentes. Assim, era imprescindível uma reforma na área da saúde, de forma a garanti-la como direito universal e gratuito.

Grangeiro, Silva e Teixeira (2009) afirmam que o principal movimento da política da Aids na esfera governamental foi o da Reforma Sanitária da década de

² A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde do país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: “Saúde como direito de Cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Nessa Conferência, foi aprovada a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento (BRAVO; MATOS, 2009, p. 33).

1980, sendo decisiva sua colaboração para o estabelecimento dos princípios e diretrizes dessa política.

A narrativa hegemônica da resposta ao HIV no Brasil foi construída a partir da década de [19]80 por uma miríade de vozes da sociedade civil, profissionais da saúde, agentes públicos e artistas em torno da solidariedade. Trata-se de uma narrativa inclusiva, pautada no reconhecimento da diversidade, na laicidade do Estado, no fortalecimento da democracia, assentada no SUS, com a garantia de direito à prevenção e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), e que começou a se materializar antes da implantação do SUS, sendo, também, tributária do processo vivenciado no país naquela época e do movimento da reforma sanitária. (AGOSTINI *et al.*, 2019, não paginado).

O autor contextualiza as décadas de 1970 e 1980 como momento de legitimação dos direitos de populações socialmente marginalizadas, o que, por sua vez, fomentou movimentos sociais na reivindicação de respostas para a epidemia da Aids:

O contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980, por sua vez, foi marcado pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. É este ativismo político que permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à AIDS, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e AIDS. Esse movimento, do qual participaram, entre outros, igrejas, setor privado, comunidade científica e organizações não governamentais (ONGs), além de impulsionar as políticas públicas, permitiu uma organização social fundada na solidariedade, um conceito compreendido, no âmbito do movimento social, como uma ação coletiva cuja finalidade é preservar a cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos. Quanto à estratégia internacional adotada pelo Brasil, além de influir no contexto global, possibilitou o fortalecimento da resposta à epidemia da AIDS dentro do próprio país. (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p. 87-88).

Diante disso, observa-se que os movimentos voltados ao enfrentamento da Aids buscaram participar da construção e do controle social de políticas públicas que favorecessem os grupos marginalizados e os atingidos pela doença, sendo notória a força da sociedade civil na reivindicação e conquista de direitos.

Grangeiro, Silva e Teixeira (2009) destacam, ainda, a contribuição do movimento LGBT no enfrentamento à epidemia. Segundo ele, no ano de 1983, esse

segmento atuou não só de forma coletiva como também individual, confeccionando e distribuindo material com orientações sobre a Aids e sensibilizando a solidariedade das pessoas para com os doentes.

No plano individual, a ação era principalmente em torno do cuidado, prestando auxílio material e emocional, providenciando tratamento e buscando apoio jurídico para os enfermos com vistas ao direito à aposentadoria. De acordo com Grangeiro, Silva e Teixeira (2009, p. 90), o movimento LGBT se constituiu em um dos principais pilares da resposta à epidemia de AIDS no país. Nos anos seguintes, foi difícil distinguir a militância do movimento homossexual da militância do movimento de luta contra a AIDS.

Os autores citam alguns desses movimentos da época que foram intransigentes na luta em defesa dos atingidos pela Aids e pela “afirmação da identidade homossexual”, sendo eles: Outra Coisa: Ação Homossexualista, de São Paulo; Auê, do Rio de Janeiro; Grupo Gay da Bahia (GGB); Grupo de Apoio e de Prevenção à Aids (GAPA), instituído em São Paulo em 1985, servindo de inspiração para posterior criação de ONGs com a mesma finalidade em outros estados. Destacam-se, ainda, a GAPA-Rio e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), ambas do Rio de Janeiro (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p. 90).

Nos anos que se seguiram, esses autores expõem que a pauta dos movimentos foi em torno de reivindicações da não negação da doença e do reconhecimento das pessoas com Aids como sujeitos de direitos, sobretudo direito à vida (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). Assim, nos anos de 1990, ocorre a consolidação da agenda política de direitos humanos, orientada pela igualdade, liberdade e não discriminação (CORRÊA, 2016, p. 13).

Segundo Basthi, Parker e Terto (2016), nas décadas de 1980 e 1990, os movimentos sociais tiveram grande participação e abertura no diálogo com gestores na construção de políticas de enfrentamento à Aids. Entretanto, para os autores, o cenário contemporâneo não apresenta as mesmas características ao afirmar que houve uma regressão da resposta brasileira na luta contra a Aids quando o ator principal de lutas em anos anteriores, os movimentos sociais, foi ignorado:

Outrora modelo para o mundo na resposta à epidemia do HIV e da AIDS, o Brasil de 2016 caminha em retrocesso. Mergulhado na pior crise político-econômica experimentada desde a fase pós-democratização, o maior país da América do Sul perdeu a

capacidade de construir uma resposta à epidemia utilizando o seu maior trunfo: a experiência dos movimentos sociais.

O Brasil deixou de lado a *expertise* para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os direitos humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e da participação social. (BASTHI; PARKER; TERTO JÚNIOR, 2016, p. 6).

Corroborando esses autores, Corrêa (2016) considera que a política da Aids sofreu grandes perdas, enfatizando principalmente 2016, ano em que o país enfrentou uma de suas piores crises. A autora expõe que a conjuntura apresentava estagnação da economia e, no campo político, a então presidenta do Brasil à época, Dilma Vana Rousseff, sofria impeachment, apesar de protestos contrários. Seu sucessor, o vice-presidente Michel Miguel Elias Temer Lulia, ao assumir a presidência, propôs, logo de início, cortes no setor público.

Na área da saúde, no tange a temas relevantes no sentido das respostas ao HIV, segundo Corrêa (2016, p. 17),

imediatamente pós-*impeachment*, a bancada evangélica propôs que fosse suspenso o decreto da Presidência, assinado por Dilma Rousseff no início de maio, que assegura o direito ao nome social de travestis e pessoas trans em todas as instituições públicas federais.

A autora avalia essa conduta extremamente prejudicial para área da saúde, sobretudo para a política de enfrentamento à Aids. As interferências subjetivas – motivadas por condutas pessoais, religiosas, moralistas e preconceituosas – em um espaço de representação popular responsável por legislar em favor de um coletivo podem provocar um retrocesso nos avanços, ainda que pequenos, do enfrentamento da epidemia e, sobretudo, em aspectos sociais.

Vasconcelos (2004) chama a atenção também sobre a existência, na atualidade, de dois projetos antagônicos na saúde: o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Atuar nessa dualidade é um desafio para os profissionais da saúde e requer um posicionamento crítico e comprometimento na garantia de direitos dos usuários do SUS.

Assim, diante dessa realidade apresentada, sobretudo pelo meio de transmissão inicial (relação sexual), a doença é cercada de preconceito frente a uma sociedade moralista, ocorrendo, nesse contexto, muitas lutas populares.

2 O ESTADO NO ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS

Neste capítulo, a proposta é mostrar como o Estado tem-se apresentado frente ao surgimento do HIV/Aids e sua epidemia no Brasil.

As políticas públicas de saúde e assistência social aparecem “desarticuladas” devido à natureza da síndrome e às condições da população infectada. Isto é, a doença provoca determinados limites funcionais e alterações nas relações sociais provocadas por preconceitos provenientes do desconhecimento acerca dos meios de contaminação e transmissão. Também o histórico do surgimento da Aids e sua relação com o comportamento sexual geraram uma reação de rejeição às pessoas acometidas pela doença e prejudicou seu enfrentamento.

Diante dos aspectos apresentados sobre a doença e a população mais atingida, além da articulação imediata que ocorre entre a política de assistência social e a da saúde, destacam-se outras políticas para mitigar os aspectos estruturais da doença como políticas de moradia, saneamento, geração de trabalho e renda, dentre outras.

Assim, neste capítulo, será feito um resgate da história da política de saúde pública e da política social desde seus primórdios, abordando a importância dessas duas políticas para integridade das pessoas que vivem com o vírus HIV.

O capítulo também apresenta o trabalho de equipe multidisciplinar em uma unidade pública de saúde do DF, referência no atendimento às pessoas soropositivas. A ênfase é sobre o exercício profissional do assistente social nesse serviço. Nesse sentido, são apresentadas as origens do serviço social na saúde.

2.1 Políticas públicas de saúde e social no Brasil até o surgimento dos primeiros registros de HIV/Aids

Para se entender como se constituíram as políticas de saúde e sociais no país, segue um resgate de sua história, considerando aspectos sociais, econômicos e políticos. Saber sobre esse processo possibilita a compreensão da conjuntura atual.

O modelo de atenção à saúde no Brasil, desde a colonização, foi resultado de trocas de experiências e apropriação entre diferentes povos, como europeus, índios e africanos.

No início do século 15 até o século 16, além de ocorrer o contato comercial e o aumento de circulação de mercadorias, ocorreu também o contato entre os povos e a circulação de doenças entre os diferentes territórios (OLIVEIRA, 2012). Não existia uma política de saúde no Brasil, sendo a medicina popular (rezas, feitiços, plantas e ervas nativas) a forma de enfrentamento da maioria da população das doenças que os acometiam. Os que podiam pagar tratavam com o “barbeiro” (pessoa com maior conhecimento na época).

Por volta de 1543, a saúde apresentava característica de cunho filantrópico religioso (caridade) com o surgimento do modelo de “Santas Casas de Misericórdia”, inicialmente implantadas pelos portugueses e, posteriormente, por pessoas de posses e ligadas à Igreja Católica.

Entretanto, mesmo diante desse novo aparato, a assistência à saúde continuava deficitária, pois não havia mão de obra preparada para o cuidado, e, diante disso, muitos adoeciam e morriam. Conforme expõe Bravo (2013, p. 16), “a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social”.

Foi somente na metade do século 17, conforme Oliveira (2012), em face das doenças endêmicas e epidemias, que houve algumas ações de saúde pública no Brasil envolvendo o controle de doenças, a observação de doentes e de produtos comercializados e o saneamento básico de cidades situadas nas áreas de portos.

Oliveira (2012) expõe ainda que essa preocupação se deu com a rejeição de navios estrangeiros em ancorarem nos portos brasileiros com receio de contágio das doenças transmissíveis, provocando prejuízos ao comércio e ocasionando uma crise econômica no país.

Observa-se que as intervenções do Estado eram voltadas para a manutenção da ótica do capitalismo, uma vez que a preocupação consistia muito mais em não se deixar afetar a produção econômica e prejudicar o comércio do que com a saúde da população.

Em relação à política social no país, Behring e Boschetti (2011) esclarecem que, historicamente, ela emergiu de forma gradual e diferenciada entre os países, a exemplo o Brasil, onde ela não incidiu no mesmo tempo histórico que nos países de capital estrangeiro. As autoras destacam, ainda, a estreita relação entre seu surgimento e as expressões da questão social: “do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social que

possuem papel determinante em sua origem (e que, dialeticamente, também sofrem efeitos da política social)” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 43).

Diante disso, pode-se observar que a política social está relacionada à conjuntura em que se encontra o país, tanto no nível social como no econômico e no político, sendo uma forma de “satisfação” frente às expressões da questão social.

No Brasil, a política social emergiu como política no início do século 20, embora no século anterior as expressões da questão social já estivessem presentes com contexto de miséria e desigualdades, principalmente depois do fim do regime escravista. Somente a partir da primeira década do século 20 essa questão tornou-se política devido às reivindicações dos trabalhadores e à iniciativa de implantação de legislação trabalhista (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Portanto, os direitos sociais no Brasil são tidos como conquistas dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que a política social pelo Estado se torna uma estratégia para contenção dos ânimos e controle da classe trabalhadora.

Para Sposati *et al.* (2014), o início da política social estava contido no “modelo assistencial”, com caráter “populista” e de “bondade” para prover as necessidades da população menos favorecida. O trabalhador vivia na condição de assistido pelo Estado e não como sujeito de direitos. É o aparato assistencial que estabelece essa exclusão ao colocar o trabalhador na condição de indivíduo que recebeu auxílio, benefício. De acordo com Sposati *et al.* (2014, p. 45), “o assistencial, como mecanismo presente nas políticas sociais, revela-se, ao mesmo tempo, como exclusão aos bens e serviços prestados direta ou indiretamente pelo Estado”. No entanto, as autoras avaliam que a política social é espaço possível para acessar direitos que de outra forma foi negado às classes subalternizadas, sendo espaço de representatividade dos sujeitos sociais na luta pela conquista e ampliação de direitos.

Considerando Behring e Boschetti (2011), é possível traçar uma breve cronologia, com destaque de eventos importantes, da proteção social no Brasil para a composição da política social.

Em relação ao século 19, as autoras referem que, no ano de 1888, ocorreu a criação de uma caixa de socorro para burocracia pública. Esse foi o modelo inicial de instituição de direitos por categoria, sendo a ênfase da proteção até os anos de 1960.

Em 1889, ferroviários e funcionários da Imprensa Nacional conquistaram o direito à pensão e quinze dias de férias. Esse direito estendeu-se posteriormente aos funcionários do Ministério da Fazenda.

Em 1891, houve a regulamentação do trabalho infantil, que, embora jamais tenha sido cumprida, foi a primeira legislação para assistência à infância.

O ano de 1892 foi de conquista para os funcionários da Marinha, os quais obtiveram o direito à pensão.

No século 20, Behring e Boschetti (2011) destacam que, por volta de 1903, ocorreu a criação dos primeiros sindicatos, inicialmente na agricultura e indústria rurais e, a partir de 1907, dos demais trabalhadores das cidades.

Em 1911 e 1919 aconteceu, respectivamente, a redução legal da jornada de trabalho para 12 horas diárias, ainda que não efetivamente assegurado, e a regulamentação dos acidentes de trabalho por meio de inquérito policial e responsabilidade individual em vez das condições coletivas de trabalho.

Em 1923, a evidência foi a aprovação da lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para determinados segmentos de trabalhadores. Essa lei foi a base para o sistema previdenciário do Brasil. Em 1926, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Considerando esse mesmo período – 1889 a 1930 – para os eventos na área da Saúde, Aguiar (2011) retrata como sendo um momento caracterizado por novas ações, tais como: implantação de campanhas sanitárias, que propunham a higienização das cidades como medidas para evitar surtos de doenças como febre amarela e peste bubônica; campanhas de vacinação para toda a população; criação do Instituto Oswaldo Cruz, com programas de educação em saúde voltados para a orientação da população sobre a importância da prevenção e cuidados de saúde.

Nota-se que o modelo de atenção à saúde, nesse período, era sanitarista e preventivo, visando o controle de doenças. O autor também destaca a criação da Lei Eloy Chaves como o marco inicial da Previdência Social no Brasil.

Para Draibe (1990 *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2011), os anos de 1930 a 1963 são tidos como período de transformações na política do país, caracterizado como início da política social no Brasil, mais especificamente entre os anos de 1930 e 1943.

Entre 1930 e 1964, o Brasil foi governado por vários presidentes, desde Getúlio Vargas a João Goulart. Esse período foi marcado por avanços em relação

aos direitos trabalhistas, como a criação de alguns ministérios, principalmente o do Trabalho, que possibilitou a defesa dos direitos dos operários e a melhoria das condições de trabalho; reconhecimento das categorias de trabalhadores com estabelecimento da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); e promulgação da Constituição Federal de 1946.

Nota-se que muitas conquistas foram adquiridas pelos trabalhadores nesse período, mesmo sob os interesses políticos e manutenção do poder pela classe dominante. “O período de 1946-1964 foi marcado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 109). Percebe-se, portanto, que a mobilização da classe operária girava em torno de reivindicações e reformas no campo socioeconômico.

No campo da saúde, Aguiar (2011), lembra que o ano de 1930 foi marcado pela criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), órgão que conduzia ações de saúde pública e a atenção aos pobres, desempregados e trabalhadores informais.

Em 1933, as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), ampliando-se o número de categorias de empregados beneficiados. Aguiar (2011). Os IAPs eram financiados pelas empresas empregadoras, pelos empregados e pelo governo. Com isso, houve um aumento da oferta de serviços médicos aos trabalhadores.

Entretanto, todas essas políticas de saúde permaneciam voltadas para os empregados urbanos. A maioria da população (trabalhadores rurais e desempregados) não possuía esse tipo de cobertura.

Na área da saúde, destacam-se, ainda, a criação do Ministério da Saúde (1953) e a manutenção dos IAPs, ainda que tenha surgido um modelo de assistência médica curativa privatista, com fins lucrativos. Nesse modelo, empresas médicas eram contratadas pelos empregadores descontentes com os serviços médicos dos IAPs para atender seus funcionários. Segundo Bravo (2013, p. 18):

As ações em saúde sempre foram diferenciadas, segundo as classes sociais existentes na sociedade; entretanto, no capitalismo dos monopólios, esta diferenciação se acentua, com a criação de instituições médicas voltadas para diferentes “clientelas”, o que se expressa pelo seu caráter “privado” ou “estatal”.

Sobre o período da ditadura militar, compreendido entre 1964 e 1985, Pereira (2002) ressalta a mudança de um Estado “populista” para um “tecnocrático”:

As reformas institucionais que acompanharam essa modificação resultaram na reestruturação da máquina estatal, privilegiando o planejamento direto, a racionalização burocrática e a supremacia do saber técnico sobre a participação popular. (PEREIRA, 2002, p.135).

Durante os primeiros anos da gestão militar, prevaleceu a continuidade da política anterior, ou seja, o governo continuou atendendo os interesses do capital em detrimento das demandas das expressões da questão social. Ao final desse período, ocorreu a diminuição de gastos no plano social, trazendo aumento de desemprego e da pobreza.

Aguiar (2011) enfatiza que o período ditatorial é caracterizado pela repressão aos movimentos sociais, dificultando a participação da sociedade no governo no que se refere às políticas de saúde pública.

Em 1966, ocorreu a junção dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, responsável pelos benefícios e assistência em saúde aos segurados.

Na entrada dos anos 1980, segundo Behring e Boschetti (2011, p. 138), “tem-se um aprofundamento das dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos investimentos e na redistribuição de renda, não só no Brasil, mas no conjunto da América Latina”. O período foi caracterizado pela alta inflação e endividamento do país, causando seu empobrecimento, desemprego, demandas por serviços sociais públicos e depressão de direitos.

Frente a essa realidade, nota-se que, nessa época, a área social não foi uma prioridade para o enfrentamento das expressões da questão social. É nesse cenário que surgem os primeiros casos de HIV no Brasil, que, com a fragilidade das ações governamentais, rapidamente resultou em uma epidemia no país.

Nesse período e nos anos seguintes, não havia ainda uma agenda de diálogo com a sociedade civil para discutir questões ligadas à epidemia do HIV. Seffner e Parker (2016, p. 26) lembram a existência de campanhas que reforçavam a discriminação e causavam medo ao invés de educar, como a polêmica campanha “Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar”.

Ainda segundo Seffner e Parker (2016), somente mais tarde, com a abertura política, a participação popular e a força dos movimentos sociais foi possível estabelecer diálogo entre gestores, ONGs e grupos sociais mais atingidos nas discussões para construção de programas que possibilitassem a inclusão das minorias na atenção à saúde.

Vale ressaltar também que, à época, ainda não existia o SUS, que somente foi estabelecido em 1988 com a promulgação da Constituição Federal e efetivado por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, sendo esse um marco na saúde pública brasileira.

Os anos de 1985 a 1988 compreendem o fim da ditadura militar no país. Aguiar (2011) destaca, nesse período, a articulação da sociedade, de profissionais e de movimentos populares para participação nas discussões para melhoria da oferta e qualidade dos serviços públicos para toda a população, enfatizando o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Esses dois eventos foram expressivos para a história da saúde no Brasil, pois deram sustentação para o capítulo da saúde contido na Constituição Federal de 1988 e para a criação do SUS, o qual se estrutura nos princípios da Universalização, Equidade e Integralidade, que, por sua vez, relacionam-se, respectivamente com: o direito de todos os cidadãos a saúde, sem discriminação; a igualdade da assistência à saúde sem diferenciação; e a atenção integral, desde a prevenção até a recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Ressalta-se que a Constituição Federal de 1988 é um marco para a efetivação dos direitos sociais fundamentais, rompendo com a cultura patriarcal e clientelista. Sua elaboração contou com a participação popular, materializando a passagem de um regime autoritário para um democrático; conseqüentemente, seu texto apresenta um perfil democrático. Assim, dentre outros direitos humanos fundamentais, a Carta Magna procurou garantir a saúde como um direito de todos e responsabilidade do Estado na sua manutenção, princípio expresso em seu artigo 196.

2.1.2 Atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids por meio das políticas de saúde e de assistência social

De acordo com o DCCI do Ministério da Saúde, a Constituição Brasileira assegura às pessoas que vivem com HIV/Aids os mesmos direitos de qualquer cidadão brasileiro. O artigo 6º da Carta Magna amplia a perspectiva do direito ao estabelecer que: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

No campo do direito à saúde, Souza *et al.* (2019) lembram a importância da Reforma Sanitária Brasileira na obtenção de conquistas importantes. O movimento operou em três vias estratégicas:

Pela via parlamentar, inscreveu na Constituição o direito à saúde e criou o Sistema Único de Saúde. Pela via técnico-institucional, ensejou a implantação de um conjunto bastante efetivo de políticas e programas de saúde. Pela via sociocomunitária, apostou na participação social que, por meio de conselhos e conferências de saúde, contribuiu para que os avanços ocorressem. (SOUZA *et al.*, 2019, não paginado).

Embora faça referência aos sucessos ocorridos à época da Constituinte de 1988, Souza *et al.* (2019) expõem que, desde aquele período até os dias atuais, o país mudou muito, que problemas antigos e novos fazem parte do contexto atual, e que o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde não foi alcançado. Para os autores, as forças políticas e sociais que conseguiram desenvolver as estratégias apontadas acima,

perderam influência no processo, não conseguindo manter a unidade alcançada no período constituinte, de modo que as vitórias obtidas não foram suficientes para garantir o direito à saúde de maneira universal e igualitária, tal como proposto no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. (SOUZA *et al.*, 2019, não paginado).

A política de saúde voltada para o HIV/Aids foi uma importante conquista resultante da Reforma Sanitária Brasileira. Pode-se observar que, ao longo da história do descobrimento do vírus até os dias atuais, muitos avanços aconteceram para atender às demandas de saúde das pessoas acometidas pelo vírus e que

requerem tratamento específico para a doença. Vale ressaltar os avanços no campo clínico, a terapia antirretroviral (TARV) e tratamento coberto pelo SUS, novos medicamentos, formas de detecção do vírus e medidas de prevenção em constantes inovações.

No contexto da política de assistência social voltada para população acometida pelo HIV, Silva (1998) expõe que as pessoas afetadas pelo vírus e com grave condição de saúde não possuíam garantias sociais, como manutenção do trabalho, informações corretas etc., e que devido a “uma nova condição individual e social, passam a ser reivindicados os direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids” (SILVA, 1998, p. 130).

Frente a isso, percebe-se que o perfil da epidemia incitou o desenvolvimento de discussões sobre os direitos sociais ligadas ao HIV/Aids, em que os principais autores eram pessoas soropositivas, profissionais, ONGs e movimentos sociais. É importante destacar que as organizações foram essenciais para fazer valer as reivindicações das demandas por direitos das pessoas com HIV/Aids, assim como prestadores de assistência a eles e seus familiares (SILVA, 1998).

Também era expressiva, e são inclusive até os dias atuais, a presença de grupos de solidariedade que fornecem ajuda básica, entidades e associações que prestam aconselhamento, criação de abrigos para pessoas que vivem com HIV/Aids e familiares. Conforme Silva (1998), a maior parte dessas entidades recebe apoio governamental.

Diante disso, nota-se que a política de assistência social fomentada pelo Estado e direcionada para as pessoas que vivem com HIV/Aids, principalmente para o público feminino, ainda precisa de investimentos em programas, serviços e benefícios da assistência social.

É notório que a política pública de saúde avançou mais no campo do tratamento do que a política social na assistência as PVHA. No entanto, mesmo com os avanços na saúde, o HIV ainda é um problema de saúde pública e requer oferta de serviços de saúde que atuem não somente contra doença, mas na totalidade das demandas, de forma a promover condições mais dignas às pessoas com o vírus.

Embora o progresso no campo da saúde permita a essas pessoas exercerem atividade laboral, elas ainda convivem com situações de discriminação, o que provoca dificuldades em se manterem nos empregos. Assim, destaca-se a importância de políticas sociais mais amplas e efetivas nessa direção.

Ainda que a inclusão dos direitos esteja prevista nas legislações, convive-se, por exemplo, com falta de atendimento nas áreas da saúde, do lazer, dos serviços socioassistenciais e precarização do trabalho.

Portanto, a consolidação desses direitos nem sempre acontece de maneira concreta, requerendo por parte do Estado políticas públicas ativas que garantam, de fato, que os direitos dos cidadãos não sejam violados, uma vez que são elas instrumentos que efetivam direitos para a construção de uma cidadania ampliada. Assim sendo, os direitos sociais da coletividade podem ser mais bem assegurados com ações governamentais por meio da política social, um instrumento de alcance do poder público que, se bem planejado e executado, pode diminuir as desigualdades e proporcionar condições dignas de vida às pessoas.

Visto que, a função das políticas públicas é efetivar direitos, como bem explica Pereira (2002, p.), ao se analisar criteriosamente o processo de formação e desenvolvimento dessas políticas, vê-se que, “na base de cada uma delas, encontram-se necessidades humanas, que foram problematizadas e se transformaram em questões de direito”.

Pereira (2002) trabalha com o conceito de necessidades humanas, expressivo para evidenciar direitos, assim como para subsidiar ações materializadas em programas e projetos que atendam ao menos o básico para o bem viver da população. Nesse cenário, estão inseridos profissionais que possam atuar no enfrentamento das desigualdades sociais e nas demandas relacionadas à concretização de direitos dos indivíduos. Entre esses profissionais, evidencia-se o assistente social que, de forma interventiva, atua no acolhimento das necessidades sociais da população por meio das políticas sociais.

Frente a isso, percebe-se que o campo das diversas políticas sociais são espaços de atuação do assistente social. Em particular, a política de saúde pública, um dos maiores espaços sócio-ocupacionais desse profissional. É nesse espaço que essa pesquisa se concretizou.

2.2 Serviço social: historicamente uma profissão inserida na política de saúde

De acordo com Bravo (2013), como prática profissional, o serviço social surge no final do século 19 e início do século 20, período em que o capitalismo afirma sua hegemonia, mundialmente denominado capitalismo monopolista.

O autor, citando Belfiore *et al.* (1985), destaca que o serviço social

Aparece como um dos mecanismos para atender aos efeitos das contradições criadas pelo novo estágio desse sistema de produção, pois as formas adotadas pelos pioneiros da assistência, baseadas na caridade e filantropia, eram insuficientes para o controle dos problemas sociais, com o aviltamento da pobreza, ocasionado pela exploração intensiva do trabalho. (BELFIORE *et al.*, 1985 *apud* BRAVO, 2013, p. 21).

Ante as expressões da questão social produzida pelo modo de acumulação capitalista, surge a profissão para atuar de forma a abrandar os efeitos das contradições impostas pelo capitalismo (CERQUEIRA, 1982 *apud* BRAVO, 2013, p. 13).

No curso da constituição da sociedade capitalista, a classe operária impôs ao mundo um conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos, vinculado fundamentalmente ao conflito entre capital e trabalho (CERQUEIRA, 1982 *apud* BRAVO, 2013). E, desse conflito resulta o aparecimento de expressões da questão social como desemprego, miséria, fome, doenças etc., que são decorrentes da exploração do trabalho.

O serviço social surge como profissão na Europa, mais especificamente, na Inglaterra, no final do século XIX, com práticas paternalistas e assistencialistas, agindo nos problemas sociais e emocionais que prejudicavam a recuperação dos pacientes.

As atividades profissionais desenvolvidas não tinham continuidade, eram fragmentadas, predominando a seleção socioeconômica, o aconselhamento e a visita domiciliar pautada na doença. Essas funções eram tidas como sendo de ajuda à equipe médica. O assistente social não questionava seu fazer profissional, tampouco a ordem vigente; o principal era a formação doutrinária e moral, ou seja, a profissão por vocação (BRAVO, 2013).

Bravo (2013) expõe que o serviço social se desenvolveu nos Estados Unidos no século 20, e, assim como na Inglaterra, a atuação do profissional foi de

ajuda aos médicos. Somente após a Primeira Guerra Mundial, inicia seu processo de elaboração teórica, destacando-se como grande marco a contribuição de Mary Richmond, cujo livro *Social Diagnosis* constituiu a primeira sistematização metodológica do serviço social. Embora consistisse na abordagem individual, apresentava, em muitos momentos, estreita relação com o fazer da área médica, chegando a utilizar o método clínico médico sem reformulação ou questionamentos.

Sob a influência europeia, o serviço social surge na América Latina na década de 1920. A saúde foi o primeiro espaço ocupacional a contar com o assistente social, inclusive foi a categoria médica que colaborou para a criação das primeiras escolas, vislumbrando aqueles profissionais como seus auxiliares na execução de atividades como visitas domiciliares e instrução de higiene aos pacientes.

No Brasil, o serviço social nasce entre 1930 e 1945, tendo como base o assistencialismo e os interesses da burguesia, a qual, associada com os preceitos da Igreja Católica, tinha a intenção de aumentar sua legitimidade e seu poder político, apresentando, assim, vinculação com instituições filantrópicas e religiosas. Antes do seu surgimento, as ações assistenciais eram realizadas por grupos de beneficentes e religiosos por meio de práticas assistencialistas de ajuda aos enfermos e incapazes (BRAVO, 2013).

Ainda de acordo Bravo (2013), o serviço social na área da saúde era denominado “Serviço Social Médico”, e o profissional era basicamente um auxiliar do médico. Sua ação consistia em trabalho de caráter educativo diretamente ao paciente e em campanhas sanitárias, triagem socioeconômica e elaboração de fichas informativas sobre o paciente para ajudar o médico no tratamento; para tanto, as assistentes sociais deveriam conhecer a situação social dos pacientes para repassá-la ao médico.

Também fazia parte das funções do profissional do serviço social a distribuição de auxílio financeiro para o deslocamento do paciente até a instituição médica. A abordagem era individualizada na busca de resolução de problemas, visando à reintegração do indivíduo. Os locais de atuação eram Hospitais de Clínicas, Dispensários de Tuberculose, Departamentos de Saúde dos Estados e na atuação médica da Previdência Social.

As escolas que surgiram vinculadas à saúde contemplavam, nos seus currículos, matérias ligadas às áreas sanitárias e higienistas, como: Higiene, Puericultura, Medicina de Urgência, Higiene Mental e Educação Familiar. A ênfase ligava-se aos preceitos da Igreja Católica, bastando apenas vocação, sentimento de amor ao próximo, moral, entre outros predicados. Não ocorriam estudos sobre as origens das desigualdades ou questionamento sobre o sistema capitalista e as mazelas dele decorrentes.

Somente na década de 1970 surgem inquietudes em alguns segmentos de assistentes sociais, decorrentes da reflexão sobre a relação existente entre aumento das desigualdades sociais e capitalismo. O descontentamento emergido faz com que eles tentem romper com a prática profissional tradicional e busquem, de forma metodológica, atender os interesses da classe oprimida. Matos (2017, p. 61) expressa esse momento:

somente a partir dos anos 1970 que o Serviço Social brasileiro passa a encarar polêmicas de relevo no seio da profissão. Aqui, se faz importante remetermos ao processo de renovação do Serviço Social brasileiro e, especialmente à importância da tendência “intenção de ruptura”. Este processo foi extremamente rico.

Matos (2017) menciona que, a partir dos anos de 1990, os assistentes sociais agregaram os princípios dos SUS à profissão. Há que se atentar, entretanto, para que essa integração possibilite, de fato, mudanças no cotidiano profissional, posto que, seguindo os princípios do SUS, a atuação do assistente social deve estar comprometida em facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde e não sujeitar a operacionalização de seu trabalho a projetos que descaracterizam a proposta do SUS.

2.2.1 Contextualização do serviço social em uma unidade de saúde pública de Brasília no atendimento a demandas sociais de saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids

Os profissionais da saúde desempenham um papel importante dentro da política de saúde, dentre eles, o assistente social. Como visto, essa profissão, desde sua origem, esteve estreitamente ligada à saúde, portanto, esse é um campo expressivo de atuação do serviço social.

No DIP do HUB, o assistente social é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional e que, junto com outros profissionais, esforça-se para garantir o atendimento integral às pessoas soropositivas.

É comum no cotidiano do profissional de serviço social a utilização de instrumentais com a finalidade de atingir objetivos. O serviço social na DIP e Projeto Com-Vivência realizam acolhimento ao paciente e/ou seu familiar, geralmente primeira fase do atendimento. Tanto no acolhimento como no atendimento individual ou em grupo são utilizados vários instrumentais, como questionário semiestruturado de entrevista e materiais ilustrativos (cartilha e folder).

A utilização desses instrumentos possibilita identificar demandas e programar intervenções de apoio aos usuários e familiares. É um recurso que potencializa a ação profissional, pois garante um atendimento compreensivo e orientado, também proporciona atitude investigativa e desempenha um importante papel no conhecimento da realidade social do paciente. Além disso, a humanização em saúde tem no acolhimento uma importante ferramenta na construção de vínculo entre profissionais e usuários.

O atendimento visa a socialização de informações sobre as doenças – formas de contágio, transmissão e prevenção –, além de sensibilizar para a importância de se investigar possível diagnóstico de outros membros do grupo familiar, a fim de prevenir uma rede de transmissão silenciosa, seja por via sexual, sanguínea ou vertical (da mãe para o filho).

A adesão ao tratamento e a importância do acompanhamento pela equipe de saúde também são questões trabalhadas pelo assistente social com foco no empoderamento do usuário como participante no seu tratamento de saúde.

O documento “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde”, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009) expressa a importância do trabalho socioeducativo ao enfatizar que as ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem

transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. (CFESS, 2009, p. 43).

No entanto, o Conselho alerta que as ações socioeducativas devem ser geridas de forma a promover a reflexão crítica do usuário sobre o conhecimento de sua nova realidade e estimular a participação social em construções coletivas, como grupos de debates, conselhos de saúde, conferências, entre outros, visando o acesso aos direitos e a ampliação e solidificação da cidadania.

Diante do exposto, percebe-se que o serviço social é uma profissão interventiva, isto é, que atua na realidade social do indivíduo de forma a garantir a materialização de seus direitos sociais.

3 CONDIÇÕES DE TRABALHO E SOBREVIVÊNCIA DE MULHERES COM HIV/AIDS

A vulnerabilidade socioeconômica, somada às adversidades do HIV/Aids, pode implicar negativamente na qualidade de vida de mulheres soropositivas. Há que se considerar, ainda, que o trabalho precarizado ou sua escassez também oferece comprometimentos no campo do bem-estar dessas mulheres.

Diante disso, a proposta deste capítulo é discutir criticamente a feminização da Aids no país e as desigualdades no âmbito socioeconômico relacionado à questão de gênero. O debate acerca da alta incidência da infecção é um alerta de que essa população necessita de especial atenção.

3.1 Feminização da Aids no Brasil e seus impactos no contexto do trabalho: desafios enfrentados por mulheres soropositivas

A década inicial da epidemia do HIV/Aids no Brasil apresentava predominância de casos na população masculina, sendo esse o foco das ações. Desse modo, conforme Sordi *et al.* (2015), a doença propagou-se de forma silenciosa entre as mulheres, pois elas não eram vistas como um coletivo vulnerável à doença e tampouco centro de ações de prevenção:

Mesmo com a descoberta da etiologia do vírus em 1984, apenas por volta da década de 1990 a contaminação de mulheres foi reconhecida como uma realidade evidente no mundo e no Brasil pela alta incidência de novos casos e de óbitos, passando a ser notificada pelo Ministério da Saúde, fenômeno chamado de feminização. (SORDI *et al.*, 2015, p. não paginado).

A forma preconceituosa com que Aids foi vista desde o seu surgimento e a suposição e divulgação de que o grupo de risco seria formado por homens homossexuais contribuiu com a negligência ou omissão em relação aos contágios em mulheres. Ou seja, ainda que os primeiros casos de Aids entre mulheres tenham ocorrido concomitante aos primeiros casos entre homens, a medicina negligenciou esse fato ao demorar uma década para levar em conta o risco de contágio de infecção sexualmente transmissível em mulheres. Foi somente no começo da década de 1990 que a epidemia de HIV entre a população feminina começou a

despertar atenção, principalmente porque, nessa mesma época, também começaram a surgir casos da infecção entre recém-nascidos ocasionados pela transmissão vertical. Logo, percebe-se que o contexto feminino do HIV só teve significado após haver bebês infectados (GONÇALVES, 2010).

A não prioridade das mulheres no cenário da epidemia fez com que as ações direcionadas a elas fossem limitadas à identificação de gestantes com o vírus, visando à prevenção da transmissão de mãe para filho; as não gestantes tinham o acesso ao diagnóstico e tratamento limitado e tardio (VILLELA; BARBOSA, 2017).

Gonçalves (2010) chama atenção para as consequências da demora na compreensão da vulnerabilidade feminina ao vírus ao afirmar que essa invisibilidade de atenção afetou na promoção de estratégias de prevenção direcionadas a esse público, assim como causou uma falsa noção de proteção.

Passada a primeira década da doença, e dado o aumento de casos entre mulheres, surgiram, nos anos 1990, estudos e intervenções enfocando esse público. Esse acontecimento gerou uma relativa estabilização do aumento de casos entre mulheres, mas levou também a uma estagnação de ações nos anos 2000, quando o fomento de estudos dirigidos a esse público teve sua quantidade restrita (VILLELA; BARBOSA, 2017).

Isto posto, fica evidente que até os dias atuais o Brasil é tido como um país de epidemia concentrada, onde as mulheres não compõem um grupo com prioridade mesmo ocorrendo registro de novos casos entre elas e acréscimo da taxa de detecção entre gestantes:

Em 2017, cerca de 58% de todas as novas infecções pelo HIV entre adultos com mais de 15 anos de idade ocorreram entre mulheres. A cada semana, 6,6 mil mulheres jovens – de 15 a 24 anos – contraíram HIV no ano passado. O aumento da vulnerabilidade ao HIV tem sido associado à violência. Mais de uma em cada três mulheres em todo o mundo sofreram violência física ou sexual, muitas vezes nas mãos de seus parceiros íntimos. (UNAIDS, 2019, não paginado).

Dados estatísticos acerca da expansão do HIV/Aids são significativos para se compreender os motivos dessa expansão, ganhando o assunto ainda mais relevância quando se reflete acerca do sofrimento das pessoas com HIV decorrente das condições de desigualdade impostas pela doença. Como afirma Guerra (2013,

p. 71), “a Aids, ao atingir um contingente alarmante de pessoas, chega, de forma desigual, àqueles em condições de vulnerabilidade social”.

Em relação a essa questão, Villela e Barbosa (2017) apontam que o HIV/Aids se estabelece em uma esfera de desigualdade de gênero e de exclusão social, apresentando condições de vulnerabilidade socioeconômica e violência como características da dinâmica da doença, principalmente no contexto feminino. Portanto, as pessoas mais afetadas pela epidemia são aquelas em situação de vulnerabilidade social, a qual é intensificada por condições de pobreza:

Tal vulnerabilidade é entendida como um somatório de situações de precariedade, para além das precárias condições socioeconômicas (como indicadores de renda e escolaridade ruins) presentes em certos setores censitários. São considerados como elementos relevantes no entendimento da privação social aspectos como a situação demográfica das famílias aí residentes, a exposição à situação de riscos variados (como altas incidências de certos agravos à saúde, gravidez precoce, exposição à morte violenta etc.), precárias condições gerais de vida e outros indicadores. (GUERRA, 2013, p. 72).

Tal como pontua Guerra (2013), a vulnerabilidade é apreendida como um conjunto de fragilidades sociais, incluindo as socioeconômicas. Nessa direção, há que destacar que ao longo da trajetória da Aids, essa doença deixou de ser unicamente um problema de saúde, passando a configurar também uma questão de ordem socioeconômica. As implicações socioeconômicas aqui destacadas relacionam-se com o contexto do ambiente de trabalho das pessoas que vivem com o vírus HIV/Aids.

Ser uma pessoa que vive com o HIV/Aids, por si só, não a impede do direito ao trabalho e nem prejudica sua competência para exercer atividade laboral. No entanto, pessoas com o vírus ainda são estigmatizadas nos ambientes laborais, sobretudo em empresas que ainda apresentam resistência para reconhecer e enfrentar esse problema no seu ambiente:

No âmbito do trabalho, a aids não é compreendida como uma doença como as outras, sobre as quais as empresas têm responsabilidades, enquanto segmento da sociedade civil. Hoje tal distanciamento gera problemas no local de trabalho, pois muitas empresas ainda não sabem como lidar com tais questões (BASTOS; SWARCWALD, 2000). O local de trabalho traz uma série de questões ainda consideradas tabus, como a discussão de temas

relacionados a drogas, sexualidade, relacionamentos, uso de preservativos, entre outros. (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011, p. 261).

No contexto laboral, os desafios das pessoas acometidas pelo HIV relacionam-se muito mais à luta contra as limitações sociais do que a restrições físicas da doença (como no passado), pois muitas deixam seus empregos movidas pelo sofrimento causado pelo preconceito e pela exclusão. Conforme explicam Machado, Frederico e Schwanke (2008, p. 2), “é sabido que, na maioria das vezes, as empresas reagem negativamente ao saber de um profissional com HIV/Aids. Este é, na realidade, o comportamento mais comum da sociedade em geral”.

Em relação à mulher, esse contexto intensifica-se ainda mais, somado a questões relacionadas a chances menores de emprego, pois, por uma questão histórica, algumas mulheres ainda precisam direcionar horas diárias em atividades relativas à responsabilidade da vida doméstica e familiar com crianças, doentes, idosos, entre outros afazeres.

Essa sobrecarga de tarefas doméstica é apresentada, muitas vezes, como atividades sem reconhecimento, pois, de acordo com Kuchemann e Cruz (2008, p. 20), tratam-se de atividades tidas como “não mercantis”. Os autores pontuam ainda que “grande parte do trabalho realizado pelas mulheres, em todas as sociedades, é invisível, desvalorizado e nem sequer considerado como atividade econômica”. Nesse sentido, afirma Santos (2008, p. 98):

Gênero configura papéis diferenciados e hierárquicos no mercado de trabalho, nas estruturas sociais e no seio da família, espaços nos quais a mulher desempenha tarefas consideradas mais “femininas”, decorrente de determinações socioculturais incorporadas no imaginário de ambos os gêneros.

Afetadas por essas circunstâncias, observa-se que as mulheres não apresentam condições de independência financeira iguais às dos homens. O mundo do trabalho é especialmente cruel com elas; a discriminação de gênero provoca, ainda, o constante temor ao desemprego, algo que conseqüentemente agravaria a situação financeira.

Os aspectos socioeconômicos relacionados ao mundo do trabalho impõem às mulheres infectadas pelo HIV a busca por estratégias de “sobrevivência” nesse universo laboral, levando-as a viverem de forma a não assumir a condição de

soropositividade como uma maneira de se proteger diante da dupla discriminação. Têm-se, assim, condições desiguais de oportunidades de trabalho em virtude do gênero e, ainda, por serem acometidas por uma doença estigmatizada.

Reforçando o quadro de vulnerabilidades das mulheres à infecção pelo HIV, outro aspecto importante é identificado pelas formas desiguais de inserção de homens e mulheres no mercado de trabalho. A proporção de mulheres em trabalhos domésticos e ocupações não remuneradas é mais significativa do que entre os homens. As mulheres também são maioria nos trabalhos em tempo parcial ou sazonais. (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011, p. 261).

Nesse contexto, mulheres soropositivas são ainda mais vulneráveis, pois predominam na esfera da informalidade, sem garantias previdenciárias. Por outro lado, pensar o trabalho com condições dignas para as mulheres que vivem com o vírus pode representar uma sustentação para o enfrentamento da condição de soropositividade, posto que, possuir uma ocupação remunerada, relacionar-se com outras pessoas, sentir-se pertencente a um grupo e ampliar relações sociais são mecanismos que promovem a autoconfiança e a autoestima e dão sentido à suas vidas (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

Santos (2008), por sua vez, acrescenta que, para se alcançar uma maior igualdade de gênero no mercado de trabalho, é necessário que haja transformações nas estruturas e referências simbólicas da nossa sociedade, materializadas em políticas públicas para a melhoria da autonomia feminina. Nesse contexto,

As políticas públicas podem “conformar o modo que indivíduos constroem a si mesmo como sujeitos” [...]. Ou seja, as instituições servem como referência para o posicionamento quanto à própria identidade, servindo como modelo para criação da personalidade. Os diversos ambientes em que o sujeito circula terão interferência direta no modo em que o sujeito confere sentido à sua vida, à sua realidade. (WEIGH, 1997 *apud* MACHADO; FREDERICO; SCHWANKE, 2008, p. 3).

Assim, a construção e a implementação de políticas públicas no atendimento à mulher soropositiva, com foco na geração de trabalho, são formas de conter as desigualdades e a exclusão social.

Ainda que o tratamento de saúde seja avançado e possibilite à mulher condições saudáveis de saúde, permitindo-lhe manter-se na ativa, isso não é

suficiente. É necessário atuar na eliminação do preconceito e da discriminação no ambiente de trabalho, pois não pode ser negado a essas mulheres seu direito ao emprego.

De modo geral, é possível observar as diversas estratégias que as mulheres encontraram para se manterem ativas e, ao mesmo tempo, exercerem uma atividade profissional e cuidarem da saúde. Na perspectiva profissional, quando inseridas no mercado de trabalho - formal ou informal -, elas buscam alternativas para conciliar seu estado de saúde com o desempenho de suas atividades profissionais, visando manter as condições de vida; e quando fora do mercado de trabalho, o foco é a melhoria ou a manutenção da condição de saúde e a busca por atividades sociais e de lazer. (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011, p. 266).

Examinar a relação de trabalho das mulheres soropositivas é um desafio, pois analisar problemáticas decorrentes de desigualdades nesse campo, na atual conjuntura em que se encontram as políticas públicas no país, requer posicionamento frente ao sistema político vigente e sobre a precarização das políticas públicas voltadas para as pessoas que vivem com HIV/Aids em suas múltiplas demandas por igualdade de condições.

Fazendo parte desse cenário, impactos resultantes da feminização da epidemia HIV/Aids também se apresentam como desafios, pois demandam ações de natureza individual, social e programática (TAQUETTE, 2009), o que inclui cuidado integral à saúde da mulher, garantindo-lhe acesso ao atendimento médico na prevenção e no tratamento de IST, assim como desenvolvimento de políticas para enfrentamento às vulnerabilidades com foco na redução da pobreza, baixa escolaridade, desigualdade de gênero e desemprego.

3.2 Mulheres que vivem com HIV/Aids: um estudo qualitativo em um hospital universitário da região Centro-Oeste

Para apreender o universo das mulheres que vivem com o vírus HIV/Aids, no contexto do mercado de trabalho e suas estratégias de sobrevivência, propôs-se para realização deste estudo a pesquisa qualitativa. A análise de conteúdo permitiu a descrição e a interpretação dos resultados, favorecendo uma compreensão mais completa do tema.

A princípio, a pesquisa teria onze participantes, mas houve negativa no comparecimento de uma delas; entende-se que a participante não se sentiu à vontade em participar. Em termos éticos, pode-se afirmar que se validou “a garantia de plena liberdade do participante da pesquisa para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum” (BRASIL, 2016), conforme preconiza a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana (BRASIL, 2016).

Por meio de amostra aleatória, dez mulheres compuseram a presente pesquisa. A identificação das entrevistadas foi preservada e seus nomes substituídos por letras, de forma a garantir o sigilo.

Na Tabela 1, são apresentados dados sociodemográficos das participantes, simultaneamente com os que se relacionam com o HIV e suas análises.

Tabela 1 – Caracterização das participantes

| IDADE | LOCALIDADE | SITUAÇÃO CONJUGAL | ESCOLARIDADE | MORADIA | QUANTIDADE DE FILHOS |
|-------|-----------------|-------------------|-------------------------------|---------|----------------------|
| 27 | Cidade Satélite | Solteira | Ensino Médio Incompleto | Própria | 3 |
| 40 | Cidade Satélite | União estável | Ensino Médio Completo | Alugada | 2 |
| 44 | Cidade Satélite | Solteira | Ensino Fundamental Incompleto | Própria | 4 |
| 49 | Cidade Satélite | Solteira | Ensino Médio Completo | Própria | 6 |
| 50 | Entorno – GO | Divorciada | Superior incompleto | Cedida | 4 |
| 50 | Entorno – GO | Solteira | Ensino Médio Completo | Própria | 1 |
| 50 | Cidade Satélite | Solteira | Ensino Fundamental Incompleto | Própria | 2 |
| 52 | Cidade Satélite | Solteira | Ensino Fundamental Incompleto | Própria | 3 |
| 54 | Cidade Satélite | Solteira | Ensino Médio Incompleto | Própria | 1 |
| 60 | Cidade Satélite | Viúva | Ensino Médio Completo | Própria | 4 |

Fonte: Dados agrupados pela autora (2020).

A maioria das entrevistadas tinham entre 50 e 54 anos. Apesar dessa faixa etária estar relacionada à meia-idade, continuavam desenvolvendo atividade laboral. Valadares *et al.* (2010) afirmam que essa é uma etapa que ocasiona transformações tanto orgânicas como psicológicas e sociais que influenciam a vida da mulher. São condições que as deixam mais vulneráveis e propensas a outras enfermidades.

Em comparação com os dados do Ministério da Saúde, o Boletim Epidemiológico divulgado em 2019 (BRASIL, 2019) demonstra a predominância da incidência de HIV em mulheres entre 25 e 39 anos. Portanto, é importante que o planejamento de ações preventivas ao HIV, assim como de outros aspectos que interferem na vida desse grupo de mulheres não seja negligenciado (VALADARES, 2010).

Todas as entrevistadas têm filhos, cujas idades variam entre 7 meses e 37 anos, sendo a maioria deles já adultos, correspondendo à faixa etária entre 20 a 37 anos. Apenas quatro são menores de idade, compondo a faixa etária de 7 meses a 16 anos.

Com os avanços na saúde em relação ao HIV, é possível que mães soropositivas possam exercer a maternidade. De acordo com o DCCI, “o diagnóstico e o tratamento precoce podem garantir o nascimento saudável do bebê” (BRASIL, 2019, não paginado). Ainda, visando o enfrentamento da transmissão vertical, é recomendada a obrigatoriedade, durante o acompanhamento do pré-natal, de realização do teste na primeira consulta, no último trimestre da gestação e no parto (BRASIL, 2019).

Em relação à situação conjugal, a maior parte das entrevistadas relatou estar solteira no momento da entrevista. As demais correspondem à condição de viúva, divorciada e união estável. A participante que vive com o companheiro informou que ele também é soropositivo.

O motivo relatado pela maioria das entrevistadas que estão solteiras é diversificado. Está relacionado à insegurança em revelar a um novo companheiro sobre sua soropositividade ou por terem outras prioridades ou simplesmente por se sentirem bem nessa condição. Sobre essa questão, Calvetti *et al.* (2012, não paginado) discorre:

Mais especificamente com relação às mulheres portadoras de HIV, seu sofrimento parece ser predominado por elementos subjetivos

como a representação social da doença. Desta forma, estas mulheres escondem-se no silêncio a respeito de sua condição (CECHIM; SELLI, 2007) e, assim, permanecem solitárias em suas angústias e seus medos.

Esse fato é externalizado nos depoimentos das entrevistadas, ou seja, a soropositividade afeta possibilidades para novos relacionamentos:

Fico insegura para novo relacionamento, chega um momento que tem que falar do HIV e tenho receio. (Entrevistada A).

Portanto, a opção pelo segredo se deve ao aspecto social próprio do vírus. Por medo de sofrer discriminação, exposição a situações preconceituosas e isolamento social, elas optam pela omissão como forma de proteção, mesmo que isso cause angústia e dificulte o ingresso em novo relacionamento:

socialmente o relacionamento é complicado, os homens não gostam de usar preservativo e ficam perguntando o porquê, e eu não quero expor o motivo. (Entrevistada B).

A negativa para não utilização do preservativo masculino, geralmente está ligada a fatores culturais, sendo por desconforto pelo uso e por influenciar na diminuição do prazer os motivos mais alegados pelos homens.

Portanto, são variados os caminhos e estratégias apresentados pós HIV, em que a eleição de novas prioridades e o aprendizado do viver com o vírus fazem parte de um projeto de vida.

Os locais de residência situam-se fora da região central de Brasília, com predominância nas cidades satélites, seguido pelas que moram no entorno de Brasília, na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). A maioria delas possui residência própria. Apenas duas não possuem casa própria, sendo que uma mora em casa alugada e outra, em residência cedida por familiar.

Dificuldades de locomoção e deslocamento em razão da distância entre moradia e serviços de saúde pode ser um dificultador de adesão ao tratamento. No DF, a gratuidade no transporte público coletivo e metroviário estende-se às pessoas soropositivas, de modo a garantir a elas o acesso aos locais de tratamento.

A garantia para as pessoas que vivem com HIV/Aids de acesso ao cartão +Especial está em consonância com a Lei Distrital nº 4.887/12. O benefício é assegurado às pessoas com insuficiência renal e cardíaca crônica, portadores de câncer, de vírus HIV e de anemias congênitas (falciforme e talassemia) e coagulatórias congênitas (hemofilia), bem como às pessoas com deficiência física, sensorial ou mental, nas condições especificadas nas leis nº 453, de 8 de junho de 1993; nº 566, de 14 de outubro de 1993; e nº 773, de 10 de outubro de 1994.

Já em cidades do entorno, esse benefício fica a cargo do município pela modalidade “Tratamento Fora Domicílio”, estabelecido pela Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999.

Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado. (BRASIL, 1999, não paginado).

O ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo refere os níveis mais avançados de escolaridade apresentado entre a maioria das entrevistadas. Fonseca (2002) observa que o maior risco de exposição entre a população feminina se relaciona com as de menor escolaridade. Segundo o autor,

A epidemia de AIDS vem atingindo vigorosamente as mulheres, que têm apresentado taxas de incidência crescentes nos últimos anos (MS, 2000). Além disso, os casos de AIDS entre as mulheres apresentaram maiores proporções na categoria de escolaridade mais baixa. (FONSECA, 2002, p. 73).

É importante ressaltar que muitos estudos têm investigado o evento do HIV/Aids em relação ao grau de escolaridade, por ser esse um indicador do nível socioeconômico dos sujeitos com impacto sobre a saúde (FONSECA, 2002).

A Tabela 2 contempla informações a respeito dos aspectos relacionados à profissão informada pelas participantes, à ocupação atual e à informação se possuem cobertura previdenciária e vínculo empregatício formal.

Tabela 2 – Aspectos relacionados à profissão/ocupação e seguro social

| PROFISSÃO | ATIVIDADE ATUAL | ATIVIDADE REMUNERADA | REGISTRO EM CARTEIRA | CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA |
|---------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| Manicure | Atendimento em domicílio | Sim | Não | Não |
| Doméstica | Em licença médica | Sim | Não | Não |
| Servente de Limpeza | Serviços gerais | Sim | Sim | Sim |
| Auxiliar de limpeza | Coleta de recicláveis | Sim | Não | Não |
| Recepcionista | Recepcionista | Sim | Sim | Sim |
| Babá | Cuidadora (netos) | Não | Não | Não |
| Doméstica | Em licença médica | Sim | Não | Sim |
| Doméstica | Cuidadora (netos) | Sim | Não | Não |
| Aposentada | Do lar | Não | Não mais | Não mais |
| Microempresária | Administradora | Sim | Não | Não |

Fonte: Dados agrupados pela autora (2020).

A maioria das entrevistadas está no trabalho informal³. Uma delas já se aposentou, mas ainda exerce atividade informal de artesã para complementar a renda frente às despesas.

Sobre a expressiva presença feminina no mercado da informalidade, Kuchemann e Cruz (2008) ressaltam que, nesse campo, também se observa acentuada desigualdade das mulheres em relação aos homens, principalmente em referência ao ganho e condições de trabalho.

Das participantes, duas estão em licença médica remunerada, uma delas alegou ser contribuinte autônoma e informou já ter sido avisada sobre a interrupção do benefício, o que a tem deixando muito apreensiva. Apenas duas estão em ocupação formal de trabalho com direitos trabalhistas e uma disse não ter nenhum tipo de renumeração (apesar de cuidar dos netos essa atividade se dá em troca do pagamento das despesas da casa). Em relação à profissão, três declararam ser domésticas e as demais: microempresária, manicure, babá, auxiliar administrativo, catadora de recicláveis, servente e recepcionista.

³ Considera-se como informal, conforme sua agregação por posição da ocupação, os seguintes grupos de trabalhadores: empregados sem carteira, doméstico sem carteira, conta própria, trabalhadores na produção para o próprio consumo, trabalhadores na construção para o próprio uso e os não remunerados (COSTA, 2010).

Diante desses dados, observa-se um conjunto de desproteção que potencializa as condições de vulnerabilidades das mulheres frente ao HIV, o qual se materializa na expressividade do trabalho informal, com baixo ganho, sem cobertura trabalhista e proteção do seguro social. Observou-se, ainda, submissão a trabalho sem nenhuma remuneração em troca do extremamente básico para a sobrevivência. Esses elementos ajudam na construção de respostas de como sobrevivem as mulheres com HIV/Aids participantes dessa pesquisa e que realizam tratamento no HUB.

Os dados contidos na Tabela 3 expressam as condições vividas por mulheres soropositivas, como, por exemplo, insuficiência socioeconômica, e conseqüentemente o estabelecimento de relações de dependência de familiares e instituições de apoio.

Tabela 3 – Situação financeira, benefício assistencial e outros apoios

| RENDA FAMILIAR | PESSOAS QUE VIVEM DESSA RENDA | PROGRAMAS DE GOVERNO | OUTROS TIPOS DE APOIO |
|---------------------------|-------------------------------|--|-----------------------|
| 2 SM e ½ | 7 | Bolsa Família Passe Livre-DF Programa do Leite | Familiares |
| 2 SM | 2 | Passe Livre-DF | Nenhum |
| 3 SM | 4 | Não | Familiares |
| R\$ 89,00 (Bolsa Família) | 1 | Bolsa Família Passe Livre-DF | Familiares e igreja |
| 4 SM | 5 | Não | Familiares |
| Não possui renda | 1 | Não | Familiares |
| 3 SM | 4 | Passe Livre-DF | Nenhum |
| 2 SM e ½ | 3 | Passe Livre-DF | Nenhum |
| 5 SM | 4 | Passe Livre-DF | Nenhum |
| 3 SM | 2 | Não | Familiares |

Fonte: Dados agrupados pela autora (2020).

Em relações a programas da assistência social, aos quais as mulheres mais recorreram, têm-se o Passe Livre do Distrito Federal (PL-DF). Duas mulheres são atendidas pelo Bolsa Família; uma, por ter filho menor de um ano de idade, tem acesso à Fórmula Láctea Infantil⁴; duas disseram que, em período anterior, já foram

⁴ A Fórmula Láctea Infantil (leite em pó) é distribuída gratuitamente pelo SUS para os filhos das mães que vivem com vírus HIV e HTLV. É um direito garantido através do Projeto de Lei nº 6.717/09, o qual foi incluído na Lei nº 9.313/96 que determina a distribuição gratuita da TARV (BRASIL, 2009).

beneficiadas por programa de governo; e duas, residentes no Entorno, disseram nunca ter tido acesso a qualquer direito para além do atendimento à saúde.

Perguntadas se recebem outros tipos de apoio, as que responderam afirmativamente relataram que esses são ocasionais, como ajuda de igreja com cesta básica e de familiares (filhos, mãe, irmãos e pai de filhos menores), também de forma esporádica, basicamente com alimentação e o pagamento de contas do fornecimento de serviços públicos. Inerente a esse contexto, Guerra (2013, p. 75) acrescenta que “as histórias de vida relatadas por pessoas que carregam a condição de ser pobre e portadores do vírus HIV/Aids revelam alto grau de vulnerabilidade social que marca suas relações intrafamiliares e sociais”.

É cada vez mais evidente que desigualdades socioeconômicas estão presentes na conjuntura do HIV/Aids, ou seja, gradativamente a epidemia tem atingido cada vez mais grupos em situação socioeconômica insuficiente.

A Tabela 4 mostra como o grupo familiar promove o cuidado e proteção de seus membros, elementos inerentes para o fortalecimento de vínculos, de modo a proporcionar melhoras na vida do núcleo familiar.

Tabela 4 – Situação familiar

| PESSOAS QUE VIVEM NA MESMA RESIDÊNCIA | RESPONSABILIDADE PELO CUIDADO DE ALGUM MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR | FAMÍLIA TEM CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO |
|--|---|---|
| 3 filhos, mãe e 2 irmãos | 3 filhos | Somente mãe e alguns irmãos |
| Companheiro | Não | Não |
| 3 filhos | Não | Somente o pai não sabe |
| Vive só | Não | Todos têm conhecimento |
| 2 filhas, mãe e 1 neta | 1 filha menor de idade | Filhos, irmã e alguns amigos |
| Vive só e mesmo lote filho com família | Não | Somente irmã |
| 2 filhos e 1 neta | Filha com problemas de saúde | Somente os filhos |
| 2 filhos | Não | Todos têm conhecimento |
| Filha, genro e neta | Não | Todos têm conhecimento |
| 1 filho | Mãe, que mora mesmo lote | Todos têm conhecimento |

Fonte: Dados agrupados pela autora (2020).

Quanto à composição familiar, é característica a monoparental feminina, sendo a mãe a principal responsável pela manutenção dos filhos menores, ao passo que a participação do pai, nesse contexto, é bem restrita, apenas uma das entrevistadas relatou ajuda financeira por parte do pai de filhos menores. Observou-se que as participantes que informaram apoio de familiares (inclusive financeiro), este era em sua maioria vinda de filhos, irmãos e mãe.

O núcleo familiar é composto por filhos e netos, com exceção de duas participantes, que moram só, mas convivem com filhos e netos. Perguntadas se são responsáveis por algum outro membro familiar que depende de cuidados, a maior parte disse não. As que têm pessoas sob seus cuidados apontaram ser: filhos menores de idade, filhos com complicações de saúde e mãe na fase idosa.

Revelar o diagnóstico soropositivo, seja para um familiar, companheiro ou pessoas de convívio próximo, é um momento de apreensão em relação a como reagiram/reagirão ao comunicado. Das dez entrevistadas, quatro disseram que todos da família sabem, inclusive amigos próximos; cinco expuseram que nem todos da família sabem, mas que pessoas mais próximas, entre eles, filhos, irmãos ou pais têm conhecimento. Apenas uma das entrevistadas disse que ninguém sabe a respeito do diagnóstico:

Gostaria de revelar para meu filho, mas não tenho coragem, não sei como ele vai reagir. (Entrevistada E).

A fala dessa entrevistada mostra o legado da própria condição histórica da doença, que é cercada de preconceito, o que pode ser constatado também na fala de outra participante:

Toda família sabe, sofro preconceito. (Entrevistada D)

A opção em revelar a condição de soropositiva, como expôs a participante D, é um desafio a mais no contexto de quem vive com HIV/Aids, pois são diversas as reações das pessoas ao saberem da soropositividade de alguém próximo. Os estigmas da doença de alguma forma acabam impactando nas relações familiares.

Serviços de saúde que contam com equipe psicossocial têm profissionais treinados para orientar a família sobre o HIV e para ajudar na revelação do diagnóstico quando o paciente assim desejar. Lembrando que é garantido o direito

ao sigilo, o qual tem sido discutido por entidades competentes para maior abrangência da proteção ao paciente.

Para garantir a privacidade das pessoas, desde 2014, tramita o projeto de Lei PL 7658/2014, que busca ampliar o resguardo do sigilo do diagnóstico do HIV/Aids. A relevância social do projeto de lei foi destaque na mídia, porém, até a presente data aguarda validação final para ser efetivado como lei:

A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara aprovou, nesta quarta-feira (27), o Projeto de Lei 7658/14, do Senado Federal, que proíbe a divulgação de informações que permitam a identificação da condição de portador do vírus da aids, o HIV, em vários âmbitos, inclusive em processos judiciais. Segundo o texto, hospitais, escolas, locais de trabalho, serviço público, órgãos de segurança e de Justiça e a mídia não poderão divulgar informações que permitam identificar a condição de portador de HIV de uma pessoa.

A relatora na comissão, deputada Erika Kokay (PT-DF), apresentou parecer pela constitucionalidade da proposta. Segundo ela, o projeto prestigia “o direito fundamental à intimidade” e resguarda “o respeito à dignidade dos soropositivos, ao evitar manifestações discriminatórias, haja vista que, ainda hoje, a doença conta com forte estigma social”.

Ainda segundo o projeto, serviços de saúde e planos de saúde também precisam garantir o sigilo. Nesses casos, todos os profissionais de saúde e trabalhadores da área de saúde serão responsáveis pela manutenção do sigilo da informação e poderão ser punidos com a sua divulgação.

No caso da Justiça, se durante um julgamento não for possível manter o sigilo sobre a condição de portador de HIV, apenas os advogados e interessados poderão participar da audiência. Além disso, inquéritos e processos deverão garantir o sigilo da informação. Pela proposta, o sigilo profissional só poderá ser quebrado por justa causa ou se a pessoa quiser se identificar. Uma emenda da Comissão de Seguridade Social, acolhida pela relatora, autoriza também a quebra do sigilo a fim de permitir a troca de informações entre profissionais envolvidos no atendimento multidisciplinar do paciente soropositivo e, assim, assegurar maior eficácia ao seu tratamento e acompanhamento.

Quem descumprir as normas previstas no projeto, caso ele vire lei, poderá ser punido pelos crimes de divulgação de segredo ou violação de sigilo profissional, com pena de detenção de um mês a um ano. As penas serão aplicadas em dobro quando a divulgação da informação for feita de forma intencional e com o intuito de causar dano ou ofensa. (AGÊNCIA..., 2019, não paginado).

Cabe destacar que a Agência de Notícias da Aids é um importante mecanismo de divulgação de informações sobre os direitos das pessoas que vivem com o HIV/Aids. Lançada em 2003, pela jornalista Roseli Tardelli, conta com diversificados profissionais na sua produção em formato digital, entre eles, jornalistas, ativistas e membros da comunidade científica.

Examinar a qualidade de vida de mulheres com HIV positivo pode orientar e dinamizar a atuação de equipes de saúde, assim como direcionar políticas públicas que impulsionem o bem-estar dessa população.

Os dados que fazem parte da Tabela 5 contribuem na observância das condições de vida de mulheres após diagnóstico.

Tabela 5 – Dados referentes à doença e ao tratamento

| TEMPO DE DIAGNÓSTICO | FORMA DE EXPOSIÇÃO | DOENÇAS OU PROBLEMAS DE SAÚDE ANTERIORES OU APÓS DIAGNÓSTICO | APRESENTA BOA ADESÃO AO TRATAMENTO | AVALIE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO MOMENTO |
|----------------------|----------------------|--|------------------------------------|---|
| 7 anos | Ao fazer tatuagem | Não | Sim | Muito bom |
| 3 anos | Sexual | Após | Sim | Não muito bom |
| 17 anos | Sexual | Após | Sim | Bem |
| 18 anos | Sexual | Após | Sim | Muito bem |
| 9 anos | Sexual | Após | Sim | Super bem |
| 2 anos | Sexual | Após | Sim | Razoável |
| 20 anos | Sexual | Após | Sim | Péssimo |
| 20 anos | Transfusão de sangue | Após | Sim | Estável |
| 2 anos | Sexual | Após | Sim | Ótimo |
| 23 anos | Sexual | Antes e após | Sim | Bem |

Fonte: Dados agrupados pela autora (2020).

A exposição ao vírus por meio de relação sexual é a via de transmissão da doença que aparece com maior frequência. Esse risco aumenta principalmente quando a pessoa que tem o HIV apresenta carga viral alta. Conforme os relatos, a maioria das entrevistadas foi exposta ao HIV por meio de relação sexual.

Através do meu ex-esposo, pai dos meus filhos. Ele sabia e não falou (Entrevistada A).

Em relação à fala da entrevistada A, ressalta-se que constitui crime a transmissão propositada do vírus HIV a outra pessoa. Conforme Gomes (2010, não paginado):

O STF afirmar que aquele que, sabendo ser PVHA, mantém relações sexuais com outrem, sem o uso de preservativo, comete o delito previsto no artigo 131 do Código Penal, em detrimento de possível tentativa de homicídio.

Muitas mulheres, seja por falta de informação sobre a feminização da Aids ou por se sentirem seguras em seus relacionamentos, são expostas a situações de risco.

É importante destacar que o quanto antes for a descoberta do diagnóstico melhor, pois “quem se testa com regularidade, busca tratamento no tempo certo e segue as recomendações da equipe de saúde ganha muito em qualidade de vida” (BRASIL, 2019, não paginado). Na pesquisa, verificou-se que o tempo de descoberta do diagnóstico da maioria das participantes se relaciona com a fase da feminização da Aids.

Embora os desafios enfrentados por uma pessoa que vive com o HIV sejam muitos, o diagnóstico e o tratamento prévios são de extrema importância para uma vida com maior qualidade, além da boa adesão às recomendações da equipe de saúde.

Todas as participantes da pesquisa referiram que mantêm os cuidados indicados de forma a manter boas taxas de controle da doença. A adesão ao tratamento não compreende apenas o uso do medicamento, mas um conjunto de ações que abrange, entre outros, o fortalecimento das PVHA, formação de vínculos com equipe de saúde e compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde (SANTOS, 2011, p. 13).

Em relação às complicações de saúde antes ou após o diagnóstico, apenas uma das participantes informou não haver outra doença em nenhum desses dois momentos. Oito delas mencionaram vários problemas de saúde após serem acometidas pelo HIV, sendo as doenças relacionadas à saúde mental e reumáticas as mais citadas.

Conforme Guerra (2013, p. 78),

As famílias em situação de vulnerabilidade tornam-se mais vulneráveis após o diagnóstico, pois à perversa condição histórica de privações sociais, econômicas e culturais somam-se o preconceito e o sofrimento de serem acometidas por uma doença que é fatal e estigmatizada socialmente.

Tal como expõe Guerra (2013), percebe-se vulnerabilidade em relação à qualidade de vida da maioria das participantes. Isso leva a ponderar o quão é importante atuar em aspectos que, de alguma maneira, interferem na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, possibilitando a diminuição do estigma e do preconceito.

Sobre a soropositividade provocar alterações no contexto das relações de trabalho e na convivência social, as dez entrevistadas expuseram que houve sim mudanças em um ou nos dois campos mencionados:

Contraí outras doenças, sinto muitas dores musculares que impede trabalhar. Após o HIV não consegui mais trabalhar, tive danos na memória e limitações físicas, enfraquecimento. No convívio social foi bem difícil, vizinhos não conversavam mais comigo e alguns familiares afastaram e não frequentamos a casa, separam talheres e cadeira. (Entrevistada D).

Percebe-se, na fala transcrita, as mudanças ocorridas após o diagnóstico positivo para HIV e sua revelação, sentidas tanto na questão saúde, como no aspecto socioeconômico e laboral.

Valadares *et al.* (2010) esclarecem que o fator idade também ocasiona transformações tanto orgânicas como psicológicas e sociais que influenciam a vida das mulheres. São condições que as deixam mais vulneráveis e propensas a outras enfermidades.

A maioria das mulheres enfrentam mudanças no seu cotidiano após o diagnóstico positivo para HIV. Lidar com efeitos de outras doenças, além do HIV, e com a forma como pessoas próximas se comportam frente a essa nova realidade restringe muito a qualidade de vida dessas mulheres. São circunstâncias que requerem maior atenção por parte dos serviços de saúde e suporte familiar, de forma ajudar a amenizar o sofrimento da pessoa infectada.

Essas transformações, principalmente nos aspectos relacionados a fatores econômico, social, laboral e vida amorosa, são cercadas por inseguranças,

limitações e medos. Ser identificado no ambiente de trabalho como soropositivo é uma insegurança constante para quem vive com a doença.

Omitir a doença é uma das estratégias de proteção, conforme aponta a Tabela 6.

Tabela 6 – Soropositividade e condições de trabalho

| SOFREU PRECONCEITO OU DISCRIMINAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO | QUAIS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO | O QUE TEM SIDO MAIS DIFÍCIL NO CAMPO DO TRABALHO | QUAL SUA PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO A SUA CONDIÇÃO DE TRABALHO | DE QUE FORMA OS SERVIÇOS DE SAÚDE CONTRIBUEM, OU PODERIAM CONTRIBUIR, PARA O CAMPO DO TRABALHO |
|--|---|---|--|---|
| Não | Omitir | Lidar com limitações por outro problema de saúde | Salário não é proporcional as horas trabalhadas | Não consegue ver como poderia |
| Não | Afastou do trabalho | Não vê dificuldades por estar afastada | diferenças de oportunidades por ser mulher | Realizando palestras sobre temas relacionados ao trabalho |
| Não | - | Trabalhar, possui limitação física devido AVC | Limitada | Somente com o tratamento |
| Não | Omitir | Limitações físicas | Dificuldade conseguir emprego devido a idade | Dê condições de saúde para retornar ao mercado de trabalho |
| Não | Omitir | Trabalhar sob efeitos colaterais da TARV e de outros medicamentos | Exposição a riscos por ser mulher | Realizando palestras sobre o HIV e distribuindo preservativos no local de trabalho |
| Sim | Omitir | Receio de contaminar alguém caso sofra algum acidente cortante | Fragilidade em exposição de risco devido outro problema de saúde | Não sabe como poderia |
| Sim | Omitir | Omitir quando perguntam se está doente | Soropositividade não impede trabalhar | Somente com o tratamento |
| Não | Omitir | As limitações físicas | Sem condições de saúde para o trabalho | Não pode contribuir |
| Sim | Aposentar | Não conseguir trabalho | Desigualdades por ser mulher | Somente com o tratamento |
| Não | - | Por ser autônoma não vê dificuldades | O HIV por si só não limita | Somente com o tratamento |

Fonte: Dados agrupados pela autora (2020).

A falta de conhecimento sobre a transmissão do HIV reflete em comportamentos preconceituosos e discriminatórios em ambientes de trabalho. Diante disso, não socializar o diagnóstico é uma forma de proteção para quem vive com o vírus. Vale lembrar que o diagnóstico de HIV/Aids é sigiloso, podendo ser revelado apenas por quem tem o diagnóstico ou sob sua anuência.

A maior parte das entrevistadas externou não sofrer discriminações no ambiente de trabalho. Ressalta-se que em decorrência da não socialização do diagnóstico. As que disseram ter passado por esse tipo de situação, buscaram outro emprego ou a aposentadoria, mas referem que negar a condição é uma forma de proteção:

Quando procurava trabalho e falava do HIV não era contratada, tentei aposentar e consegui. (Entrevistada D).

Este relato é esclarecedor porque muitas omitem a sorologia positiva. Recusar oportunidade de trabalho ao profissional em razão da soropositividade é uma postura muito praticada por empregadores, apontam Machado, Frederico e Schwanke (2008).

Já trabalhei pra uma senhora que vasculhava minhas coisas para saber por que eu saia para consultar, ela queria saber o que eu tinha. A estratégia é mentir e não falar do HIV. (Entrevistada A).

Em determinados locais de trabalho, a Aids parece não ser vista como as demais doenças (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011). A descrição da fala da entrevistada A remete a esse fato, mostrando que esses ambientes podem ser invasivos e constrangedores. Somavia (2004, p. 5) ratifica essa circunstância ao esclarecer que

O HIV/Aids é questão relacionada com o local de trabalho e deveria ser tratado como qualquer outra doença/problema grave no local de trabalho. Isso é necessário não só porque afeta a força de trabalho, mas também porque o local de trabalho, sendo parte da comunidade local, tem papel a desempenhar na grande luta para conter a disseminação e os efeitos da epidemia.

Com a pesquisa, pode-se perceber que a busca de estratégias para serem incluídas e permanecerem em suas atividades de trabalho fazem parte do cotidiano

dessas mulheres. No entanto, agirem sozinhas nessa complexa realidade intensifica vulnerabilidades em suas relações de trabalho.

Destaca-se que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomenda que empresas desenvolvam ações que se vinculem aos direitos humanos e ao enfrentamento do HIV/Aids. O ambiente de trabalho pode propiciar “propagação de informações, desenvolvimento de programas de capacitação e educação, adoção de medidas preventivas práticas, oferecimento de assistência, apoio e tratamento” (MACHADO; FREDERICO; SCHWANKE, 2008, p. 5). Nesse sentido, as ações desenvolvidas nos ambientes das empresas seriam estratégias para promoção de um local sem discriminação para quem vive com o vírus. Para que isso aconteça, é preciso propiciar o acesso de todos os funcionários à informação, de modo que as pessoas com HIV/Aids sejam tratadas com respeito e dignidade.

Às pessoas que vivem com o vírus HIV/Aids e que se encontram no mercado de trabalho informal, é importante que a política de assistência social traga, em seus espaços, a pauta do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/Aids, uma vez que essa problemática não é exclusividade da área da saúde.

Falar sobre as implicações da doença e as formas de transmissão e prevenção pode ajudar a conter a expansão do vírus, que como já visto, continua de difícil controle. O conhecimento e a informação ao alcance da população em geral tenderiam a eliminar ou, ao menos, reduzir formas de preconceito e discriminação.

As respostas sobre dificuldade para inserção no campo do trabalho foram variadas, principalmente em razão do gênero. Conforme as entrevistadas, a recusa do empregador muito se atrela a ausências do local de trabalho, seja pelo direito à licença maternidade ou por atestados de acompanhamento de filhos, entre outros.

Número alto de desemprego, principalmente das mulheres, se engravidar pior ainda, pois tem que afastar. Por ser mulher é mais difícil conseguir emprego. (Entrevistada F).

Esse relato é revelador das dificuldades enfrentadas por mulheres para se inserirem no mercado de trabalho.

Em comum, quatro participantes revelaram dificuldades por limitações físicas causadas por problemas de saúde. Duas disseram não ver dificuldades, uma por ser autônoma e a outra por estar afastada do trabalho.

Em relação ao modo como as entrevistadas percebem suas condições de trabalho, as respostas foram variadas, entre outras: o entendimento que a soropositividade não as impede de trabalhar, pois enfrentam as mesmas dificuldades que outros trabalhadores; o entendimento que o problema é muito mais relacionado a como conseguir emprego em razão da idade; e incompreensão das empresas no que diz respeito ao HIV/Aids.

Acredito que é mais difícil conseguir emprego pela idade que pelo HIV. (Entrevistada H).

Sem dúvida a condição de idade mais avançada é um fator excludente na dinâmica do mercado de trabalho. Nessa perspectiva, Grangeiro (2003) acrescenta que a taxa de desemprego na população soropositiva chega a ser 50% maior do que na população em geral. Pode-se considerar que essa verificação tem ligação direta com a discriminação e o preconceito a que são submetidas as PVHA. Além de ser um contexto que impacta diretamente no aumento da vulnerabilidade social.

A questão de gênero foi observada ao relatarem que a condição de ser mulher as expõe a desigualdades, a risco e a diferenças de salários e oportunidades. Essas são características que o mercado capitalista impõe às mulheres, direcionando a elas trabalhos menos valorizados.

Acho que o que os salários de homens são maiores que de mulher, assim como homens conseguem trabalho mais rápido. (Entrevistada E).

É notória a forma desigual do acesso de homens e mulheres ao mercado de trabalho. A vulnerabilidade da mulher, nesse contexto, reflete seu domínio no trabalho informal e sem amparo do seguro social.

Eu mesma já trabalhei de Gari varrendo a rua e, meu colega homem também Gari, por empurrar o carrinho que pesava um pouco, ele ganhava mais. (Entrevistada B).

Na percepção de Ramos e Vieira (2001) essa é uma situação clara de segregação. Para os autores, “o mercado pode estar remunerando distintamente trabalhadores igualmente produtivos com base em atributos não produtivos (como

cor e sexo, por exemplo). Nesse caso, dizemos que existe discriminação no mercado de trabalho” (RAMOS; VIEIRA, 2001, p. 3).

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), historicamente a população feminina é a das mais prejudicadas quanto à oportunidade de acesso ao mercado de trabalho, assim como também a mais afetada pelo desemprego, tradicionalmente maior entre as mulheres (IPEA, 2018).

Sobre essa constatação, Santos (2008, p. 98) acrescenta que “o gênero configura papéis diferenciados e hierárquicos no mercado de trabalho”, o que leva a entender que mulheres não apresentam condições de independência financeira iguais às dos homens.

Estou há 18 anos no mesmo trabalho. Trabalho cansativo, salário baixo. Não é o melhor serviço, mas é o que eu tenho. (Entrevistada G).

Esse relato externaliza a opressão do trabalho e, ao mesmo tempo, a submissão a ele por diversos fatores, destacando a necessidade de complementar a renda familiar, principalmente nos casos em que a mulher é a única responsável pelo sustento da família.

Nessa realidade de precarização das relações de trabalho, Kuchemann e Cruz (2008, p. 14) evidenciam essa realidade compromete “significativamente a participação e inserção das mulheres nos espaços de produção social e econômica”. Ainda nesse contexto, as autoras acrescentam que, embora o Brasil aponte melhoras no que se refere à condição feminina no mundo do trabalho, a participação das mulheres não é igual em relação aos homens.

São reconhecidas pelas entrevistadas algumas limitações em circunstância de doenças, no entanto, no que diz respeito à soropositividade, por si só, elas expõem que isso não deveria ser fator excludente de oportunidades de trabalho. A consciência de desigualdade de gênero faz parte de suas percepções.

Para alguns autores estudados, menores oportunidades de emprego podem estar relacionadas à questão de gênero, como também baixo grau de escolaridade e idade mais avançada.

Quanto ao questionamento sobre a forma como os serviços de saúde podem contribuir para o campo trabalho, quatro das entrevistadas externaram que somente com o tratamento de saúde. Em menor porcentagem, algumas disseram não saber

como seria possível essa relação. Em um número também menor, duas entrevistadas disseram que pode haver contribuição a partir da realização de palestras, nos locais laborais, com temas relacionados ao HIV e ao trabalho, e ainda, distribuição de preservativos nesses espaços. Uma das participantes referiu a promover a boa saúde para o retorno ao mercado de trabalho.

Para Calvettil *et al.* (2012), os serviços de saúde deveriam promover maior suporte social à população feminina acometida pelo HIV/Aids. Destacam que os serviços de saúde podem funcionar como fontes de apoio a essas mulheres,

além das atuações referentes ao desenvolvimento de estratégias que auxiliem no sentido de promover o exercício da cidadania das mulheres portadoras de HIV/Aids. Também, proporcionar espaços em que possam pensar e ser informadas a respeito de sua sexualidade, evitando que estas mulheres deixem de vivenciar tal aspecto da sua intimidade de importância na vida. (CALVETTII *et al.*, 2012, não paginado).

Também é necessário promover e garantir saúde de forma integral ou bem-estar integral a essas mulheres:

A partir de uma noção de saúde integral, a qualidade da atenção estará referida ao conjunto de aspectos sociais, psicológicos, biológicos, sexuais, ambientais e culturais do bem-estar. Será, então, de boa qualidade a atenção que incorpora/resolve estes aspectos nas circunstâncias concretas de cada demanda. Isto implica superar o enfoque biologicista com que aborda a saúde o modelo médico predominante. (GAMA, 2004, p. 86).

Sem dúvida, a política de saúde pública brasileira estruturou programas e serviços de assistência especializada às pessoas que vivem com HIV/AIDS, em destaque a garantia da gratuidade dos antirretrovirais, os quais são determinantes para longevidade das pessoas soropositivas. No entanto, ainda é preciso maior desempenho em ações integrais de assistência, principalmente, às mulheres que vivem com o vírus.

Villarinho *et al.* (2013) apontam exatamente para isso. Segundo as autoras, a despeito dos avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde no país, ainda há um longo e complexo caminho “em busca da qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS, no qual a superação das iniquidades e desigualdades

apresenta-se como desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público” (VILLARINHO *et al.*, 2013, p. 276).

As autoras (2013) apontam, ainda, que as diferenças regionais e a falta de diálogo nas esferas governamentais são grandes obstáculos para que a assistência execute cuidado individualizado e integral para a promoção da saúde.

Ao final das entrevistas, foi perguntado às participantes se desejavam falar sobre a situação atual vivida, considerando o tratamento e a convivência social, tendo elas afirmado que:

Hoje estou tranquila, estou conseguindo levar numa boa, minha autoestima está boa, apesar de estar só sentimentalmente. (Entrevistada H).

Estou na expectativa de conseguir um benefício do INSS. (Entrevistada J).

Convivo bem com o HIV, não tenho dificuldades, os profissionais da saúde são atenciosos, sinto à vontade para tirar minhas dúvidas. (Entrevistada F).

Tenho rede de amigos. Procuo ter amizades com pessoas com mesmo diagnóstico que eu. (Entrevistada I).

Os quatro últimos relatos das participantes H, J, F e I mostram a importância de se preservar a saúde mental, de se estabelecer uma rede social de apoio – amigos, igreja e profissionais de saúde –, e de compreender que não é o diagnóstico de HIV/Aids que impede o experimentar a vida.

Para a construção deste estudo, o posicionamento de pesquisadora favoreceu o distanciamento necessário para garantia do fazer ciência. Os princípios éticos estabelecidos nas resoluções envolvendo ética em pesquisa foi outro fator fundamental para se garantir a coleta de dados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou elucidar a vivência das mulheres com diagnóstico de HIV/Aids em suas vidas doméstica, social e laboral. Mulheres que, ao consentirem dar entrevista, permitiram que a produção científica apreendesse suas particularidades para delinear a totalidade de seus processos históricos a partir de outras conjecturas.

O estudo remeteu as reflexões sobre o denominado “lugar de fala”. Apesar de ser um conceito com múltiplas origens e usado em diferentes contextos, como, por exemplo, na análise do discurso de vertente francesa, em que o termo é utilizado por autores como Bourdieu, Foucault, Butler e Orlandi, toma-se, aqui, a expressão conforme entendida Djamila Ribeiro (2019 apud FREITAS, não paginado), para quem o lugar de fala

Torna-se um botão que ativa ou não o direito de falar sobre algo, ou seja, negros só falam sobre negros, mulheres sobre mulheres, homossexuais sobre homossexuais e daí por diante. É compreensível a afirmação: só compreende o que é racismo quem sofre com ele. Porém, quando se limita o debate a partir desse lugar que o outro não vivencia, a questão fica isolada ao entendimento de suas vítimas e não alcança as estruturas de poder. Ampliar a discussão não significa abandonar esse lugar de fala, isso é impossível, pois todos nós partimos de um. É fundamental que a problematização vá além de quem é atingido por ela, pois faz com que esse outro pense na sua própria posição social.

Nessa esteira, a pesquisa possibilitou mostrar o quanto é fundamental e urgente que a sociedade como um todo acesse informação e amplie conhecimento sobre a questão do HIV/Aids, de modo a se libertar de crenças e todas as formas de preconceito que envolvem a doença e as pessoas acometidas por ela. Sobretudo, por não ser cabível que essas pessoas estejam sozinhas no enfrentamento de problemas e transtornos causados por toda uma sociedade ao longo de décadas. É essencial que demais segmentos, “de seu lugar de fala”, participem criticamente e ativamente no combate a práticas discriminatórias.

O momento da realização das entrevistas possibilitou observar que as participantes, ao serem ouvidas sobre suas condições de soropositivas, mostravam-se seguras naquele espaço, talvez por compreenderem o aspecto do sigilo na coleta de dados previamente informado a elas.

A partir do relato das participantes, verificou-se que suas condições de sobrevivência fazem parte de um quadro de vulnerabilidade social, manifestado por desigualdade de gênero, baixa renda, baixa escolaridade e dificuldades de inserção no mercado de trabalho, sendo a informalidade o vínculo de atividade da maioria delas.

Verificou-se também que, das dez entrevistadas, nove apresentaram característica de família monoparental feminina. Esse é um dado importante da pesquisa porque reafirma a sobrecarga de responsabilidades de mulheres que, ao mesmo tempo, têm que lidar com uma doença que, além de grave, exige tratamento contínuo.

A respeito da baixa escolaridade das participantes, com exceção de uma delas que realiza curso técnico, as demais não referiram pretensão de estudos mais avançados. Naquele momento, observou-se que a preocupação mais latente era em torno da garantia do mínimo para manutenção da vida e sobrevivência. Este é um dado relevante da pesquisa que nos leva a pensar sobre a intransigente relação de crueldade estabelecida entre o HIV/Aids e a vulnerabilidade socioeconômica, um desafio a ser combatido.

A baixa renda ou sua ausência pode ser resultante do tipo de trabalho ou ocupação que essas mulheres desenvolvem, visto que muitas sofrem com atividades de trabalho precário e/ou pouco remunerado, características do trabalho informal. Isso leva a pensar que são mulheres com renda restrita, em que as condições de vida se diferem da de outras mulheres que possam ter posição socioeconômica diferente. Foi comum relatarem apoio, inclusive financeiro, de parentes e instituições religiosas.

As dificuldades para inserção ao mercado de trabalho foram traduzidas por elas de forma expressiva à questão de gênero. Elas expuseram que o simples fato de ser mulher já as exclui de oportunidades, uma vez que empresas reagem equivocadamente sobre o direito de afastamento, como licença maternidade e licença para acompanhar filhos menores nos cuidados médicos. A idade avançada também foi trazida por algumas entrevistadas como dificultador. Ainda que não dito explicitamente por elas, acredita-se que a baixa escolaridade também seja fator de limitações para inserção no campo de trabalho.

A suposição inicial era que o ambiente de trabalho fosse o local de maior sofrimento e exposição ao preconceito e à discriminação ligados a doença. No

entanto, para se preservarem, elas não socializam o diagnóstico. Além do mais, têm conhecimento acerca da legislação que ampara e garante o sigilo do diagnóstico no ambiente de trabalho. Portanto, observou-se que não é nesse espaço que se efetivam os estigmas relacionados à doença. Estes ocorrem quando elas passam a ter interações com outras pessoas, sobretudo em novos relacionamentos e na vida familiar. O ambiente familiar, local que deveria ser de proteção, é o de maior opressão.

No que diz respeito ao tratamento de saúde e às mudanças provocadas pela doença, tanto no convívio social como no ambiente de trabalho, constata-se que as entrevistadas recebem o tratamento preconizado para o HIV e referiram boa adesão ao mesmo. Contudo, relataram várias complicações de saúde após a exposição ao vírus, não sabendo precisar se em função dele.

Alterações ocorridas no convívio social após o diagnóstico soropositivo foram citadas pela maioria das entrevistadas, principalmente insegurança para novos relacionamentos e isolamento social, inclusive do grupo familiar, como forma de se protegerem de constrangimentos e preconceitos.

A exposição a comportamento discriminatório e preconceituoso em razão do HIV em algum momento da vida fez parte dos relatos das participantes. De acordo com Galvão, Cerqueira e Machado (2003, não paginado), mulheres que vivem com o vírus se deparam com situações de “discriminação, segregação, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade”. Diante deste panorama, conforme as autoras, “viver e enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, a qualidade de vida pode ser comprometida”.

Essa realidade remete à importância de se debater sobre o preconceito, a discriminação e as desigualdades em vários espaços, devendo ser uma prática por dois motivos: primeiro, por uma questão de humanidade. Não se pode aceitar que, com todos os avanços e tantas informações disponíveis a respeito do HIV e da Aids, as pessoas que vivem com essa doença continuem a ser alvo de comportamentos preconceituosos e vivam à margem da sociedade. Segundo, porque os reflexos do preconceito e da discriminação direcionados a esse grupo social constituem-se ainda em um problema socioeconômico.

É evidente que, dentre os múltiplos desafios de enfrentamento ao HIV/Aids, o enfoque principal seja a prevenção. Em face disso, é preciso antecipar-se e agir

amplamente por meio de informações e disponibilização de métodos de profilaxia ao vírus.

O estudo mostra, ainda, que o diálogo e a promoção da prevenção não são exclusivos da área da saúde, mas devem se estender a outras áreas, como por exemplo, ao campo do trabalho e da educação (empresas, escolas e universidades). É preciso levar o conhecimento aberto a esses ambientes sem eufemismos ou metáforas. Assim, essas ações podem contribuir muito para que a Aids deixe de ser um tabu.

Na conjuntura do HIV/Aids, o desafio da prevenção ainda persiste. Diante disso, nota-se que muito há por se fazer na construção de respostas para a questão da Aids. Pensar uma rede articulada e diversificada acolheria as demandas das mulheres soropositivas.

Outro desafio importante é resistir aos processos de privatização dos bens e serviços públicos que levam à precarização na oferta dos serviços e ao desmonte dos direitos sociais. Outrossim, oferecer respostas eficazes que contribuam com a abolição das desigualdades e que favoreça a autonomia feminina em diversos aspectos da vida constituem grandes desafios.

Por fim, é notório que, na trajetória do HIV/Aids no Brasil, desde suas primeiras manifestações, houve desafios e avanços. Mesmo diante das melhorias, o momento atual apresenta antigos e novos desafios que requerem atenção dos órgãos competentes para ações prioritárias de prevenção à doença, assim como implementação de políticas públicas, incluindo a de geração de trabalho e renda, de modo a conter desigualdades e a exclusão social.

REFERÊNCIAS

- ABERS, Rebecca Neaera; SILVA, Marcelo Kunrath; TATAGIBA, Luciana. **Movimentos sociais e políticas públicas**: repensando atores e oportunidades políticas. São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452018000300002. Acesso em: 12 nov. 2020.
- AGÊNCIA de Notícias da Aids. **CCJ aprova normas para garantir sigilo sobre portadores de HIV**. 28 mar. 2019. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/ccj-aprova-normas-para-garantir-sigilo-sobre-portadores-de-hiv/>. Acesso em: 6 set. 2020.
- AGOSTINI, Rafael *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204599. Acesso em: 10 nov. 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25542019.
- AGUIAR, Zenaide. **SUS**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.
- ANTUNES, Ricardo. **Fim da letargia**. 2013. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2013/06/21/fim-da-letargia/>. Acesso em: 17 ago. 2020.
- BASTHI, Angelica; PARKER, Richard; TERTO JUNIOR, Veriano. O retrocesso brasileiro e a epidemia de AIDS no mundo. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Mitos vs realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016. p. 6-8.
- BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **DF tem 12 mil pessoas em tratamento de HIV/AIDS**. 14 dez. 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/df-tem-12-mil-pessoas-em-tratamento-de-hiv-AIDS/>. Acesso em: 29 out. 2019.
- BRASIL. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Transporte e Mobilidade do Distrito Federal. **Bilhete Único de Brasília**. 17 nov. 2020. Disponível em: <http://www.bilheteunicobrasilia.df.gov.br/bilhete-unico-de-brasilia-3/>. Acesso em: 8 set. 2020.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue**. Brasília, DF: MS, 2004. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **OMS antecipa novo protocolo para tratamento com pessoas com HIV**. 1º out. 2015. Disponível em: [http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50225-oms-antecipa-novo-protocolo-e-recomenda-tratar-todas-as-pessoas-com-hiv-independentemente-da-contagem-de-cd-4#:~:text=Qualquer%20pessoa%20infectada%20com%20o,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\)](http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50225-oms-antecipa-novo-protocolo-e-recomenda-tratar-todas-as-pessoas-com-hiv-independentemente-da-contagem-de-cd-4#:~:text=Qualquer%20pessoa%20infectada%20com%20o,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS)). Acesso em: 18 de set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Diagnóstico do HIV**. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/diagnostico-do-hiv>. Acesso em: 1º nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Lei nº 6.717/09. Altera a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que “dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS”, para incluir o benefício do fornecimento de leite em pó para os filhos de mães portadoras do HIV ou doentes de AIDS. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465325>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Disponível em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/AIDS**. Brasília, DF: MS, 2012. 128 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros**. 2018. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 11 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS 2018**. Brasília, DF: MS, 2018. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do hiv, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: MS, 2019. 248 p.

BRASIL. Nações Unidas. **UNAIDS alerta que progresso está lento para alcançar metas de HIV até 2020**. 18 jul. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unAIDS-alerta-que-progresso-esta-lento-para-alcancar-metas-de-hiv-2020/>. Acesso em: 6 nov. 2019.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CALVETTI, Prisca Ücker *et al.* Qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/Aids. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200003. Acesso em: 9 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2009. 82 p. (Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas).

CORRÊA, Sonia. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Mitos vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016. p. 9-17.

COSTA, Márcia da Silva. Trabalho informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. **Cad. CRH** [on-line], Salvador, v. 23, n. 58, p.171-190, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792010000100011. Acesso em: 5 nov. 2020. DOI: 10.1590/S0103-49792010000100011.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007. Acesso em: 17 ago. 2020. DOI: 10.1590/S0011-52581996000300007.

FERREIRA, Rosana Carvalho Memic; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro; SOUZA, Lícia Barcelos. Trabalho, HIV/Aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 259-267, abr.-jun.

2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v16n2/a09v16n2.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019. DOI: 10.1590/S1413-73722011000200009.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. Bio-Manguinhos. **HIV: sintomas, transmissão e prevenção**. 2014. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/sintomas-transmissao-e-prevencao-hiv-dpp>. Acesso em: 5 ago. 2019.

FONSECA, Maria Goretti Pereira. **Dinâmica temporal da epidemia de AIDS no Brasil segundo condição socioeconômica, no período 1986-1998**. 2002. 125 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. AIDS e sua origem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 1993. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/1993.v27n3/153-156/pt/>. Acesso em: 5 nov. 2019. DOI: 10.1590/S0034-89101993000300001.

FREITAS, Thayanne Tavares. Resenha: RIBEIRO, Djamila. O que é lugar de fala?. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 25, n. 54, maio-ago. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832019000200361&tlng=pt. Acesso em: 7 set. 2020. DOI: 10.1590/s0104-71832019000200015.

GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; MACHADO, Jussara Marcondes. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2004.v20n2/430-437/>. Acesso em: 10 nov. 2020. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000200010.

GAMA, Andréa de Sousa. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* **Saúde e serviço social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004. p. 79-96.

GOMES, Luiz Flávio. **AIDS: transmissão do vírus HIV: qual delito?** 2010. Disponível em: <https://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/2457844/artigo-do-dia-aids-transmissao-do-virus-hiv-qual-delito>. 2010. Acesso em: 3 nov. 2020

GONÇALVES, Camila dos Santos. **Construções do cotidiano: mulheres convivendo com HIV/Aids**. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

GRANGEIRO, Alexandre. Políticas de financiamento das ações de controle da AIDS e desenvolvimento social. *In*: PASSARELLI, Carlos André *et al.* (org.). **Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 257-283. DOI: 10.1590/S1020-49892009000700013.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2009.v26n1/87-94/>. Acesso em: 15 dez. 2019.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estud. Avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300006. Acesso em: 19 fev. 2020. DOI: 10.1590/S0103-40142008000300006.

GUERRA, Maria Natalia Ornelas Pontes Bueno. Vulnerabilidade social das famílias afetadas pela epidemia da Aids: desafios para proteção social no Brasil. *In*: MELLO, Fausta Alzirina Ornelas Pontes; ANTONIO, Maria de Lourdes Bohrer; Guerra, Maria Natalia Ornelas Pontes. **Família, (des)proteção social e direito à vida**. São Paulo: Veras, 2013. p. 67-98.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB). **Nossa História**. 2017. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia>. Acesso em: 19 de fev. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Taxa de desemprego entre mulheres é de 15%, bem acima dos 11,6% dos homens, aponta IPEA**. 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/ipea-na-midia/180626_epoca_negocios_taxa_de_desemprego_entre_mulheres.jpg. Acesso em: 10 de nov. 2020

KUCHEMANN, Berlindes Astrid; CRUZ, Tânia Cristina. Resignificação do trabalho das mulheres para a agenda das políticas públicas. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 23, 2008, p. 13-38. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12971. Acesso em: 10 jan. 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v10i23.12971.

LABOISSIÈRE, Paula. **Quase 90% dos brasileiros consideram saúde péssima, ruim ou regular**. 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-06/para-89-dos-brasileiros-saude-e-considerada-pessima-ruim-ou-regular>. Acesso em: 11 nov. 2019.

MACHADO, Denise Del Prá Netto; FREDERICO, Deison Fernando, SCHWANKE, Suleine. **HIV/Aids e empregabilidade: uma realidade, duas visões**. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 32., 2008, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/38/EOR-B198.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

MARZIALE, Maria Helena Palucci; NISHIMURA, Karina Yukari Namioka; FERREIRA, Mônica Miguel. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jan.-fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100006. Acesso em: 11 nov. 2019. DOI: 10.1590/S0104-11692004000100006.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MELLO, Fausta Alzirina Ornelas Pontes; ANTONIO, Maria de Lourdes Bohrer; Guerra, Maria Natalia Ornelas Pontes. **Família, (des)proteção social e direito à vida**. São Paulo: Veras, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MIRANDA, Angelica Espinosa *et al.* Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016. Disponível em:
https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001005008&lang=pt. Acesso em: 30 out. 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00118215.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, Florianópolis, v. 27, n. 1, 2012. Disponível em:
<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/198>. Acesso em: 20 dez. 2019.

OLIVEIRA, Priscila. **Serviço social na enfermagem: acolhimento aos usuários internados com HIV/Aids no Hospital Universitário de Brasília**. 2009. 75 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

PECHANSKY, Flávio *et al.* Fatores de risco para transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov.-dez. 2004. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600024. Acesso em: 25 out. 2019. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000600024.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 216 p.

RAMOS, Lauro; VIEIRA, Maria Lúcia. **Desigualdade de rendimentos no Brasil nas décadas de 80 e 90: evolução e principais determinantes**. 2001. Disponível em:
https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0803.pdf. Acesso em: 25 out. 2020

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros soro discordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a06.pdf>. Acesso em: 29 out. 2019. DOI: 10.1590/S0104-11692005000100006.

ROCHA, Anne Gabriela Veiga. **A Aids como expressão da questão social: a prática pedagógica do assistente social nos programas de prevenção de DST/Aids**. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2005, São Luis. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Anne_Gabriela_Vieira_Rocha232.pdf. Acesso em: 29 out. 2019.

SOMAVIA, J. **Repertório de recomendações práticas da OIT sobre HIV/Aids e o mundo do trabalho**. Tradução de Edilson Alkmin Cunha. 2. ed. Brasília, DF: OIT, 2004. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/OIT%2033.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2020.

SANTOS, Fabiana Borges dos. **Abandono do tratamento antirretroviral e busca consentida de casos de pessoas vivendo com HIV/Aids**. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SANTOS, Tania Steren. Gênero e políticas sociais: novos condicionamentos sobre a estrutura familiar. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 97-128, 2008. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12961. Acesso em: 15 nov. 2019. DOI: 10.26512/ser_social.v10i22.12961.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Mitos vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016, p. 22-30.

SILVA, Cristina Luci Câmara. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 2, p. S129-S139, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600012>. Acesso em: 18 mar. 2020. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000600012.

SILVA, Daila Alena Raenck. **Fatores associados à infecção pelo HIV entre usuários da testagem rápida anti-HIV em Porto Alegre, RS**. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SINDSAÚDE, 2018. **Tratamento de soropositivos no DF merece expansão**. Disponível em: <https://sindsaude.org.br/noticias/sindsaude-df/tratamento-de-soropositivos-no-df-merce-expansao/>. Acesso em: 31 ago. 2020.

SORDI, Bárbara Araújo. A feminização da Aids: efeitos da moral médica. **Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/polemica/%20article/view/17957/13248>. Acesso em: 10 set. 2020. DOI: 10.12957/polemica.2015.17957.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>. Acesso em: 27 out. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232018248.34462018.

SOUZA, Rainer. Teorias sobre as origens da Aids. **Mundo Educação**. 2017. Disponível em: <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/curiosidades/as-origens-AIDS.htm>. Acesso em: 5 nov. 2019.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira *et al.* **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SQUINCA, Flávia Aparecida. **Deficiência e Aids**: o judiciário e o benefício de prestação continuada. 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

TAQUETTE, Stella. Feminização da Aids e adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2009. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v6n1a08.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

UNAIDS. **Informações Básicas**. 2019. Disponível em: <https://unAIDS.org.br/informacoes-basicas/>. Acesso em: 5 nov. 2019.

UNAIDS. **Entenda a importância dos preservativos na resposta ao HIV**. 2017. Disponível em: <https://unAIDS.org.br/2016/12/entenda-importancia-dos-preservativos-na-resposta-ao-hiv/>. Acesso em: 6 ago. 2019.

UNAIDS. **Relatório informativo**. 2018. Disponível em: https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2018/07/2018_07_17_Fact-Sheet_miles-to-go.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

UNAIDS. **Número de infecções por HIV entre crianças diminuiu**. 2019. Disponível em: <https://unAIDS.org.br/2019/05/numero-de-infecoes-por-hiv-entre-criancas-diminuiu/>. Acesso em: 19 nov. 2019.

UNAIDS. **Estigma e discriminação**. 2019. Disponível em: <https://unAIDS.org.br/estigma-e-discriminacao/>. Acesso em: 19 nov. 2019.

UOL. Portal Educação. **As vias de transmissão do HIV**. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/as-vias-de-transmissao-do-hiv/30617>. Acesso em: 6 ago. 2019.

VALADARES, Ana Lúcia Ribeiro *et al.* HIV em mulheres de meia-idade: fatores associados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 1, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100025. Acesso em: 5 set. 2020. DOI: 10.1590/S0104-42302010000100025.

VASCONCELOS, A. M. Profissões da saúde, ética profissional e seguridade social. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* **Saúde e serviço social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004. p. 48-76.

VILLARINHO, Mariana Vieira *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **REBEN**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020. DOI: 10.1590/S0034-71672013000200018.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/Aids no Brasil: avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 87-96, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0087.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232017221.14222016.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntária, do Projeto de Pesquisa sob o título **“As Condições de Trabalho e Estratégias de Sobrevivência das Mulheres com HIV/AIDS Atendidas no Hospital Universitário de Brasília em 2016 e 2017”**. Meu nome é Silvania Martins da Silva, mestranda em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC GO, responsável pela pesquisa deste projeto sob a orientação da Profa. Dra. Maria Conceição Sarmiento Padiã Machado. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da pesquisadora e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail: silvaniamart@yahoo.com.br ou com a orientadora da pesquisa Professora Dra. Maria Conceição Sarmiento Padiã Machado pelo e-mail mcspadiã@gmail.com. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h à 12h e 13h às 17h de segunda a sexta-feira. O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde. É responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

O objetivo desta pesquisa é investigar as condições de trabalho e de sobrevivência das mulheres com HIV/AIDS na faixa etária de 20 a 59 anos, ao mesmo tempo em que fazem o tratamento e o acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: em sala individualizada será prestado os esclarecimentos sobre o estudo, e após o consentimento em participar, será aplicado o “Formulário de Pesquisa” com duração de aproximadamente 60 minutos. O documento visa conhecer os desafios enfrentados pelas mulheres soropositivas nas relações de emprego, no acesso limitado ao mercado de trabalho e a desigualdade de oportunidades entre homens e mulheres.

A participação neste estudo é voluntária, não havendo custo ou pagamento por sua colaboração. A recusa não acarretará quaisquer penalidades ou modificação na forma de atendimento da pesquisadora. Serão dados esclarecimentos sobre o estudo em quaisquer aspectos que desejar e poderá ser interrompida a participação a qualquer momento. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Sua identidade será preservada e mantida em sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de 05 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, pesquisadora responsável por este estudo, declaro que cumprirei as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação nesse estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Eu _____, abaixo assinado, discuti com a pesquisadora **Silvania Martins da Silva** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de assistência, confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Brasília-DF, _____ de _____ 2019.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B**FORMULÁRIO DE PESQUISA****I - Identificação**

- D/N: ____/____/____ Idade: _____ Naturalidade: _____
- Tempo de residência em Brasília: _____
- Município de origem: _____
- Sexo: _____
- Gênero: _____
- Qual sua situação conjugal: _____
- Qual sua escolaridade: _____

II – Vida Familiar, Condições de trabalho e renda

- Possui filhos? () não () sim, quantos? _____ sexo e idade: _____
- Sua família tem conhecimento do seu diagnóstico? _____

- Residência: () Própria () alugada () Cedida
() Outro: _____
- Quem são as pessoas que vivem na mesma residência? _____

- Algum outro membro do grupo familiar está sob seus cuidados (se sim, quem)? _____

- Possui algum tipo de ajuda, inclusive financeira, de outras pessoas (se sim, de quem)?

- Exerce alguma atividade de trabalho? _____

Essa atividade é remunerada? _____

Com registro em carteira? () sim () não

- Qual sua Profissão? _____

- É contribuinte da Previdência Social (INSS)? _____

- É aposentado? () sim () não

- Está em licença médica remunerada: () não () sim, há quanto tempo? _____

- Qual é a renda familiar: _____

Quantas pessoas vivem dessa renda? _____

- É beneficiada por algum programa de governo? () não () sim, quais?

Passe Livre do DF () Passe Livre Interestadual () TFD ()

Bolsa Família () LOAS/BPC () Programa Leite da SES ()

Outros: _____

- A soropositividade alterou a sua vida no trabalho (em relação as limitações para o trabalho e convivência social? () não () sim

Se sim, como? _____

- Já sofreu alguma situação de preconceito ou discriminação no ambiente de trabalho?

() sim () não

Se sim, o que você fez para enfrentar a situação, quais estratégias de enfrentamento?

- O que tem sido mais difícil no campo do trabalho? _____

- Qual sua percepção em relação a sua condição de trabalho no que tange a: salário, jornada de trabalho, exposição a riscos, desemprego etc.):

III - Situação quanto ao diagnóstico, doença e/ou tratamento

- Há quanto tempo teve o diagnóstico de HIV/Aids? _____
- Sabe qual foi a forma de exposição que levou à infecção pelo HIV? _____
- _____
- Possui alguma doença ou problemas de saúde anteriores ou após à infecção pelo HIV?
- () não () sim, qual? _____
- Apresenta boa adesão ao tratamento (consultas, uso de medicamento, realiza os exames solicitados, acompanhamento etc.)? _____
- _____
- Como avalia seu estado de saúde? _____
- _____
- De que forma os serviços de saúde contribuem, ou poderiam contribuir, para o campo do trabalho do paciente? _____
- _____
- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre sua situação, tratamento ou relacionamento social? _____
- _____
- Data: ____ / ____ / ____
- _____

Assinatura do entrevistador