

- **Renda Familiar**

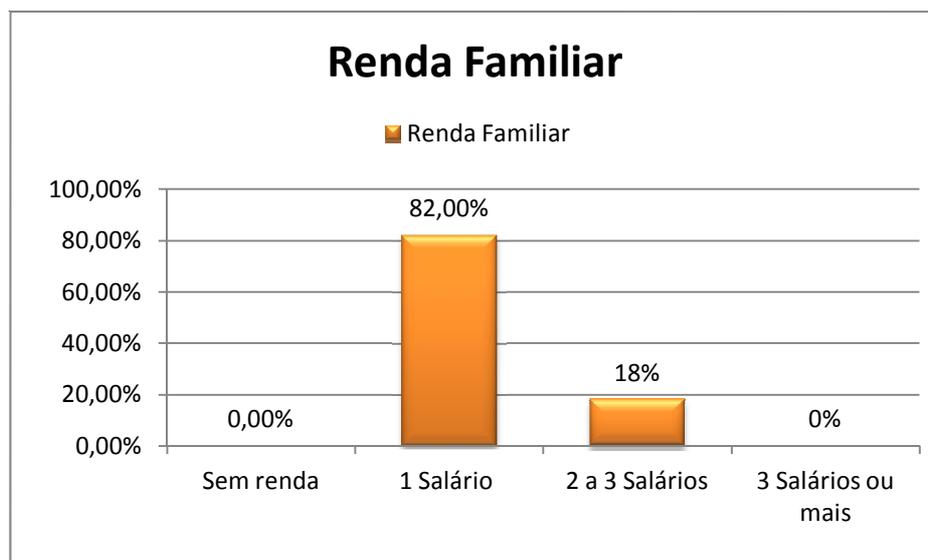


Gráfico 9: Renda Familiar dos usuários entrevistados

Fonte: Pesquisa de Campo Realizada na RNP+CG, 2011/2012.

Com relação à renda familiar dos usuários entrevistados cadastrados na RNP+CG no período junho de 2011 a maio de 2012 é possível observar que 82% destes vivem com um salário mínimo e 18% possuem renda de 2 a 3 salários mínimos. Tais dados demonstram que há uma predominância de renda familiar de um salário mínimo, denotando condições socioeconômicas que não atendem às necessidades básicas de vida. Nessa perspectiva é constatada uma pauperização característica do perfil da doença no contexto nacional, tendo aumento dos casos da doença nas classes menos favorecidas, visto que essas populações têm menos acesso a informação e aos serviços básicos de saúde.

De acordo com a análise dos dados coletados entre os sujeitos entrevistados, observa-se a necessidade de uma maior assistência por parte do poder público, no que diz respeito à efetivação das políticas públicas voltadas diretamente para a assistência das pessoas vivendo com HIV/aids, a fim de atender as necessidades básicas destes indivíduos, como também contribuir para que estes possam vir a ter uma melhor qualidade de vida, como também uma mudança no perfil epidemiológico da epidemia.

3.4 Análise das Falas

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), embora existam no século XXI grandes avanços da medicina ainda não se tem a cura para tal doença. A pessoa acometida pelo vírus do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) desenvolvem as doenças oportunistas, essas doenças fragiliza o sistema imunológico, podendo levar a pessoa infectada a óbito, uma vez que o organismo desse individuo esta fragilizado, não tendo força para sua alto defesa.

Segundo Jornal da Paraíba a gerencia de DST/aids notificou mais de 3,5 mil casos da doença no Estado. Entre os anos de 2006 e agosto de 2010, foram notificados 1.024 casos. Em 2009, já existia pelo menos um portador de HIV em cada um dos 170 municípios do Estado, o que representa a existência da doença em 76,2% dos municípios paraibanos.

Desde seu surgimento que a epidemia do HIV/aids ganhou destaque em todo mundo pela rápida disseminação da doença. O grau de severidade com que os indivíduos são acometidos e a letalidade da doença vem inquietando tanto as pessoas afetadas, como também toda a sociedade de forma geral. A forma estigmatizante com que a mídia apresentou a doença, classificando esta como: mistério médico, câncer gay, peste gay, pneumonia de homossexuais e castigo divino, contribuiu para os processos discriminatórios das pessoas que vivem com HIV/aids, uma vez que, a mesma sempre esteve relacionada com a morte.

Nesta perspectiva é que os indivíduos contaminados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) são vítimas em seu cotidiano de preconceitos e discriminação por parte daqueles que convivem com essas pessoas sejam elas: amigos, familiares e/ou profissionais de saúde. Termos como “aidéticos” vem sendo muitas vezes utilizados para identificar as pessoas que vivem com o HIV/aids. Essa denominação contribuiu desde o aparecimento da doença, para tornar esses indivíduos marginalizados.

Profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, entre outros que trabalham diretamente com

peças que vivem com HIV/aids, em sua maioria ainda trazem consigo o medo e o preconceito, embora nem sempre esteja explícito, como no início da epidemia.

No processo de enfrentamento da aids podemos enfatizar a grande contribuição do terceiro setor representado pelos órgãos não governamentais (ONGs), esses tiveram papel fundamental, pois desenvolvem uma política de saúde mais efetiva no que diz respeito ao controle e prevenção da doença além de tentar combater o preconceito, procurando assegurar uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem e convivem com HIV/aids.

Em meio as ONGs/aids que desenvolvem trabalhos voltados para as pessoas vivendo com HIV/aids na Paraíba, cabe ressaltar a Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/aids - núcleo Campina Grande, PB (RNP+/CG). Fundada em 1999 a referida instituição é uma entidade não governamental sem fins lucrativos, que tem como objetivo prestar assistência as pessoas vivendo com HIV/aids bem como aos seus familiares, visando amenizar a dor e o sofrimento que a doença causa aos mesmos.

Analizamos inicialmente a partir das falas dos entrevistados, à concepção que os indivíduos sujeitos da pesquisa tem sobre o que aids:

Pra mim é uma coisa muito séria, porque tem gente que tem medo da gente, medo de chegar perto, medo de falar, tem medo sim, eu acho que é um bicho de sete cabeças, a própria família chama a gente de seboso, isso é uma alma sebosa, isso é uma sebosa por causa disso, a própria família e os outros como é que fica? (Entrevista nº 01).

Pra mim (choro), foi fechamento de portas, o povo da minha cidade, ninguém, há... as pessoas passaram a olhar pra mim como se eu fosse um cachorro sarnento [...] (Entrevista nº 08).

[...] É uma doença preconceituosa, é um preconceito. (Entrevista nº11).

As falas destacadas nos mostram que o preconceito e a discriminação estão bastante presentes no cotidiano dos indivíduos que vivem com HIV/aids.

Na entrevista nº 01 percebe-se que o preconceito parte da própria família, quando esta deveria ser o principal agente de apoio para o enfrentamento da doença. Para Parker; Aggleton (2002, p.29), as famílias podem rejeitar os seus membros soropositivos não só pelo fato de estarem infectados, mas também em virtude das conotações de homossexualidade, uso de drogas e promiscuidade, significados que a aids carrega.

Segundo Mioto (1997, apud SANTOS, 2005, p 47) a família pode ser definida como um “núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos”. Desse modo, a família tem um papel primordial para diminuir o processo de exclusão enfrentado pela pessoa que vive com HIV/aids frente a sociedade, uma vez que é nela que buscamos apoio, proteção e cuidado.

No âmbito social, de maneira geral o núcleo familiar funciona como uma fortaleza no que diz respeito aos aspectos afetivos do indivíduo, uma vez que é na família que se estabelece os vínculos afetivos e sanguíneos. No entanto quando a pessoa é discriminada e/ou excluída dentro do seu núcleo familiar ela perde as suas referências sociais e morais, passando por um processo de perda de identidade social.

Nas entrevistas nº 08 e 11 fica evidente que os indivíduos têm a percepção de que eles são estigmatizados pela sociedade. Goffman (1998, p. 22) define “estigma como os sinais corporais visíveis que desqualificavam moralmente seus portadores, enfatizando assim, o seu papel discriminatório”. Essa definição evidencia certa desvalorização relacionada às pessoas que apresentam alguma característica não desejada perante a sociedade. Dessa forma, podemos considerar o estigma como uma “marca” que induz a sociedade a excluir e desumanizar as pessoas que a detenham, tornando-os menos valorizados perante o seu meio social.

Ainda no que se refere à concepção dos entrevistados sobre o que é aids, destacamos os seguintes depoimentos:

A aids pra mim mulher, é uma coisa muito ruim, mais a gente tem que lidar com ela né, já que a gente tem, o jeito que tem é se conformar, entregar nas mãos de Deus, fazer o que tem de fazer e seguir a vida, é o que eu posso dizer (Entrevista n° 03).

Eu já constatei que é uma patologia, certo, que eu já andei a procura de emails das minhas melhoras e o que me falavam é que é uma patologia que tá se formando uma doença como outra qualquer, então foi à ideia que ficou que é uma patologia, posso viver normal com ela (Entrevista n° 05).

A aids pra mim, a ela só me ajudou, até isso ai, ela só me fez ver a vida de forma diferente, porque eu não dava tanto valor a minha vida e depois dela eu passei a dá mais valor a minha vida (Entrevista n°06).

É convivendo com um vírus, né? (Entrevista n°09).

Em tais falas podemos perceber a conformidade dos indivíduos entrevistados em relação a aids, considerando-a como uma doença comum. Segundo Saldanha (2003 apud COSTA 2011, p.50) “o conhecimento e o sentido dado à aids está continuamente sendo reformulado e reconstruído em decorrência dos processos interativos”. Em particular na fala do entrevistado 06, é possível evidenciar de acordo com Neto (1996, p.57), que há ocasiões em que a luta pela sobrevivência pode gerar valores de vida bastante preciosos: por exemplo, quando uma pessoa com uma doença grave é levada, a se defrontar com a morte e, a partir daí, a reavaliar a própria vida.

Ainda no que se refere à concepção da aids:

A aids, eu ainda estou em dúvida nesse caso da aids [...] (Entrevista n°02).

(silêncio) *Com certeza é alguma coisa, né, assim, por que...*
(silêncio) (Entrevista n°07).

Pra mim? Rapaz eu ainda hoje tô pra descobrir ainda, que eu não sei o que é não, tô pra descobrir ainda (Entrevista n° 11).

Conforme observamos nas falas n° 02, 07 e 11 apesar da divulgação das formas de prevenção do HIV/aids nos mais variados meios de comunicação, ainda há muita desinformação acerca da doença. Conforme destaca Paim (2008), a particularidade da aids enquanto doença, faz com que ela não seja apenas um assunto médico e científico, mas também social e cultural, com grandes implicações em termos de educação. Mesmo entre aqueles indivíduos que possuem informações a respeito da aids não ocorrem necessariamente mudanças de comportamento e atitude. De acordo com a referida autora, não basta informar, é preciso criar e ampliar uma “cultura de prevenção” entre a maioria das pessoas.

Questionados sobre as formas de transmissão da doença, os entrevistados são unânimes em afirmar que sabem as formas de transmissão do vírus:

Através de relações sexuais, de transfusão de sangue e por aí (Entrevista n°03).

Relação sexual e uso de seringa, né? Numa transfusão de sangue e uso de seringa de droga, né? (Entrevista n°05).

Pelo menos assim, o que já passaram pra mim foi que através da relação, de... de... alicate de unha e...e transfusão de sangue (Entrevista n°07).

É o sexo sem caminha, é a pessoa ingerir o sangue de outra pessoa, né? bom o que eu sei é só isso aí mesmo (Entrevista n°10).

Podemos identificar que apesar de todos os entrevistados demonstrarem conhecer as formas de transmissão da doença, entretanto foram contaminados pelo HIV/aids.

Ao serem questionados sobre as formas de prevenção, os entrevistados afirmam que conhecem as formas de prevenção da doença:

Camisinha (Entrevista n°03).

É Anticoncepcional (Entrevista n°04).

É a camisinha, né? É a mais segura (Entrevista n°06).

Sim, usar preservativo (Entrevista n°11).

Na entrevista n° 04 é citado o anticoncepcional como forma de prevenção, evidenciando assim a falta de conhecimento sobre como prevenir a contaminação pelo vírus HIV.

Apesar de assegurarem ter conhecimento sobre os meios de prevenção da aids, foi citado apenas o preservativo como único meio de proteção. De acordo com Santos; Paiva (2007, p. 11),

o uso do preservativo já não era em grande escala e diminuiu significativamente, a partir de 1960, quando surgiu a pílula anticoncepcional e, somente após o advento da Aids, seu uso passou a ser incentivado como medida de alta eficácia na prevenção desse agravo. No entanto, a adesão do preservativo depende dos valores culturais, religiosos, nível de informação e questões de gênero, entre outros.

Quando foram indagados sobre como tiveram acesso as informações sobre DST/aids, os entrevistados assim se pronunciaram:

Por conversar com as outras pessoas informadas, no começo, e saber mais um pouco da doença pela internet (Entrevista n°04).

Sob meios de comunicação (Entrevista n° 05).

Eu tive acesso aqui na casa, porque até então eu não procurava me informar de nada, né! também, mas só que eu nunca achei um absurdo, nem nunca condenei ninguém né, nunca mais, aí quando eu descobri que tava aí foi que eu vim me interessar pelo assunto, hoje qualquer coisa que eu vejo sobre, eu to lendo, sabe procurando, porque ao meu redor eu vejo que tem muita gente com preconceito, ainda gente mal informada que não sabe (Entrevista n° 03).

Através aqui da casa, a casa foi assim, assim o começo, a restauração do meu alicerce que tinha desmoronado,

entendeu? Porque eu não tinha informação de nada eu vim ter aqui com Joana⁶, com Mirela, porque eu não tinha noção de nada eu cheguei aqui igual uma criança quando, que perde os pais foi o jeito que eu cheguei aqui, até porque eu tava envergonhada da minha família, fiquei com vergonha de mim no meio da minha família pessoas pacatas simples, fiquei com vergonha de ta no meio do povo, eu agora que ergui minha cabeça e to indo em frente sabe, mas pra mim foi e tá sendo difícil ainda, fala disso pra mim é como se o passado que foi o que em junho do ano passado, tivesse ainda eu vivendo aquele período (Entrevista n°08).

Nas entrevistas 04 e 05 os pesquisados se reportam as mídias como fonte de informação sobre a doença, ficando evidente a importância dos meios de comunicação para levar informação sobre a aids. Embora a mídia, no início da doença tenha contribuído para a estigmatização da aids, considerando a forma com que o HIV/aids foi apresentada a população, sabemos que as campanhas publicitárias vêm mudando seu conteúdo e abordagem.

No que se refere à importância da divulgação de informações acerca da doença, cabe destacar o papel que as ONGs/aids vem assumindo nesse processo. Estas tem tido um lugar de destaque na vida das pessoas vivendo com HIV/aids, conforme se evidencia nos depoimentos 02 e 08 , uma vez que orientam, e trazem informações importantes para o viver com a doença.

Parker (1994, p.99) ressalta que,

entre as diversas contribuições das ONG, o Grupo Pela Vida do Rio de Janeiro teve importância crucial na introdução da noção de “viver com aids” (ao contrário de morrer com aids) como a chave da resposta à epidemia na década de 90. A partir dessa iniciativa muitas outras ONGs surgiram e se fortaleceram na perspectiva de ajudar esses indivíduos a conviverem com a doença.

No sentido de contribuir na luta pela melhoria da qualidade de vida e garantia dos direitos dos indivíduos que vivem com HIV/aids, a RNP+/CG vem

⁶ Os nomes citados nas entrevistas são fictícios na perspectiva de guardar o sigilo e o anonimato dos respectivos profissionais.

contribuindo de maneira significativa, como podemos verificar nos depoimentos dos entrevistados, apoiando e orientando para que estes possam “viver com a aids”, desde a perspectiva de auto aceitação e nas relações sociais sejam com os familiares e/ou amigos e/ou relações de trabalho.

Ainda no que se refere a como tiveram acesso as informações acerca das DST/aids, os entrevistados ressaltaram que:

Quando a minha esposa ficou grávida (Entrevista n° 10).

Quando eu descobri que eu tinha foi na gravidez da minha filha em São Paulo, quando eu tava grávida e pediram um teste de HIV eu fiz e deu positivo, só que eu era muito nova não sabia nem o que era isso, mas assim mesmo eu tratei da doença, acreditando que não sabia o que era isso, não sei até hoje, mas daí a menina nasceu, tratei toda minha gravidez e aí ela nasceu, mas até hoje graças a Deus não tem a doença não. Já fez dois exames particular e deu negativo (Entrevista n°11).

As entrevistas 10 e 11 chama-nos atenção para a questão da transmissão vertical e para a importância do aconselhamento pelos profissionais de saúde na prevenção, no diagnóstico, bem como no acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids, para que estas adotem medida preventivas a fim de evitar a transmissão vertical e consequentemente reduzir a infecção nas crianças.

Com relação à transmissão vertical o Ministério da Saúde (1999) enfatiza que:

É decorrente da exposição da criança à infecção pelo HIV durante a gestação, parto ou aleitamento materno/aleitamento cruzado. Essa forma de contágio cresce devido ao aumento da infecção pelo HIV em mulheres. A transmissão intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez, porém é menos freqüente no primeiro trimestre. Alguns estudos demonstram que uma proporção substancial dos casos de transmissão do HIV da mãe para o filho ocorre durante o período intraparto, e seria causada por transfusão do sangue materno para o feto durante as contrações uterinas, infecção após a ruptura das membranas e contato do feto com as secreções ou sangue

infectado do trato genital materno (BRASIL, 1999).

Com relação ao tipo de sentimento despertado ao descobrir sua sorologia, os entrevistados assim se pronunciaram:

Depois que meu marido faleceu mandaram me chamar no Clementino, ai eu fui, dexa que vei fazer o exame aqui meu e de minha filha, ai quando eu fiz o exame, é... quando eu fiz minha fia sonhou com o pai dizendo você não tem, agora a sua mãe tem, e ela me disse e eu contrastei continuei sem fazer. Ele apareceu em sonho pra ela, ai eu fiz, o dela foi do jeito que ele disse, ela não tinha, fiz duas vez que era mais nova, ai eu fiz a primeira e mandaram fazer a segunda vez, ai na segunda vez deu (Entrevista n°01).

No Rio eu passei 19 anos no Rio, e não descobri não, só vivia fazendo exame, mas nunca tinha feito esse exame, ei teve uma médica lá em Fagundes doutora Cristina, ai la eu era toda semana no hospital, toda semana, ai ela passou esse exame pra eu fazer e pediu desculpas, ai eu disse não doutora a senhora esta pra fazer os exames mesmo, ai eu sei que acusou, ai to no tratamento já faz quase dez anos (Entrevista n° 02).

No que se refere à descoberta da sua sorologia, os indivíduos entrevistados trazem questões importantes de serem analisadas. Na entrevista 01 há evidências de que o indivíduo contraiu o HIV num relacionamento estável. Para Saldanha (2003 apud COSTA 2011, p.51) “a grande maioria das mulheres não se percebem vulnerável ao HIV/aids, principalmente, aquelas que se encontram em relacionamento estável”. Vale salientar a questão de gênero, onde há um aumento dos casos de aids nas mulheres que possuem um relacionamento estável e depositam em seu companheiro toda confiança e, muitas vezes são surpreendidas com a contaminação pelo vírus do HIV/aids.

Na entrevista 02 cabe destacar o comportamento por parte do profissional de saúde ao solicitar o exame para verificar a sorologia do paciente, já que esta pede desculpas. Esse tipo de comportamento evidencia o estigma que a doença ainda traz, pois o exame solicitado deveria ser considerado rotineiro, igual aos demais. Os estigmas que acompanham

aspectos relacionados à aids constituem, ainda hoje, um bloqueio ao atendimento e assistência ao portador de HIV (MALBENGUIER, 2000).

Ainda com relação ao tipo de sentimento despertado ao descobrir sua sorologia, os entrevistados afirmaram que:

Menina eu não sei nem dizer, porque me deu uma crise de riso, eu acho que foi o nervoso né, me deu uma crise nervosa eu ria, eu ri tanto quando a menina falou que eu achava que não ia parar de rir, porque fazia uma semana que eu tinha descoberto que eu tava com um CA no útero, uma semana fazia que eu tinha descoberto isso e inté ai eu não sabia de nada, ai foi eu fui passar um fim de semana na casa de uma filha minha que é dessas menina que gosta muito de estudar que procura muito saber das coisas, ai ate ai eu não sabia ai quando foi um amanhecer eu amanheci com minha língua toda descapelada, tudo e eu fui e mostrei pra ela, digo não sei o que é isso oi como é que eu to, ai ela foi e chamou outra filha minha e disse esse sintoma de mãe é quem tem soropositivo leva ela e faz o exame. Foi onde eu descobri, de uma semana pra outra eu descobri que eu tava com CA no útero e que tava com o vírus, ai juntou as duas coisas só que eu na hora num caiu a ficha nem nada eu só ria,ria,ria e pronto ai depois eu fui pensar mas é fazer o que, é entregar a Deus seja o que Ele quiser e pronto (Entrevista n° 03).

Pra mim foi uma sur... tipo uma surpresa, porque eu sempre tive cuidado né de me preservar, mas num descuido até de repente da minha parte mesmo, quando eu descobri pra mim foi como se tivesse desabando o mundo na minha cabeça, ai entrei em depressão, mas ainda não tinha certeza, fez o exame a medica deu o parecer mais ou menos, mas ainda ia fazer o exame mais detalhado, ai eu fiquei com um pouco de receio, mas tomei coragem e fiz, ai foi quando pelo resultado o exame mais detalhado, foi quando eu descobri (Entrevista n°05).

Vejamos os depoimentos que se seguem acerca da descoberta da sorologia:

Eu agi natural porque eu era bem informada, né? A pouco tempo eu tinha feito um trabalho exatamente disso, eu tinha ido ao CTA que lá onde faz os exames, tinha pesquisado, tinha feito um bocado de pergunta a médica, tinha me informado que eu ia lá apresentar um trabalho na escola, ai foi quando eu resolvi fazer um exame desse, foi quando eu fui fazer esse trabalho ai fui fazer a pesquisa lá, ai foi quando eu descobri que eu tava (Entrevista n° 06).

No momento eu achei que era uma dor né, mas depois quando eu parei pra pensar foi um bicho do outro mundo, eu entrei em depressão (Entrevista n° 07).

Em pânico. Porque minha história, que eu descobri foi assim: né com meu primeiro parceiro fazia 14 anos eu não era portadora, tá entendendo? Ai encontrei esse novo parceiro, no primeiro dia a gente nós use mo preservativo tudo bem, só que depois não comecemos a usar o preservativo, ai eu pa né, engravidei da bebê, né engravidei da bebê e quando foi a depois, eu sempre vivia doente pra bebê nascer, entendeu, ai eu não pude, fiz o exame na gravidez lá no Catolé e não pude mais pegar, o meu caso foi esse ai quando foi na hora do parto eu descobri, e fiquei internada na maternidade seis meses, com três meses de gravidez e lá acusou que não era portadora, não tava ainda o vírus, mas lá já tinha acusado que eu era e porque eu achei estranho é porque eu com três meses eu fiz um exame lá e não acusou lá, meu caso foi esse, tem que falar a verdade, né? (Entrevista n° 09).

As entrevistas 03, 05 e 07 nos chama atenção para a questão do desespero dos indivíduos ao confirmarem sua sorologia. Partindo do pressuposto que a aids ainda é relacionada a morte. Os indivíduos entrevistados relatam o quanto seu estado emocional foi afetado. O impacto da descoberta da doença muitas vezes se dá por está diretamente associada a “morte civil”, ou seja, essas pessoas poderão ser vítimas de inúmeros preconceitos e discriminações tendo seus direitos de cidadãos negligenciados. O sofrimento causado pela aids pode ser proveniente de diversos fatores dentre os quais, pode-se destacar: o diagnóstico, o processo do adoecer, a iminência de morte, a discriminação, as limitações e as perdas decorrentes da mesma (MALBENGUIER, 2000).

A entrevista 09 evidencia a dificuldade em acompanhar o desenvolvimento do vírus, uma vez que a entrevistada havia feito um primeiro exame com resultado negativo e seis meses após, na hora do parto foi diagnosticado o vírus.

Com relação ao acompanhamento de pacientes com suspeita de apresentar a aids, alguns cuidados devem ser tomados, como sugere o Ministério da Saúde (2010) em cartilha de divulgação sobre a doença:

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito em laboratórios, a partir da realização de testes sorológicos. No Brasil, o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV é regulamentado por meio da Portaria 151, de 14 de outubro de 2009.[...] O profissional deve saber conduzir a investigação laboratorial após suspeita de risco de infecção pelo HIV. O tempo necessário para que o exame de aids detecte a presença do HIV no sangue é geralmente de quatro a 12 semanas depois de adquirido o vírus, com período médio de aproximadamente dois meses. Esse tempo decorrido entre a infecção pelo HIV e a detecção de anticorpos pelos testes sorológicos (positivação da sorologia para o HIV), é chamado de janela imunológica. Por isso, é preciso estar atento a esse período em casos de risco de infecção recente e resultado negativo de sorologia anti-HIV (BRASIL, 2010).

Quando indagados se já utilizaram algum serviço de saúde desde que foi diagnosticada a sua sorologia, e como se deu o atendimento, os entrevistados assim se posicionaram:

Já, eu precisei tomar uma injeção, ela sabia que eu tinha e ela não aplicou, foi lá dentro e disse ao médico, olhe doutor eu vou dá um comprimido porque ela tem aids, ai botou lá, ai agora quando eu vou eu já digo, olhe eu tenho isso, uma me aplicou uma injeção e não me aplicou direito porque a benzetacil ela dói e com certeza ela não aplicou a injeção, ela fez que aplicou a injeção em mim e não aplicou a benzetacil, eu não senti, senti só a furada da agulha eu não senti o líquido descer (Entrevista 01).

Já minha filha, foi péssima, fui pra Campina Grande, fui pra João Pessoa não quiseram fazer meu tratamento, quando souberam o que eu tinha, que eu era soropositiva. Ai voltei pra Patos a minha solução foi doutor Paulo que é um homem maravilhoso que eu devo muito a ele, foi ele que fez minha cirurgia praticamente sozim porque outros médicos não queriam acompanhar,[...] e ele ficou do começo ao fim, só que pra mim ele não revelou isso, sabe, ai eu perguntei pra ele doutor o senhor vai ficar sozim? ai ele disse: não, o médico já vem, ele não quis falar pra mim, ai com meses depois eu tive na residência dele ai conversa vai, conversa vem a esposa dele me disse,[...] os outros médicos não quiseram fazer sua cirurgia com ele, por conta disso (Entrevista 03).

Sim, só tive problema mesmo com uma pessoa só na área de saúde. Foi com a Assistente Social da Elpidio de Almeida. Ela, a forma dela falar deu pra mim entender que foi um preconceito (Entrevista 04).

Conforme é possível observar nas falas 01,03 e 04 dos entrevistados, tais usuários ao precisarem procurar os serviços de saúde acabaram sofrendo situações de discriminação e preconceito pelos profissionais de saúde que fizeram tal atendimento. A exclusão social sofrida pela pessoa que vive com HIV/aids encontra-se subsidiada pelo medo que esteve associado a doença desde seu surgimento. Para Escorel (1999, apud, SANTOS, 2005, p. 49),

a exclusão social dos portadores de HIV/aids leva a uma “ausência de lugar”, envolve ainda uma “anulação” social, uma diferença desumanizadora que reveste seu cotidiano como um misto de indiferença e hostilidade. Além do que suas relações são efêmeras e instáveis, isso porque, o instrumento de suporte relacional é a própria doença.

Questionados sobre as dificuldades encontradas ao procurarem os serviços de saúde, destacamos as falas dos entrevistados 05, 06 e 07.

[...] morava no Rio de Janeiro ai teve assim uma, teve uma época que eu fiquei internado, ai teve, ai eu achei um pouco de preconceito de uma enfermeira, tá entendendo? tipo manipulação de medicamento, troca, aquela coisa toda, ai eu senti que ela tava meio com medo, e aqui um posto de saúde também no dentista, eu procurei fazer um tratamento e eu falei pro médico, ai ele falo vamo ver [...], ai ele foi me examinar la no posto de saúde de onde eu moro em Queimadas, ai depois eu falei tem um problema eu tenho HIV, ai ele falou a, eu não posso fazer o tratamento do senhor aqui não. Eu desconfio que ele ficou com medo , no momento que eu não tinha falado que eu tinha HIV ele tava até pra fazer, depois que eu falei ai ele já não quis mais, ai ele falou que não tinha como me tratar lá, não tinha aparelho pra esse tipo de doença, eu ia perguntar assim pra ele, mas que tipo de doença e outras pessoa que de repente tem HIV e você não sabe, tú não usa o mesmo aparelho (Entrevista 05).

Já, eu não achei legal não, não achei um melhor atendimento não, porque na unidade que eu fui atendida é, o médico nem uma sala certa lá pra atender tinha, era atendida junto de todo mundo eu tinha que relatar a ele o meu caso pra poder ele me passar um medicamento que fosse adequado na hora, e na hora eu chamei ele e disse não doutor eu queria falar com você num canto que tivesse só nós dois, ele fez não, eu não posso sair daqui não, se você tiver de ser atendida é aqui mesmo, não eu digo mais, o meu atendimento eu queria que o senhor fosse num canto, ate ali no pé da parede pra eu le relatar uma coisa minha, ai ele se negou a me atender (Entrevista 06).

Destacamos ainda o depoimento que se segue:

Já, até agora boa, só que uma vez eu precisei ir para o ginecologista [...] foi péssimo, por que quando eu entrei na sala,[...] ai ele já estava com o prontuário na mão, ai a secretaria dele saiu, ai quando a secretaria dele foi chegando, chegou pra me tirar da cadeira e botar na cama ai ele disse, pêra ai, que eu vou ter que conversar com ela, agora com o prontuário em mãos e aberto, ai disse olhe por que a senhora não disse que é soropositiva? E você tá com que ai em mão? Ele disse mas a obrigação do paciente é de dizer, eu disse sim, mas por acaso você já botou as mãos em mim? [...], então quando a secretaria dele foi me ajeitar, assim eu disse, não, não vou mais ser atendida por ele, ele disse, não pêra ai vamo conversar, eu disse conversar nada porque eu acho você muito ignorante, porque eu acho que você estudou pra ser ginecologista, tá com o prontuário em mão e eu to vendo que na primeira folha já vem na infectologia soropositivo, tem até assim HIV/aids, ou você não sabe? [...], ai pronto, foi na hora que Brenda abriu e disse não Doutor você não vai botar as mãos em cima dela, porque ela não tem culpa de ter marcado pra você, (ele falou) não, mas não é assim não, vamos conversar, eu disse conversar nada, conversar com você mais nunca, ai pronto Brenda nos levou e marcou pra Doutora Carla [...] (Entrevista 07).

As falas dos entrevistados nos remete a uma análise da situação de constrangimento a que se submetem as pessoas que vivem com HIV/aids, ao buscarem atendimento junto aos serviços de saúde.

Desde o seu surgimento, a aids possibilitou uma grande discussão acerca das contradições que fundamentam nossa sociedade e a práxis da formação e atuação em saúde. Nesse processo de discussão, questiona-se a construção social em torno da perspectiva da doença e traz a tona elementos que tornam-se entraves à atuação dos profissionais de saúde, perante o enfrentamento da aids. Nesse sentido, Figueiredo et al (1994 apud MONTEIRO, 2006, p.11) afirma que,

muitos estudos relatam barreiras e dificuldades subjacentes a prática profissional no âmbito da saúde: convivência com o sofrimento, impotência perante a morte, ambiente tensiógeno de trabalho, ambiguidade de papéis, excesso de trabalho e a falta de pessoal e material. Os profissionais de saúde que trabalham no atendimento à pessoa com HIV/aids enfrentam, além dos problemas relacionados a prática profissional em saúde, questões específicas, como: medo, sentimentos de

insegurança, conflitos relacionados com o enfrentamento do sofrimento do outro, além da ambiguidade relacionada com o estigma, drogadição, hábitos sexuais e exclusão social da pessoa atendida.

As situações de constrangimento e discriminação enfrentadas pelas pessoas que vivem com HIV/aids junto aos serviços de saúde, se dá uma vez que muitos dos profissionais que atuam em tais espaços não possuem uma formação adequada para lidar com as singularidades da pessoa HIV positivo. A abordagem adotada pelos profissionais de saúde no atendimento a tais indivíduos mostra claramente os limites da formação profissional e a incapacidade para atender as necessidades de tais cidadãos.

No que se refere à formação dos profissionais de saúde, Souza (2001 apud MONTEIRO, 2006, p.10) afirma que,

estudando a formação médica observou que esta é pautada pela desvalorização do sofrimento psíquico, a negação do corpo simbólico, o engendramento de uma identidade técnica e a experiência de sujeição dos alunos. Dessa forma, a formação médica produziria a equação saber/poder que se descobre no discurso universitário e limita a transmissão do saber ao valor pragmático de eficácia da ação resolvendo a tensão doente/doença pela negação do doente.

Ainda no que se refere as dificuldades encontradas ao procurarem os serviços de saúde, destacamos a entrevista que se segue:

[...] Eu só vem aqui no HU, agora naquele lá do hemocentro eu fui crucificada só por essa enfermeira que achou que eu sabia e me perguntou porque que você foi engravidar? E me perguntou assim sabe (gritando), ai eu já tava emotiva, no chão, e a pessoa fazer uma pergunta dessas sem nem saber o que aconteceu de fato, aquilo ali me machucou muito. No CTA né uma senhora chegou e perguntou: porque você foi engravidar sabendo que tava com o vírus ? eu disse senhora eu não sabia [...], eu não sabia, ai a enfermeira saiu comigo lá pra sala, ela me botou ali sentada igual a um cachorro, que nem um cachorrinho que chega na tua porta rabugento, porque eu mesmo já cansei de ajeitar os bichinhos botar remédio, eu já cansei de fazer isso,[...] e hoje em dia eu tô no lugar deles praticamente, só que com tipo de doença diferenciada da deles e sou tratada pior do que eu tratei eles, porque tão me tratando assim (choro) eu cheguei a reclamar com Deus sabe, perguntando porque tavam me tratando daquele jeito, até na minha própria cidade alguns médicos lá, algumas pessoas lá,

como enfermeira e etc, pessoas que trabalham na área de saúde invés de me ajudar foram falar do meu problema pro outros. Soledade encheu e aquilo me revoltou, porque não souberam me informar aonde nem como [...] tem meio de você cuidar disso ai, no HU, foi [...] um enfermeiro que tem lá que fez ainda essa caridade né, os outros tudo, disseram assim vai se cuidar, vai se cuidar, mas não me mostravam método, não me mostrava meios e eu ficava como uma barata e falavam do problema pra outras pessoas, eles diz que não, mais poxa, só quem sabia era nós eu e eles e as paredes tinha ouvido, não tinha? Ninguém tava ouvindo até porque eu moro num sítio, vieram dá a noticia no sítio (Entrevista 08).

O relato da entrevistada 08 nos remete a situações comuns aos indivíduos que vivem HIV/aids. Fatores como a discriminação, levam muitas vezes a negação da doença, a fim de que não sejam excluídos do convívio social. Nesse sentido, de acordo com Goffman (1975 apud CARVALHO, 2009, p.32),

às pessoas portadoras do vírus, que vivenciam barreiras no enfrentamento da doença inclusive, acarretando negação da doença e afastamento do tratamento, configurando-se na negação da identidade que se deteriora no plano social e pessoal, traduzindo em profunda depreciação.

Diante da estigmatização que assola tais indivíduos, segundo Ferraz et al (2004 apud CARVALHO, 2009, p.32) “reforça-se desse modo a imposição social de descaracterizar a pessoa que é portadora de uma doença, atribuindo-lhe as propriedades do estigma” e o sujeito “passa a ser visto e considerado como se fosse a própria doença”.

No tocante ainda sobre as dificuldades encontradas ao procurarem os serviços de saúde, os entrevistados assim se pronunciaram:

Eu fui no dentista em Lagoa Seca e ele disse que não extraia meu dente, ai ele disse, eu não vou extrair seu dente porque agente não tá preparado pra isso (Entrevista 01).

Às vezes assim, uma informação porque às vezes a gente não sabe, ai procura uma determinada informação e um passa pro outro. Eu fui saber de uma informação porque eu ouvi falar, ai um diz: eu não sei disso aqui porque eu vim pra aqui a pouco

tempo; ai passa pra um prá outro, mas ninguém sabe informar, ai o outro acabou dizendo o que eu tinha que fazer, ai passava pro lado, as vezes, o rapaz mandou eu ir lá na farmácia, o cara da farmácia falou, mas isso não é comigo não, não sei informar sobre isso não, ai passou pro outro do outro setor que também não sabia informar, ai eu peguei e falei pô eu to num hospital cada um olha pro lado e pro outro e ninguém tem a informação. Ai falou: ah, mas eu não posso fazer nada, você tem que procurar se informar, ai eu falei eu to procurando me informar, to procurando saber porque eu não sei, então se você trabalha nesse hospital, tem que ter alguém pra me explicar pra onde que eu vou me dirigir, eu to sofrendo aqui indo pro lado e pro outro e ninguém tá me informando, ai ela falou então procura o serviço do Assistente Social, ai no assistente social é que me deram informação daqui (Entrevista 07).

As dificuldades? É não poder falar a verdade, porque ao falar as pessoas já te olham feio, ta entendendo? Como por exemplo, eu vivi lá na minha cidade, como já sabem outro dia a enfermeira botou não sei quantas luvas só pra olhar minha boca, pra não contaminar. Outra foi vacinar o meu filho botou duas luvas em cada mão, as mulher falando pra outra mulher lá e eu sentadinha lá na cadeira pra receber a vacina do meu filho, a mulher do jeito que o HIV tá a gente tem é que se prevenir mesmo, enfiando as luvas nas mãos, ai eu olhei assim pra ela e ela olhou pra mim, eu só não me levantei porque, assim com toda miséria a gente precisa tá entendendo, vacinar um filho, ser vacinado tá entendendo, então já que agente precisa e eu não tenho recurso eu tenho que me submeter a essas humilhação, entendeu? Então que falem mas me ajudem vacine meu filho e eu fico calada. Eu escuto entra aqui e sai aqui, entendeu? Porque botou quatro luvas, duas em cada mão pra poder tocar no meu filho, eu cheguei em casa chorando indignada, eu disse mãe, me abraça porque o jeito que tem é eu acabar com a minha vida (chorando muito) (Entrevista 08).

As falas deixam evidente a falta de preparo dos profissionais de saúde em lidar com as pessoas que vivem com HIV/aids. Nesse sentido, Sandala ;Marques (2006 apud CARVALHO, 2009, p.32),

esse aspecto é intensificado quando se verificam aspectos discriminatórios por parte de profissionais de saúde na assistência, devido a falhas na formação/capacitação para lidar com HIV/aids, gerando, em, conseqüências, sentimentos de insegurança e medo do contágio, o que leva a necessidade de “refletir sobre as competências que se espera dos profissionais de saúde em cuidar e relacionar-se com pessoas com HIV/aids, assim como sobre o impacto dessa formação na eficácia do programa de assistência e prevenção da doença”.

Com o crescimento da aids e a ampliação dos serviços ambulatoriais para atender a demanda atingida pela epidemia, ocorreu uma variação nas formas de oferecer a assistência a estes pacientes, onde foram implementadas ações para acompanhamento, tratamento e assistência. No entanto, a formação dos profissionais de saúde não acompanhou o avanço da doença. De acordo com Silva (2002 apud CARVALHO, 2009, p.34) as limitações dos profissionais, ocorrem principalmente no seu fazer tradicional de lidar com as doenças já conhecidas e controladas e uma nova, carregada de simbologia, valores, tensão e ansiedade, acabou contribuindo para práticas de estigmatização na assistência, desencadeando formas variadas de discriminação e preconceito. Diante dessa realidade, segundo Ribeiro (2006 apud CARVALHO, 2009, p.34),

a necessidade de se reformular a estrutura no atendimento e reflexão sobre as competências profissionais e a atenção ao usuário como um todo, metamorfoses da epidemia que exigia a ruptura da perspectiva individualizante do processo de saúde e doença, para o enfrentamento dos preconceitos.

Ainda no que se refere às dificuldades encontradas a respeito dos serviços de saúde oferecidos, um dos entrevistados enfatiza o descumprimento dos direitos de cidadão:

Em Patos é muito, porque é, você veja, eu venho praqui às vezes vem duas vezes por meses e eu pago minha passagem, coisa que eu tenho direito de ter minha passagem, só que eles não dão minha passagem eu já corri atrás. Lurdinha já mandou carta pra o secretário de Saúde ele prometeu, disse que na hora que eu precisasse tava disponível só que não faz de jeito nenhum é tanto que ontem eu cheguei atrás, quando eu venho eu pago minha passagem trinta reais, pra ir e trinta pra vim (Entrevista 03).

A criação do SUS na década de 1990 veio garantir o acesso universal e o atendimento integral a todos com equidade. No entanto, o que se observa na realidade é que uma vez que os indivíduos buscam atendimento junto aos serviços de saúde encaram inúmeras dificuldades. De acordo com o relato do entrevistado 03 observa-se que a acessibilidade garantida através da na

legislação de fato não ocorre, fazendo com que o princípio da universalidade seja comprometido. Na prática, a universalidade é algo que está longe de ser efetivada. Os serviços de saúde em sua maioria são insuficientes e a qualidade da rede de serviços são precários, excluindo a população em sua grande parte dos serviços de saúde.

No que se refere às pessoas que vivem com HIV/aids, nota-se a partir dos depoimentos que há grandes dificuldades com relação à locomoção até os centros de tratamento, processo esse que dificulta a continuidade do acompanhamento médico do paciente. Nesse sentido, Santos (2005, p.32) afirma que,

a situação dos portadores de HIV/aids é mais delicada, porque, estes usuários necessitam dispor de serviços especializados para essa patologia. O que acontece é o contrário. O SUS só dispõe de equipes especializadas nos grandes centros urbanos, o que obriga o deslocamento dos pacientes do interior para as cidades maiores.

Destacamos ainda outras dificuldades apontadas no decorrer das entrevistas, referentes aos serviços de saúde disponibilizados as pessoas que vivem com HIV/aids:

Principalmente lá na cidade que eu moro, a única coisa que eu faço lá, só é ir ao médico pra ele requisitar algum exame mais assim, quando às vezes eu estou na fila, já aconteceu de alguém, pronto vamos dizer, que era fila única e eu tô na fila ai alguém chegou pra mim e disse: ei tu vai pro dentista, tu tá na fila pra pegar pro dentista? Eu disse não! eu estou na fila pra pegar a receita que eu tomo remédio controlado, nem se preocupe não, porque meu dentista não é aqui, meu dentista, éna Casa de Saúde porque lá agente já tem o dentista próprio pra quem é soropositivo ou você não sabe que eu e meu marido tem aids? Nem se preocupe que a gente não vai fazer isso nunca esse negócio de tratamento de dente, ai. Depois disso veio aquela curiosidade ai eu perguntei a várias pessoas e se eu estivesse na fila e fosse para pegar pro dentista, o que vocês fariam? Uns dizia eu saia da fila porque eu não vinha mais nunca, só uma que era professora disse: não eu procurava saber sobre o material se o que vão usar é esterilizados, se é só pra quem é soropositivo, mas eu não fazia isso de correr da fila e não vinha mais não, a ginecologista de lá eu também não vou de maneira nenhuma, tem médico mais eu não vou.[...] (Entrevista 05).

As dificuldades, geralmente é a gente, é a gente deixar nosso preconceito contra a gente mesmos, porque a gente muitas vezes quando vai procurar, a gente não quer relatar o caso, num é? Ai fica difícil das pessoas lhe ajudar também, porque a gente não quer relatar, né? mas quando relata também, tem muita gente que se espanta, geralmente quando a pessoa é mais jovem ai é que eles se espantam mesmo, ficam tudo espantado e a gente tem medo deles sair relatando a outras pessoas também (Entrevista 06).

É possível identificar nas falas a relação intrínseca entre aids e preconceito. Na entrevista 05 fica evidente o preconceito vivenciado pelo entrevistado por parte dos demais usuários dos serviços de saúde. Conforme Santos (2005) no caso da aids, a exclusão espraia-se na rede de sociabilidade reforçada pelo preconceito, pelo estigma e discriminação que acompanha a doença desde seu surgimento.

A fala 06 expressa também o preconceito por tal pesquisado para consigo, fato este abordado por Santos (2005, p.42) quando se reporta a este fato como “uma exclusão “pessoal” que se manifesta pela não aceitação do indivíduo a sua própria condição de portador.” Nesse sentido é considerada prática comum, a pessoa que vive com a patologia, omitir a sua sorologia com o intuito de se resguardar dos aspectos negativos que fazem parte do estigma da doença, por receio de ser excluído da sociedade.

Quando indagados sobre a opinião dos entrevistados em relação a atuação dos profissionais da saúde no cuidado com a pessoa vivendo com HIV/aids. Destacamos as falas a seguir:

Eles têm cuidado deles, eles não tem cuidado da gente, eles têm medo (Entrevista 01).

Geralmente os cuidados deles não são bons não, eles não atendem bem não (Entrevista 06).

Eu acho que poderia melhorar um pouquinho, assim em relação a atender melhor, tá entendendo? Tipo assim... chegar e te acolher, essa história de, assim tu sabe que tem um jeito de cada paciente, por exemplo, um que não tem o problema que eu tenho é atendido né do jeito bem agradável, já eu, vem entra, tá entendendo? Bora, deixa eu ver, poxa eu acho que deveria ser do mesmo jeito, até porque a única forma deles

pegar essa doença de mim é se eles se corta e eu tiver também cortada ai tem como passar pra eles, mas do contrário não, então acho que deveria melhorar um pouquinho, ta entendendo? Um pouquinho ou muito mesmo, porque é uma situação, porque é assim eu evito ao máximo a tá pedindo socorro sabe, assim só vou no médico nas últimas, mesmo já com medo, tá entendendo? A única pessoa que eu procuro é doutora Lourdes porque foi ela e Sofia que me acolheram então assim, é as únicas que eu confio, agora se disser assim qual outro médico? Vai trocar ai eu já não procuro mais nenhum, posso vim porque eu tenho que me submeter mas, as únicas que eu comecei são elas que vou até o fim, até o dia que Deus quiser, tá entendendo? (Entrevista 08).

De acordo com os depoimentos 01, 06 e 08 é possível identificar que os entrevistados não se mostram satisfeitos com os serviços prestados pelos profissionais de saúde. Fica mais uma vez evidenciado a partir dos depoimentos que os profissionais de saúde não dispõem de uma formação/capacitação adequada para lidar com a epidemia da aids. No entanto faltam investimentos e Políticas Públicas de saúde com a finalidade de capacitar tais profissionais para lidar com tal demanda. De acordo com Alves (2003 apud CARVALHO, 2009, p. 37),

há uma necessidade de investimento das Políticas Públicas de Saúde local para a profissionalização das relações de trabalho, capacitação, avaliação e controle das ações, uma vez que as propostas de atenção à aids incorpora diversas dimensões do cuidado na organização da assistência como um todo, e que há tendência em reduzir principalmente o trabalho médico à uma ação terapêutica.

Dando continuidade sobre a opinião dos entrevistados em relação à atuação dos profissionais da saúde no cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids, destacamos ainda:

Os médicos! Contra os médicos eu não tenho de que reclamar nada não acho que, o atendimento agora melhorou, que uns anos atrás já foi pior, acho que já teve umas melhoras a mais (Entrevista 05).

É assim uns cuida bem, outros cuida mal, outro lhe ignora né e assim agente vai levando né (Entrevista 11).

Nas falas 05 e 11 é possível perceber que há um conformismo, mesmo com o atendimento prestado não sendo o desejado. As práticas adotadas pelos profissionais de saúde a que se referem os entrevistados fazem com que os pacientes sintam a discriminação e percebam o pouco preparo destes profissionais. Ainda no que se refere ao atendimento às pessoas que vivem com aids, Nemes et al (2009, p.209) enfoca que,

a assistência rotineira e em igualdade de atendimento a todos os usuários, não evidenciando as singularidades ou a atenção e o cuidado individual, ou ainda a priorização dos grupos ou sujeitos de maior risco de não-adesão, uma vez que existem dificuldades de controle clínico da patologia, bem como de suas peculiaridades sociais e psicológicas

Quando questionados se já sofreram algum tipo de discriminação, a maioria dos entrevistados afirmaram que sim:

Fui pra ginecologista que é doutora Patrícia, ali no HU, a menina que trabalha com ela, a assistente dela, eu não sei o nome dela sei que ela, ela disse olhe, eu disse eu sou a primeira que vim e não fui atendida ainda, ela disse a porque seu prontuário tá aqui, e quem tem aids deve ficar lá no tratamento de aids, oche as mulher que tava perto de mim se afastou tudim, fiquei sozinha, fiquei número um (Entrevista 01).

Passei em João Pessoa numa clínica médica que eu fui fazer um exame e ela, a médica, se recusou por conta de eu ser soropositivo (Entrevista 03).

Já, foi com a Assistente Social na Elpídio de Almeida quando eu pedi informação e ela disse que todo tipo de porcaria de gente chegava primeiro pra ela, e ela não poderia me ajudar porque não sabia pra onde que era pra me mandar, então eu simplesmente me afastei dela e fui procurar outras informações (Entrevista 04).

Os depoimentos demonstram que muitos profissionais de saúde tratam tais indivíduos de forma discriminatória, fazendo pouco caso destes. Tais posturas promovem consequências desastrosas frente ao tratamento e controle da doença, uma vez que muitos dos indivíduos vítimas do preconceito preferem

não procurar auxílio para não sofrer com o preconceito. Desse modo há uma urgente necessidade de que ocorram formações/capacitações dos profissionais de saúde para que se tornem capacitados a trabalhar com essas pessoas, com o intuito de não interferir de forma negativa no tratamento.

Segundo Oliveira (2006, p.283),

os conhecimentos científicos sobre a infecção e a doença parecem não ser os únicos a definir posturas profissionais a respeito da prevenção e assistência em HIV/aids. Nesse sentido os profissionais de saúde além de terem os conhecimentos científicos necessários sobre a saúde e a doença, tem que adotar práticas que levem em consideração as maneiras de agir de cada usuário, a fim de desenvolver um trabalho voltado aos portadores de HIV/aids de forma a evitar qualquer tipo de preconceito, adotando praticas assistenciais que visem a uma melhor qualidade no atendimento para que o tratamento seja maximizado.

No tocante a questão do preconceito em relação à pessoa que vive com HIV/aids, encontramos variados tipos de preconceito, sendo destacados na fala a seguir, o preconceito vindo do convívio familiar:

Já. A família mesmo, eu morava na casa de uma tia minha no Rio, que minha mãe mora aqui, que tudo meu lá era marcado, ela marcava meu prato com esmalte, copo, e tinha dia que a toalha que eu ia enxugar a mão no banheiro, eu não podia tocar na toalha. Até falei pra minha médica no Rio. Minha médica falou: manda sua tia vim conversar com a gente, isso que ela ta fazendo é discriminação, a aids não se pega assim, não é porque você vai usar o copo da pessoa que você vai passar aids nas pessoas, não é porque você vai usar uma toalha que ta pendurada no banheiro que você vai passar aids (Entrevista 05).

O depoimento da entrevista 05, evidencia que mesmo após décadas do surgimento da aids, na maioria das vezes tal doença continua causando desagregação no âmbito familiar, uma vez que não só a pessoa que vive com HIV/aids é afetada, mas também seus familiares sofrem os estigmas que fazem parte da doença. Essa quebra do vínculo familiar dificulta o tratamento da doença, uma vez que a família representa um suporte fundamental no

enfrentamento da doença; esses indivíduos passam a ser culpabilizados por contrair a doença.

O fato da aids ser carregada de estigma, enquanto doença relacionada a homossexuais e a promiscuidade, gera segundo Carvalho (2009 p. 38/39) “ fronteiras familiares carregadas de limitações que requer muitas vezes cuidados, mudança de papéis, e aqui se insere também a organização e reorganização nas funções e rotinas para adaptações às novas situações”. Ser acometido pela aids traz consigo os aspectos negativos inerente a ela, essa negatividade da doença promove uma segregação do grupo familiar e inúmeras vezes o afastamento da vida social, onde há afastamento dos amigos e o individuo tem uma forte tendência a auto-exclusão, caracterizando assim conforme ressaltamos anteriormente uma “morte social”. O distanciamento da família causa prejuízos principalmente com relação ao tratamento, como indica McDaniel et al (1994 apud CARVALHO, 2009, p. 39),

que em seus estudos de grupo e terapia familiar com pacientes com doenças crônicas, a família traz diferentes atitudes em relação às metáforas e os significados associados a cada doença. Para esse autor, a aids tem significados culturais e emocionais intensos, e as infecções oportunistas emergem como invasoras e altamente destrutivas, além de associar a doença à sentimentos de culpa, o que requer de alguma maneira um castigo ou punição.

Ainda no que se refere à questão da discriminação e do preconceito, destacamos os depoimentos a seguir:

Já, as pessoas desse hospital me conhecem, falavam comigo lá em Soledade. Falo de Soledade porque é minha cidade, é lá onde eu moro, falavam comigo, ao saber do meu estado de saúde, não falam mais, ao meu ex parceiro, perguntaram se ele já melhorou, ficam debochando de nós dois, outro debocha no olhar, outro no falar, com ele perguntam se ele já melhorou, comigo não falam mais, tá entendendo? Eu falo: oi fulano! Foi a mesma coisa que eu falar com essa parede, então é esse preconceito que eu to tendo, a gente só ver os bochichos dos enfermeiros falando para as pessoas, pra outros enfermeiros chefes lá, vai passando de um pra o outro, qui nem tipo assim tem cuidado! O preconceito que eu mais sofro lá na minha cidade é esse (Entrevista 08).

Sim o que aconteceu comigo, assim aconteceu pro meu bem e no mesmo instante eu fiquei muito mal mesmo. Assim porque eu ganhei neném, eles me colocaram num quarto reservado, eu não sei se a regra, o motivo se é esse, se não é, eu não sei explicar né,[...], me colocaram lá num quarto isolada,[...] ai as outras mães ficavam dizendo oxente e porque ela ficou sozinha num quarto, aquele negócio e eu sem saber, as outras mães ficaram juntas,[...] só comigo que me deixaram la num quarto reservado, não sei o que aconteceu. Eu não sabia o que tava acontecendo ali, não sei se pro meu bem, sei que aconteceu no mesmo dia a menina chorava, o banheiro descia água, ai é que eu entrei em pânico mesmo e um médico falou assim: mãe você já sabia e não me disse? Quer dizer eu não sabia, porque se eu soubesse eu tinha feito o acompanhamento da menina antes dela nascer, eu não sabia, vim saber na hora de ganhar o bebê, eu entrei em pânico ainda hoje eu sou uma pessoa nervosa por causa disso né, porque na hora da menina nascer ele dizer um negócio desse pra mim fiquei em pânico (Entrevista 09).

Vejamos ainda a fala que se segue:

Sim já! Nossa logo no início quando eu cheguei de São Paulo, tanto eu passei como a minha filha também, muito, muito, mas ai nunca abaixei a cabeça para ninguém pelo contrário, sempre levantei a cabeça e nunca baixe pra ninguém não. Já cheguei até a chegar numa casa tomar um copo com água e depois a mulher, ficou com muito preconceito só que eu não sabia que ela tinha preconceito, mas ai a filha dela conversou comigo que ela era muito minha amiga usava minhas roupas, comia lá e tudo, ai passou, eu queria dizer a você e tal e tal, é muito humilhante pra mim dizer a você mais minha mãe jogou aquele copo fora que você tomou água (Entrevista 11).

Ao analisarmos as falas dos entrevistados, nota-se que as pessoas que vivem com o HIV/aids são submetidas cotidianamente a situações de estigmatização e discriminação, o que desmotiva as mesmas para o enfrentamento da doença. Diante desse pressuposto Garcia;Koyama (2008, p.61),

associam o preconceito e o estigma da aids à natureza da sua epidemia, com sua dinâmica, abrangência e questões morais envolvidas, as quais fazem suscitar o estigma e a discriminação que se constitui em uma questão tão central para

aids quanto a doença em si. Assim, o estigma da aids se superpõe a estigmas preexistentes associados a diferentes grupos sociais como homossexuais trabalhadoras do sexo e usuários de drogas, evocando múltiplos significados. Esses conceitos e imagens preconcebidas fazem parte da matriz cultura e social que constrói diferenças, cria hierarquias e legitima estruturas de desigualdades sociais, atuantes no processo de estigmatização.

Mesmo com tanta divulgação acerca das formas de transmissão da aids muitas pessoas ainda tem o receio de que possam vir a contrair aids através do contato social e/ou um contato mais íntimo seja ele no compartilhamento de utensílios ou num simples aperto de mão ou beijo na face. Não é fácil conviver com a aids, pois além dos sintomas relacionados às manifestações virais a pessoa soropositiva ainda tem que enfrentar a discriminação e o preconceito presentes em seu cotidiano.

Indagamos também aos entrevistados se em algum momento eles se sentiram desrespeitados nos seus direitos de cidadania. 55% dos entrevistados responderam que nunca foram desrespeitados em seus direitos de cidadania, contrapondo-se a 45% que afirmam ter sofrido algum desrespeito, como relata os depoimentos a seguir:

Eu me senti ali (desrespeitada), que elas tavam me gritando, elas tavam me humilhando e eu chorei, eu cheguei aqui chorando, tremendo (Entrevista 01).

Já, o que foi que eu fiz? Eu lutei, lutei, mas não adiantou de nada. Assim, sobre transporte pra vim pra cá, porque têm dias, assim, o ônibus de lá nesse dia parece que ainda vinha terça, quarta e quinta, ai o prefeito tirou dois dias, ai botou de volta um dia ai ficou segunda, quarta e quinta, ai meu marido precisava fazer fisioterapia e eu acompanhar ele, ai nisso o prefeito disse que num tinha carro, ai a Assistente Social do HU foi quem conseguiu essa vaga ai pra ele fazer fisioterapia e eu tinha que vim com ele porque ele tem toxoplasmose ai não tinha condições, ai ele só veio um dia, ai o prefeito não deu mais o carro porque disse que tinha gastado muito no outro ano, que tinha gastado muito combustível, só que não foi com a gente não, que a gente não tinha pegado nenhuma. Ai eu lutei fui até Boqueirão o promotor, o esposo da médica lá da Facisa ele disse que se não pudesse resolver essa causa ele mesmo resolvia, mas só que Alcantil depende de Boqueirão, ai

fumo pra Boqueirão ele disse que ia resolver logo, que isso não era só uma causa era uma vida, mas até hoje já vai se passando quatro anos até hoje continua no mesmo, não foi nada feito (Entrevista 07).

Destacamos ainda as seguintes falas:

Sim no momento em que eu pedi ajuda e ninguém soube me informar aquela informação, tá entendendo? Que eu pedi ajuda eu tava com quatro mês de gravidez quando eu descobri, quatro mês completo, mas só vim ter conhecimento do coquetel no mês seis, creio eu que já tava com sete meses, não oito meses que o bebê nasceu dia vinte e sete de julho e eu só comecei a tomar o coquetel dez de junho, então foi isso que eu achei assim horrível, ninguém sabia me dizer onde, como procurar ajuda, como encontrar um medicamento, nem que eu precisasse comprar não me deram informação de qualidade nenhuma.[...] Eu procurei o hemocentro, onde tinham falado pra mim que eu não podia ser doadora, então eu disse: então o motivo foi esse? Por isso que não mim falaram que eu era HIV que eu era soropositivo né? Então deve ter sido isso o fato de não falarem pra mim, então vou lá saber se é isso mesmo, cheguei lá à moça disse é Joaquina infelizmente é isso mesmo, eu disse então porque não me falaram, tanto é que eu pensei em botar um processo, só que o Estado, assim eu pensei meu Deus o Estado ajuda demais, eu já tou tirando esse coquetel, tem aquela Casa de Apoio que tão me dando um carinho enorme, então não vou entrar com ação contra nada e nem contra ninguém, tá entendendo? Ai pronto lá foi onde eu fui atrás pra saber do que tratava realmente, que estava infectada, foi lá o lugar (Entrevista 08).

Sim, sempre que eu vou pedir, sempre não, quando vou pedir o carro como eu fui terça-feira e não fui recebida e fiquei triste, mas fazer o que, entrega nas mãos de Deus e resolve de outra forma não vou brigar, não vou discutir sei que é um direito que nós temos, tinham não sei se tem. [...] (Entrevista 11).

Em tais falas ressalta-se a questão do desrespeito e o não cumprimento dos direitos da pessoa que vive com HIV/aids. A efetivação dos direitos desses cidadãos, ainda é um grande desafio mesmo com a existência de leis que assegurem tais direitos como exemplo as leis: 7.670/88, que estendeu aos portadores do vírus HIV e aos doentes de aids determinados benefícios. Dentre os quais destacamos: a possibilidade de levantamento do Fundo de Garantia

por Tempo de Serviço (FGTS), independentemente da rescisão do contrato de trabalho, e a de solicitação do auxílio-doença ou da aposentadoria, independentemente do período de carência, para aqueles segurados que viessem a manifestar a doença após a filiação no Instituto Nacional do Seguro Social; a lei 7.649/88 que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências; a lei 9.313/96, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids (BRASIL, 1988).

Apesar de existir legislação que assegurem alguns direitos específicos a esses cidadãos que vivem com HIV/aids ainda são encontradas muitas barreiras a fim de que tornem efetivos os seus direitos. No que concerne a esses direitos o Departamento de DST, aids e Hepatites Virais (2011) e alguns profissionais de saúde no ano de 1989 elaboraram e promulgaram a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da aids, descritos a seguir:

- I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
- II - Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
- VI - Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A

privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.

X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseje seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania. (DST/aids, 2011).

Quando solicitamos aos entrevistados uma sugestão para um melhor atendimento nos serviços de saúde, os mesmos assim se pronunciaram:

Que eles sejam mais humanos, que eles não são (Entrevista 01).

Ah... eu queria só que eles tivessem um cuidado a mais com a gente né! Porque já é tão difícil pra gente né, ai é, manter um tratamento adequado, e você chega lá, eles lhe tratam com ignorância como se fosse ninguém, tá bom que isso eles tem que tratar todo mundo igual, né, mais agente sempre tem que ter um cuidadinho especial porque, é uma coisa que agente já sofre tanto com o preconceito de fora e deles que entendem mais, sofrer ai não dá né! Eles são estudados, pra um ignorante a gente ainda entende, mas pra eles a gente não entende um tratamento desse não (Entrevista 06).

Tenho pelo menos aqui no HU né, dizem que tá péssimo porque eu cheguei aqui agora, porque eu já fazia tratamento ai né, mas quando eu fui lá eu vi mesmo que tá péssimo o negócio, o HU (Entrevista 10).

As arguições dos entrevistados 01, 06 e 10 nos remete a uma discussão sobre o processo de humanização e o cuidado com a pessoa que vive com HIV/aids no sentido de amenizar o sofrimento e a angústia de tais pacientes que já sofrem com a estigmatização da doença. Entendemos que o processo de humanização nos serviços de saúde para atendimentos as pessoas que vivem com HIV/aids é tido como atividade primordial para garantir o

enfrentamento da doença, proporcionando a superação dos desafios ligados a patologia.

Para Pinheiro et al. (2005), o cuidar de pessoas com HIV/aids, faz parte do dia-a-dia de muitos profissionais de saúde, sendo necessário a prática do cuidado humanizado. Quando nos referimos à humanização nos serviços de saúde evidenciamos a valorização do humano, na perspectiva de olhar o paciente dissociado da sorologia e não esquecer sua identidade tomando ele como se fosse a própria doença. É preciso se construir práticas que privilegiem o carinho, a solidariedade, o respeito e a ética profissional como ações fundamentais para uma melhor convivência do paciente com a sua sorologia. Ainda no que diz respeito a humanização, Oliveira et al (2006, p.280) define que:

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, os sofrimentos humanos, as percepções de dor ou de prazer do corpo, para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento.

Ainda com relação às sugestões de melhorias no atendimento dos serviços de saúde, os entrevistados ressaltam:

Informação (Entrevista 04).

Mais atenção prá, pro pessoal da gente também do HIV, mais explicação pra gente, que a gente não tem informação pra esse tipo de coisa aí, ter mais informação as vezes tem gente que discuida que não dá aquela tanta atenção que agente não tem, por agente não ter estudo, a gente não tem aquela informação (Entrevista 05).

Os entrevistados 04 e 05 se reportam a falta de informação frente aos procedimentos que devem ser tomados no atendimento e/ou no tratamento, uma vez que nos centros de atendimentos a estes pacientes, nem sempre são disponibilizados as informações necessários. A forma como estas são transmitidas nem sempre são satisfatórias. Outro aspecto que se refere a entrevista 05 diz respeito a “maior atenção” com o paciente o que nos remete e necessidade de um maior investimento no cuidado direcionado a estes

indivíduos. Diante desta problemática, Campos (1999, apud CARVALHO 2009, p.39),

sugere a reorganização dos serviços de saúde, de modo que os profissionais se articulem na elaboração de “projetos terapêuticos”, ou seja, propostas de trabalho que sejam voltadas para o diálogo, fala e escuta, com cumplicidade e responsabilização na formação de vínculo e aceitação, o que implica em compromisso com a saúde dos usuários, principalmente ao se pensar em trabalho multiprofissional que atua com grupos, as denominadas “equipes de referência” em saúde, como nos ambulatórios especializados.

O processo de integrar a relação médico-paciente e romper com o preconceito são atitudes possíveis a todo e qualquer profissional de saúde, a fim de que um laço de afetividade e respeito entre profissional-usuário seja criado para o indivíduo tenha um cuidado em seu sentido amplo, não apenas no que diz respeito à sintomatologia física.

No que se refere ao cuidado Ayres (2004 apud CARVALHO, 2009, p.85) destaca que:

O termo Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, prestação ou recuperação da saúde”.(grifos do autor). Nesse sentido, é possível refletir que o profissional, ao levar em conta as necessidades do sujeito, seus modos de andar a vida, estará tornando disponíveis os seus saberes não só técnicos, mas também os populares, convicções, valores que o levarão ao verdadeiro sentido do cuidar na ação assistencial, assumindo “que a saúde e a doença, não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de “ser-no-mundo”.

Ainda no que se refere às sugestões de melhorias no atendimento prestado pelos serviços de saúde, os entrevistados ressaltam que:

E falta tanta coisa, muita coisa minha filha. Por exemplo, lá em Patos mesmo, mesmo que eles botaram isso agora, mas eles são uns profissional que aqui sabe de uma coisa a mais tarde meio mundo já esta sabendo, falta de ética sabe, não tem sigilo (Entrevista 03).

Eu acho que profissional de verdade, qualificado, com ética sabe, ética porque não tem ética, infelizmente eu sou obrigada a falar isso, não tem ética. Porque assim se eu sou médica ou enfermeira eu vou ficar falando pra o paciente, aquilo fica pra mim vai ser transmitido pra outro médico ou pra alguém necessário a saber e não espalhar pra outros pacientes ou então enfermeiro que também ou, como por exemplo a gente de saúde tá entendendo, o que eu sugiro é mais ética que não tem, infelizmente algumas pessoas no meio que não tem ética (Entrevista 08).

Mesmo tendo assegurado por lei o sigilo da sua sorologia, a pessoa vivendo com HIV/aids ainda se depara com situações de exposição da doença através dos profissionais de saúde. Sob essa concepção Parker; Aggleton (2001, p. 32) afirma que: “a ausência de privacidade, e em alguns casos, de sigilo, tem sido repetidamente citada como um problema recorrente nos ambientes de cuidado à saúde”. Esse direito lhe é assegurado na tentativa de evitar o julgamento social, que sempre é acompanhado de rejeição, humilhação e preconceito acarretando a exclusão social do indivíduo.

No que se refere à ética dos profissionais de saúde ainda há muito que melhorar, pois muitos não respeitam os pacientes, compartilhando informações que deveriam ficar alocadas apenas no âmbito médico como podemos perceber na entrevista 03 e 08. No que diz respeito a ética Pinheiro et al (2005, p.577) ressalta que,

ao se reportar à ética voltada para o cuidado do portador do HIV/aids, constata-se a importância do cuidar ético dessas pessoas, tendo em vista as suas particularidades e a sua estigmatização, por parte da sociedade. Por entrar em questões muito particulares e muito polêmicas, criou-se o código de ética para esses pacientes, com o intuito de respeitá-los e pôr em prática o cuidado ético.

A abordagem da ética relacionada às pessoas que vivem com HIV/aids deixa claro que seus direitos de sigilo, precisam ser resguardados como podemos reproduzir o que consta na Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da aids em seu item VII “ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids sem o consentimento da pessoa envolvida. A

privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais; e no item IX - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais

No presente trabalho, procuramos analisar como vem ocorrendo a atuação dos profissionais de saúde em relação às pessoas que vivem com HIV/aids, junto aos usuários cadastrados na Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/aids – Núcleo de Campina Grande (RNP+CG).

Desde sua descoberta a aids sempre esteve associada ao estigma, a discriminação e ao preconceito estes vindo da família, amigos, sociedade em geral e até mesmo por parte dos profissionais de saúde, o que ocasiona graves consequências para as pessoas que vivem com HIV/aids, afetando diretamente esses indivíduos no tratamento da doença e na superação dos desafios no âmbito social.

A partir dos dados coletados durante o processo investigativo, foi possível perceber que a maioria dos entrevistados enfrentam ou já enfrentaram dificuldades ao procurarem os profissionais de saúde, vitimados pelo preconceito e a discriminação social.

Percebemos através das falas dos sujeitos o desespero e a carga emocional destes ao confirmarem sua sorologia, uma vez que a aids ainda é relacionada a morte. Há evidências de que a aids sempre esteve carregada de preconceito, fazendo com que essas pessoas ao ter conhecimento do diagnóstico da sorologia positiva passem a sofrer uma “morte social”, uma vez que a sociedade os exclui.

Observamos ainda através dos depoimentos que o modelo biologicista ainda prevalece na maioria das práticas de saúde, faltando para alguns profissionais uma formação humanista, que venha efetivamente contribuir para que estes possam dissociar os indivíduos que vivem com aids, da doença e não tomem essas pessoas como a própria doença.

Identificamos através dos depoimentos dos entrevistados que a maioria destes não se mostram satisfeitos com os serviços prestados pelos profissionais de saúde no que diz respeito a temática da aids. Destacam em suas falas a questão desses profissionais muitas vezes promoverem atendimentos que deixam transparecer para esses usuários receios e

insegurança ao lidar com tal doença, fazendo com que estes se sintam discriminados.

Observamos nos depoimentos dos entrevistados que a questão da ética profissional deve ser revista, uma vez que, ainda existem casos em que os profissionais de saúde não respeitam o sigilo sobre a sorologia do indivíduo mesmo sabendo que é um direito da pessoa vivendo com HIV/aids assegurado em lei, revelando muitas vezes para outras pessoas no âmbito de trabalho e fora dele, o que deveria ficar apenas em ambiente médico, deixando para a pessoa que foi diagnosticada com a sorologia positiva a decisão de contar ou não para outras pessoas.

Portanto, o referido estudo aponta para o fato de que é necessário uma qualificação dos profissionais de saúde para atender as pessoas que vivem com HIV/aids, uma vez que no decorrer das entrevistas percebemos a falta de preparo de muitos desses profissionais em lidar com tal segmento, visto que muitos ainda se reportam a essas pessoas de forma preconceituosa e/ou discriminatória, mesmo sendo essas pessoas assistidas nos centros de atendimentos voltados a referida temática. Dessa forma, é preciso uma redefinição no modelo de assistência a saúde, onde o atendimento prestado aconteça de forma mais humanizada, e que venha respeitar efetivamente os direitos dos usuários de tais serviços. Nesse sentido percebemos que este estudo atingiu seus objetivos e que o mesmo abre caminhos para outras pesquisas que venham contribuir para novas práticas de atenção e cuidado com a pessoa que vive com HIV/aids.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M. O. de; TANAKA, O. Y. O saber e a prevenção no trabalho e na vida: representações de profissionais de saúde que trabalham com HIV/ aids. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 22, n. 2, 2002, p. 60-69 .Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>> Acesso em 10 jun. 2012.

BARBOSA, Maria Josineide Guedes. **Aids e pauperização: um estudo junto a Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/aids- núcleo de Campina Grande-PB**. Monografia. Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, 2010.

BERQUÓ, E. (coord.) **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids**. (Série Avaliação). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Síntese dos Indicadores Sociais 2010**. Disponível em <www.ibge.gov.br> . Acesso em: 28 mai. 2012.

_____. **Lei nº 7.670**. Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/aids os benefícios que especifica e dá outras providência. Brasília, 1988. Disponível em <www.camara.gov.br>. Acesso em: 04 abr. 2012.

_____. **Lei nº 7.649**, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Brasília, 1988. Disponível em <www.camara.gov.br> Acesso em 04 abr 2102.

_____. **Lei Nº 8080**, de 19 de setembro de 1990 - DOU DE 20/9/90 - LEI ORGÂNICA DA SAÚDE – Alterada. *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 <www.camara.gov.br> Acesso em 04 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Adesão aos antirretrovirais: manual para profissionais de saúde**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** 5. ed. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico aids de 2011**. Brasília, 2011 a. Disponível em: <www.aids.gov.br> Acesso em: 15 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico aids de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: [Http://www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em: 10 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de aids 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <www.aids.gov.br> Acesso em: 10 abr. 2012

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de aids 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <www.aids.gov.br> Acesso em: 10 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Programa Nacional de DST e aids. Brasília, 1998.

_____. **Números da aids no Brasil**. Organização Mundial de Saúde: Brasília, 2011b. Disponível em <http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao_final> Acesso em 16 mai. 2012.

_____. **Organização Mundial de Saúde**. Brasília: OMS, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. BRAVO, Maria I. S.; MENEZES Juliana S. B. de (org.) In **Cadernos de Saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011. p.76.

CARVALHO, Ana Lúcia de Souza. **Atenção ao usuário em um centro de referencia HIV/aids em Natal/RN**: perspectiva de profissionais e usuários. Dissertação de Mestrado. Natal: UFRN, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma**: pensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo (ONGs.). **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998. p. 9-55.

COSTA, Adália de Sá. **A vulnerabilidade de mulheres em relacionamentos estáveis ao HIV/aids**: uma questão de gênero. Monografia. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, 2011.

COSTA NETO, Milton Menezes. (Org.). **A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **Aids**: a terceira epidemia. Ensaio e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

DOMINGUES, R. D. Considerações psicossociais sobre a tietagem anti-HIV. In: GUIMARÃES, R.; MORANDO, L. (Org.) **Aids**: olhares plurais. Ensaio esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS. Belo Horizonte: BISA – Boletim Informativo sobre aids, 1998. p. 53-83.

SCOREL, Sarah. **Vidas ao léu**: trajetórias da exclusão social. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1999.

FIGUEIREDO, R. M. **A enfermagem diante do paciente com aids e a morte.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas, Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

GALVÃO, Jane. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/aids no Brasil e no mundo.** Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev. Bras. enfermagem**, Brasília, vol. 64, nº 2. mar/abr. 2008. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 10 jun. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5ªed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOFFMAN, Erving, **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4ª.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

GUIMARÃES, Carmem Dora. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

GRUPO PELA VIDA/RJ. ONG's mandaram recado ao presidente Lula. Rio de Janeiro - **Relatório do workshop.** 2009. Disponível em <<http://www.aids.org.br/default.asp>>. Acesso em: 15 mai. 2012.

KERN, Francisco Arseli. Estratégias de fortalecimento no contexto da Aids. In: **Revista de Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano 24, nº 74, jul/2003. p. 42-67

LAVOR, A. Inquietações positivistas para todas as idades. In: **Revista RADIS,** Setembro. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008.

LIMA, Helena Maria Medeiros. **Adesão ao tratamento de HIV/aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo.** Tese (Doutorado em Saúde Pública)-PUC/SP, São Paulo, 2006. p. 196.

MANN, C.G.; OLIVEIRA, S.B.; OLIVEIRA, C.S.S. **Guia para Profissionais de Saúde Mental/Sexualidade & DST/aids: discutindo o subjetivo de forma objetiva.** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/IFB, 2002.

MALBENGUIR, A. Os médicos diante do paciente com Aids: atitudes, preconceitos e dificuldades. In.: _____. **Aids e Psiquiatria.** Um guia para profissionais de saúde Rio de Janeiro: Revinter. . 2000. p76-107.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade.** São Paulo: Paulus, 1997.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. **A História de uma Epidemia Moderna: a emergência política da aids/HIV no Brasil**. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte:FUMARC, 1985.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

MONTEIRO, Joana Filipa Afonso.**O processo de trabalho em HIV/aids: a visão dos profissionais**. Dissertação de Mestrado.Ribeirão Preto – USP: 2006.

NEMES, Maria Inês Batistella et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras**; São Paulo, v.55, n.02, 2009. p. 207-212.

NETO, Alfredo Naffah. **NIETZSCHE: A vida como valor maior**. São Paulo: MartinsFontes: FTD, 1996.

NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

OLIVEIRA, B. R. G; COLLET, N.; VIERA, C. S. A Humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, mar/abr. 2006. p. 277-284.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS **Reconhece ter superestimado total de vítimas de aids no mundo**. Natal, 2007. Disponível em <www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=tabela+AIDS+no+mundo&meta> Acesso em 30 abr. 2012.

PARKER Richard, AGGLETON Peter. **Estigma, discriminação e aids**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar em aids; 2001. [Coleção ABIA: Cidadania e Direitos,Nº 1].

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008. p. 91 – 122.

PARKER, Richard ; CAMARGO, Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV: Aspectos antropológicos e sociológicos. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16 (suplente). Rio de Janeiro, 2000.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane e BESSA, Marcelo S. (1999) "Políticas Sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da aids". In: PARKER, R. GALVÃO, J. e BESSA, M. S. (orgs.). **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente a aids no Brasil**. São Paulo, ABIA/Ed. 34, 1999. p. 17-54.