



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

VALDÊNIA NOGUEIRA DE LIMA

O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Orientadora: Prof^ª. Maria do Socorro Pontes de Souza

CAMPINA GRANDE

2016

VALDÊNIA NOGUEIRA DE LIMA

O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Maria do Socorro Pontes de Souza

CAMPINA GRANDE

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L732 Lima, Valdênia Nogueira

O atendimento prestado pelos profissionais de saúde às mulheres vivendo com HIV/Aids no período de gestação e parto [manuscrito] : um estudo junto às usuárias do Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids e hepatites virais no município de Campina Grande – PB / Valdênia Nogueira de Lima . - 2016.

82 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, CCSA, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social".

1. Saúde da mulher. 2. Profissional de saúde. 3. HIV/Aids. 4. Gestação. 5. Parto. 6. Gestante soropositiva. I. Título.

21. ed. CDD 613.042 4

VALDÊNIA NOGUEIRA DE LIMA

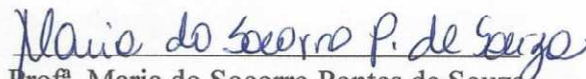
O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

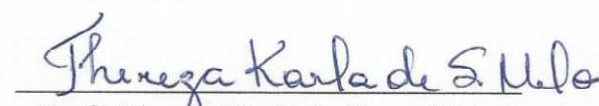
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

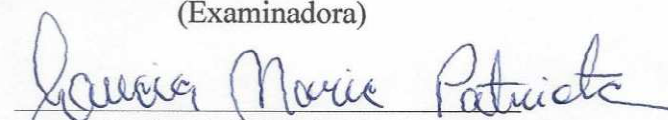
Aprovado em 26/07/16

Nota: 9,5

Banca Examinadora:


Prof.^a Maria do Socorro Pontes de Souza
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Orientadora)


Prof.^a Thereza Karla de Souza Melo
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)


Prof.^a Lúcia Maria Patriota
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, **José Wellington Gomes da Silva** e a minha irmã **Valeska Nogueira de Lima**, pelo incentivo, pela confiança, pela ajuda e companheirismo, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Durante estes cinco anos superei muitos obstáculos para chegar até aqui, esta superação só foi possível graças ao apoio de pessoas que estando sempre perto me deram força e esperança para eu continuar.

Agradeço primeiramente a **Deus** porque Ele me sustentou, não permitiu que desanimasse mesmo diante dos obstáculos, iluminou e continua a iluminar meus caminhos e escolhas, assim permaneço firme na fé, pois sei que Ele está comigo e não me desampará.

Ao meu esposo **José Wellington** pelo companheirismo, paciência e auxílio que me deu durante todo este período, que nosso amor e companheirismo perdurem por toda nossa vida.

À minha irmã, **Valeska Nogueira**, pela ajuda que sempre me deu, sempre me incentivou a ingressar na universidade e colaborou demais para meu sucesso, sua colaboração foi primordial para esta conquista.

Ao meu avô **Waldemiro Pereira** que do alto de seus 92 anos e tendo me criado muito bem merece esse espaço. Mesmo sem entender muito bem o que é estudar numa universidade sempre me pergunta se eu já passei... Mostra-se sempre preocupado comigo desde o momento em que me pegou para criar juntamente com minha avó **Noemia Nogueira** (*in memoriam*).

Ao meu tio **Edilson Nogueira** que sempre que pode me ajudou em meus estudos, financiando cursos profissionalizantes, na compra de material escolar quando aluna do ensino fundamental e médio, pois assim investiu no meu futuro. E a todos os familiares.

As minhas amigas que levarei para toda a vida, **Jeane Moura, Maria Priscila, Sueli Dias, Maria José**, nossos momentos de lazer, de estudos concentrados, nossas discussões para elaboração e apresentação de seminários. Tudo isso contribuiu significativamente para nosso crescimento pessoal, profissional e enquanto amigas.

A estimada professora, orientadora e amiga, incentivadora **Maria do Socorro Pontes**, que me fez conhecer o real no meu campo de estágio. Obrigada pela colaboração, pela paciência surreal que você possui, pela atenção, por tudo que fez e faz por mim.

À **Maria do Socorro Farias**, orientadora do campo de estágio, obrigada por contribuir para o aprendizado contínuo da prática profissional. Sempre disposta a

contribuir para a formação através dos ensinamentos da prática profissional. Embora não esteja mais no SAE continua sendo para mim grande amiga e exemplo de profissional.

A **todos os professores do curso de Serviço Social** - UEPB, meus mestres, a quem devo muito pelo aprendizado adquirido nestes cinco anos.

À **equipe do Serviço de Assistência Especializada (SAE)** Campina Grande e aos usuários do serviço, especialmente aos que colaboraram com esta pesquisa, sem vocês este trabalho não teria nenhum sentido. Obrigada a todos pela colaboração.

A **todos os meus colegas** da turma 2011.1, por termos dividido tantos momentos juntos, agradeço a Deus pelas amizades construídas e cultivadas.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para esta realização. Minha jornada está apenas começando, uma batalha se encerra, mas tantas outras ainda estão por vir. Espero em Deus conquistar ainda mais sonhos, minha história só começou.

Meus sinceros agradecimentos!

Valdênia Nogueira de Lima

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), doença que se manifesta em pessoas que contraíram o vírus HIV, teve os primeiros casos identificados nos Estados Unidos, no contexto da década de 1980. No Brasil, a doença atingiu inicialmente homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, no entanto esse perfil foi se modificando ao longo do tempo e atualmente, a epidemia do HIV/Aids destaca-se por afetar indivíduos que se encontram vulnerabilizados nos diversos aspectos sociais, econômicos e culturais. Passados mais de 30 anos desde seu surgimento caracteriza-se pela heterossexualização, interiorização, pauperização, envelhecimento, feminização e juvenilização. No que se refere especificamente a feminização do vírus, tem aumentado os índices de transmissão vertical, que ocorre de mãe para filho, seja durante a gravidez, no momento do parto ou durante a amamentação. O preconceito e a discriminação em torno da doença, associada à falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a questão do HIV/Aids, faz com que muitas das pessoas que vivem com a doença sofram processos de estigmatização durante o atendimento. Nessa perspectiva é que o presente estudo teve como objetivo geral analisar a percepção das mulheres vivendo com HIV/Aids que são assistidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE), acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o período de gestação e no momento do parto. A pesquisa adotou uma abordagem quanti-qualitativa do tipo analítico- crítica, tendo sido realizada a partir do estudo bibliográfico e da pesquisa de campo. O estudo se deu junto ao Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids e Hepatites Virais do município de Campina Grande- PB, no período de julho a dezembro de 2015, tendo como sujeitos 11 usuárias de tal serviço. Para a coleta de dados utilizamos como instrumentos a entrevista semiestruturada e a observação participante. Na perspectiva de melhor compreender os dados coletados utilizamos a análise de conteúdo enquanto instrumento importante para compreender os significados das falas.

Palavras-chave: Profissionais de saúde. HIV/Aids. Gestação e Parto.

ABSTRACT

The Immune Deficiency Syndrome Get (AIDS), a disease that manifests itself in people who contracted the HIV virus, had the first cases identified in the United States, in the context of the 1980s in Brazil, the disease has reached initially homosexuals, sex workers and injecting drug users, but that profile has been changed over time and currently, the HIV / AIDS stands out to affect individuals who are more vulnerable in the various social, economic and cultural. More than 30 years since its appearance is characterized by heterosexuals, internalization, pauperization, aging, feminization and younger players. With specific regard to feminization of the virus, it has increased the vertical transmission rates, that mother to child occurs, either during pregnancy, at birth or during breastfeeding. Prejudice and discrimination surrounding the disease, associated with lack of trained health professionals to deal with the issue of HIV / AIDS, causes many of the people living with the disease suffer stigmatization processes during the service. In this perspective it is that the present study aimed to analyze the perception of women living with HIV / AIDS who are assisted in the Specialized Care Service (SAE), about the assistance provided by health professionals during the gestation period and at the delivery. The research adopted a quantitative and qualitative approach to the type analytical and critical, have been carried out from the literature study and field research. The study was given by the Specialized Care Service STD / AIDS and Viral Hepatitis in the city of Campina Grande-PB, in the period from July to December 2015, with the subject 11 users of such service. To collect data we used as instruments semi-structured interviews and participant observation. With a view to better understand the data collected used content analysis as an important tool to understand the meanings of words.

Keywords: Health professionals. HIV / AIDS . Pregnancy and childbirth .

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Faixa etária das usuárias entrevistadas.....	42
Gráfico 2: Distribuição das usuárias entrevistadas pelo grau de escolaridade.....	43
Gráfico 3: Estado civil das usuárias entrevistadas	44
Gráfico 4 : Situação ocupacional das usuárias entrevistadas.	45
Gráfico 5: Tipo de moradia das usuárias entrevistadas	46
Gráfico 6: Quantidade de filhos das usuárias entrevistadas.	47
Gráfico 7: Origem da renda das usuárias entrevistadas.....	48

LISTA DE SIGLAS

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CTA - Centro de Testagens e Aconselhamentos

DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

ONG - Organização não governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

PVHA - Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SAE/CG - Serviço de Assistência Especializada de Campina Grande-PB

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

UNAIDS – União das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UD – Usuários de Drogas

HSH – Homens que fazem sexo com Homens

PS – Profissionais do Sexo

DHDS – Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária

GAPA – Grupo de Apoio e Prevenção da Aids

SINPES – Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde

PN-DST/Aids – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

CAPS - Caixas de Aposentadoria.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I –A AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS NO BRASIL	15
1.1 CONTEXTUALIZANDO A EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO BRASIL.....	14
1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E TENDÊNCIAS DA EPIDEMIA	22
1.2.1 A Feminização da Aids no Brasil	26
CAPÍTULO II –A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E O ATENDIMENTO PRESTADO ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO	29
2.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E A ASSISTÊNCIA AS GESTANTES SOROPOSITIVAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	29
2.2 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE JUNTO ÀS MULHERES GESTANTES VIVENDO COM HIV/AIDS	34
CAPÍTULO III –A PESQUISA DE CAMPO	38
3.1 O LÓCUS DA PESQUISA: CARACTERIZANDO O CAMPO DE ESTÁGIO	38
3.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA E APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS	40
3.2.1 Perfil Socioeconômico das Mulheres Entrevistadas	41
3.2.2 Análise das falas	49
APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	73
ANEXOS	76

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ataca o sistema de defesa do organismo humano. Afeta as células que são responsáveis pela proteção do corpo, o que o torna suscetível a infecções. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou AIDS, constitui-se como um conjunto de sinais e sintomas que se associam à infecção pelo HIV.

O HIV/Aids teve os primeiros casos identificados nos Estados Unidos no final da década de 1970, no entanto rapidamente se propagou pelo mundo. Os primeiros casos identificados da doença no Brasil foram constatados na década de 1980, inicialmente na cidade de São Paulo e logo em seguida no Rio de Janeiro.

No contexto em que foram identificados os primeiros casos da doença houve forte resistência por parte das instâncias governamentais no enfrentamento do HIV/Aids, por ser vista como uma doença de ocorrências isoladas, restrita a segmentos sociais específicos (acreditava-se não se tratar de uma epidemia, ela estaria vinculada a grupos específicos, considerando que a doença atingiu inicialmente homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis). No entanto, esse perfil foi se modificando ao longo do tempo e, atualmente, a epidemia de HIV/Aids assume como principais características a interiorização, pauperização, envelhecimento, feminização, juvenilização e heterossexualização.

Vale destacar que com a feminização do vírus tem aumentado os índices de transmissão vertical, que ocorre de mãe para filho, seja durante a gravidez, no momento do parto ou durante a amamentação. Tal problemática exige o preparo e a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com tal demanda.

Em seu estudo, PAIVA (2012) constatou que o atendimento as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) pelos profissionais de saúde precisa ser revisto, tanto em relação à questão do atendimento humanizado quanto à superação dos sentimentos de medo e insegurança por parte destes profissionais. A falta de preparo para lidar com doentes de Aids irá se refletir na dificuldade com o cuidado, no trato com o sofrimento alheio, na estigmatização ligada à doença e conseqüentemente na exclusão social da pessoa atendida.

A nossa aproximação com a temática se deu a partir de nossa inserção no campo de estágio, no período de julho de 2014 a dezembro de 2015 junto ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) no município de Campina Grande-PB, o que nos fez

perceber os desafios enfrentados pelas mulheres gestantes vivendo com HIV/Aids durante o período de gestação e do parto ao procurar os serviços de saúde, considerando o estigma e a discriminação enfrentados decorrentes de sua sorologia.

Dessa forma surgiram os questionamentos que nortearam nossa proposta de investigação: Qual a percepção das mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE), acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o período de gestação e no momento do parto? Quais as dificuldades encontradas pelas mulheres gestantes vivendo com HIV/Aids durante o período de gestação e do parto ao procurar os serviços de saúde? Quais situações preconceituosas foram vivenciadas pelas usuárias no momento da gestação e do parto?

Nessa perspectiva é que o presente estudo tem como objetivo principal analisar a percepção das mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o período de gestação e no momento do parto; analisar o perfil socioeconômico e cultural dos sujeitos da pesquisa; identificar as dificuldades encontradas pelas mulheres gestantes vivendo com HIV/Aids durante o período de gestação e do parto ao procurar os serviços de saúde; apontar a vivência de situações preconceituosas/estigmatizantes entre as usuárias do SAE no momento da gestação e do parto e contribuir do ponto de vista teórico e prático com os estudos existentes acerca da temática.

A pesquisa adotou uma abordagem quanti-qualitativa do tipo analítico-crítica, tendo sido realizada a partir do estudo bibliográfico e da pesquisa de campo. Para a coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada, a observação participante e o diário de campo. Participaram do processo investigativo onze (11) mulheres soropositivas atendidas pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Município de Campina Grande-PB através de amostra do tipo aleatória simples. Na perspectiva de melhor compreender os dados coletados utilizamos a análise de conteúdo enquanto instrumento importante para compreender os significados das falas.

O presente estudo traz sua relevância na medida em que poderá possibilitar, a partir dos resultados do processo investigativo, problematizar a realidade vivenciada pelas mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o período de gestação e no momento do parto. Entendemos que é imprescindível conhecer a realidade destas na perspectiva de

apreender os desafios vivenciados por tais mulheres, considerando o estigma e a discriminação ainda existentes em torno da doença. Ressaltamos que o estudo proposto poderá subsidiar outros trabalhos de pesquisadores, estudantes, profissionais e docentes de serviço social e áreas relacionadas à temática aqui abordada.

Este Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado a partir de três capítulos. No capítulo primeiro contextualizamos a epidemia de HIV/Aids no Brasil, seus aspectos epidemiológicos e suas tendências, além de trazeremos algumas reflexões sobre a problemática da feminização da Aids no Brasil.

No segundo capítulo discutimos a questão da atenção à saúde da mulher no Brasil e o atendimento prestado pelos profissionais de saúde às mulheres vivendo com HIV/Aids no período de gestação e parto.

No terceiro capítulo tratamos da caracterização do lócus da pesquisa, aspectos metodológicos e apresentação e análise dos dados coletados.

CAPÍTULO I – A AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS NO BRASIL

Após mais de três décadas do surgimento da Aids no Brasil, é importante registrar como se constituíram as primeiras ações governamentais mediante o surgimento de casos no país, como se desenvolveram as iniciativas de enfrentamento à doença, quais os avanços e retrocessos ocorridos ao longo dos anos, considerando que a doença se caracteriza como um grave problema de saúde pública que vem atingindo indistintamente grande parte da população do país.

O surgimento da epidemia do HIV/Aids no contexto nacional está intrinsecamente ligado às características internacionais de expansão do vírus no mundo. Contudo, mesmo apresentando as características de infecção identificadas em outros países atingidos, o Brasil destaca-se entre estes como sendo referência nos padrões de enfrentamento da epidemia em âmbito nacional (BRAVO *et al*, 2006; BARRETO, 2011). Na perspectiva de contextualizar tal processo, no capítulo que se segue buscaremos abordar o surgimento, a evolução e as tendências da epidemia do HIV/Aids no Brasil historicamente.

1.1 CONTEXTUALIZANDO A EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO BRASIL

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), doença que se manifesta em pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), foi identificada pela primeira vez nos Estados Unidos no final da década de 1970. Esta foi reconhecida pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) de Atlanta, que identificou a síndrome pela observação de doenças que indicavam a imunodeficiência em adultos jovens. O primeiro relato de caso de Aids registrado ocorreu na cidade de Los Angeles, na Califórnia, tendo sido diagnosticada em cinco homossexuais. fonte

Os primeiros casos identificados da doença no Brasil foram constatados na década de 1980 na cidade de São Paulo, sendo, logo em seguida, notificado no Rio de Janeiro. A partir do final de tal década observou-se sua expansão para as demais regiões do país.

Verifica-se, conquanto, mudanças e avanços em relação às respostas sociais e políticas à epidemia, que gradativamente e significativamente sofreram alterações ao longo da história, bem como das respostas governamentais, em âmbito Municipal, Estadual e Federal

para o enfrentamento da doença. Desta forma, a história da epidemia do HIV/Aids no Brasil parece ser caracterizada por um conjunto de períodos históricos bastante óbvios – períodos que se cruzam de inúmeras maneiras com a história mais ampla da vida política do país (PARKER, 1997).

O referido autor caracteriza a política de HIV/Aids no país em quatro períodos, destaca quatro momentos e ressalta as primeiras iniciativas que surgem com a mobilização da sociedade civil organizada destacando o papel das ONG's/Aids.

A **primeira fase** da política de enfrentamento ao HIV/Aids, ocorreu em 1982 e foi até 1985. Neste período foram realizadas as primeiras movimentações sobre a criação de um Programa Nacional de Aids. Também foram fundadas as primeiras ONG's/Aids.

Importa ressaltar nessa primeira fase, que foi um momento marcado pela omissão por parte das instâncias públicas e do ministério da saúde, acompanhado por uma onda de pânico e medo da população. Até 1985, não havia nenhuma resposta oficial por parte do governo federal em relação a Aids, embora já existisse uma forte pressão por parte dos movimentos homossexuais, organizados em torno do grupo “gay paulista”, que foi responsável pelos primeiros trabalhos informativos junto a comunidades. Dentre outras informações, o grupo distribuía folhetos que informavam sobre a doença e obviamente sobre as formas de prevenção (PARKER, 2003, p. 37).

Os movimentos iniciais surgem das classes mais afetadas, homossexuais, caracterizando respostas de baixo para cima. Esses movimentos resultaram na criação das primeiras ONG's/Aids que desempenharam papel fundamental para que ocorressem as primeiras iniciativas governamentais.

Vale enfatizar que, quando surgiu no Brasil a epidemia de Aids na década de 1980, a política de saúde vigente pautava-se no modelo médico assistencial-privatista. Este teve origem nas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), neste modelo a saúde pública que não gerava renda estaria sob a responsabilidade do Estado, enquanto a atenção médica que gerava renda estaria vinculada ao setor particular, ou seja, ao mercado. A saúde estaria ligada à Previdência Social e a assistência médica possuía como característica a mera prática curativa, com pouca efetividade e individualidade.

Os serviços de saúde eram limitados aos trabalhadores que estavam filiados ao seguro social, para o resto da população o atendimento médico se dava em hospitais filantrópicos e Casas de Misericórdia.

Foi a partir do ano de 1983 que as primeiras mobilizações sobre o HIV/Aids começam a surgir através da Secretaria de Saúde de São Paulo junto à Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS) e o Instituto de Saúde, composto por infectologistas, médicos sanitaristas, dentre outros profissionais, que passaram a estudar formas de enfrentamento para combater e tratar a doença em âmbito estadual. Segundo TEIXEIRA (1997), a DHDS tinha como função:

Diagnosticar, controlar e orientar os casos de Aids; estabelecer com base na Lei 6959 a notificação compulsória, pelos profissionais de saúde, com investigação epidemiológica; fazer distribuição de informativo sobre a doença à população em geral e estudar a possibilidade de estabelecer um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), visando troca de informações, material e experiências. (p. 45-46).

Muitas pessoas contribuíram de forma significativa para a organização do Programa Nacional de Aids, destacamos a importância de Lair Guerra de Macedo Rodrigues conhecida como mártir na luta contra a Aids, por isto recebeu indicação ao prêmio Nobel da paz do ano de 2004, conforme destaca COSTA

[...] Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, dirigiu o programa durante os 10 anos mais críticos e o moldou ao seu estilo: audaz, ambicioso e justo [...] dirigiu o Programa de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, de onde foi destinada a lutar contra a AIDS. Incansável, enfrentou a burocracia, os políticos e os governantes para alcançar as suas metas. Desenvolta, soube buscar os então críticos recursos internacionais. [...].

Existia também forte mobilização do movimento de homossexuais. Cabe destacar que a primeira ONG/Aids a ser instituída no país foi o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) na cidade de São Paulo. Formada por voluntários. Uma marca forte dessa organização era a ênfase no que diz respeito à discriminação das pessoas soropositivas. Uma das principais contribuições do GAPA/SP foi a instalação de um serviço de assessoria jurídica às pessoas que viviam com a doença (GALVÃO, 1997).

O ano de 1985 foi decisivo no que se refere ao enfrentamento da Aids pois,

Com o avanço da epidemia em diversas regiões brasileiras e com os programas de atenção à Aids parcialmente desenvolvidos, a mobilização dos Estados, somados aos movimentos sociais que se organizavam ante à questão e às denúncias de omissão na imprensa foi elemento relevante na

pressão para que o Ministério da Saúde reconhecesse a Aids como um problema de saúde pública emergente no País e para as primeiras ações que nortearam o programa nacional (MARQUES, 2003, p.95).

O Ministério da Saúde através da Portaria 236, de 02 de maio de 1985, criou o Programa Nacional de Aids, que estabelecia as primeiras normas e diretrizes para o enfrentamento da epidemia no Brasil.

Ao fim da década de 1980, o Programa de Aids brasileiro desvinculou-se da Divisão de Dermatologia Sanitária e passou a se constituir na Divisão de DST/Aids, que subordinada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SINPES), visava fazer a prevenção e o controle das DST's, assim como elaborar, coordenar e implantar a execução do Programa Nacional e Prevenção da Aids. Estava criado o PN-DST/Aids.

A segunda fase corresponde aos anos de 1986 a 1990, este período foi marcado por ações relativamente pragmáticas e bastante tecnicistas da epidemia período em que:

[...] várias iniciativas por parte da sociedade civil começaram a superar, em parte, a negação que havia caracterizado o período anterior. Um número crescente de organizações não-governamentais surgiu em todo o país, representando um papel muito importante ao chamar a atenção da mídia para a epidemia, além de pressionar os órgãos governamentais para uma resposta mais rápida e agressiva (PARKER, 1997, p.10).

Neste momento ocorreram ações mais efetivas e precisas por parte das ONG's. No Rio de Janeiro destaca-se a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), instituída em 1986 e que desde a sua criação buscou uma articulação com as políticas de Aids. Foi a primeira entidade a ter como presidente e fundador uma pessoa assumidamente soropositiva, o sociólogo Hebert José de Souza – conhecido como Betinho.

Tal contexto é caracterizado pelo crescimento de ações por parte da sociedade civil através principalmente das ONG's/Aids que tomam iniciativas mais precisas e efetivas, buscando acima de tudo mostrar que além de um problema de saúde, a Aids era um problema que deveria ser enfrentado numa perspectiva política, com iniciativas dos poderes governamentais responsáveis.

Na esfera do governo cabe enfatizar que os esforços do Ministério da Saúde somente passam a ser consolidados a partir de 1986, com a criação da Comissão de Assessoramento em Aids (Portaria nº 199) e, ainda, da Portaria Ministerial nº 542 que regulamenta que a Aids passa a ser uma doença de notificação compulsória (GALVÃO, 2002; PARKER, 2003). Os

avanços alcançados ocorreram, não por acaso, no ano de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, contexto em que emergem mais fortemente os debates para a construção de um Sistema Único de Saúde Nacional.

É importante destacar em tal contexto, especificamente no ano de 1988 – ano da promulgação da Constituição Federal e, por conseguinte, de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que o Congresso Nacional aprova a Lei 7.670 que beneficia as pessoas com Aids, acometidos pelas doenças oportunistas, em estágio incapacitante ou terminal, a ter acesso ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), bem como requisição de auxílio-doença, pensão ou aposentadoria, isentos de período de carência (TEIXEIRA, 1997). Tais medidas, foram importantes para a relativa melhoria da qualidade de vidas das pessoas vivendo com HIV/Aids, pois representou um grande avanço no que se refere ao agravamento da doença, ou seja, na atenção às pessoas já infectadas pelo vírus e doentes de Aids.

A terceira fase de enfrentamento da doença se iniciou nos anos de 1990 e estendeu-se até 1992. Tal conjuntura é iniciada com forte impacto negativo no Programa Nacional da Aids, quando o então presidente Fernando Collor de Melo assume o cargo (PARKER, 2003).

No início dos anos 1990 o país se encontrava em um contexto que

[...] será o fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal; paralisado pelo baixo nível de investimentos privado e público; sem solução consistente para o problema do endividamento; e com uma questão social gravíssima. Tem-se a mistura explosiva que delinea uma situação de crise profunda (BEHRING, 2011, p.140).

No que se refere à política de enfrentamento do HIV/Aids, trata-se de um momento de intensas contradições, caracterizado pela falta de diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, junto a isso estava a falta de cooperação entre o Programa Nacional de Aids (com nova diretoria) e os programas estaduais e municipais, tornando-se difícil avançar em uma resposta à epidemia.

Ocorre nesse período uma desestruturação do Programa Nacional de Aids, comprometendo com isso o trabalho que até então vinha sendo desenvolvido. Período conturbado politicamente e que influenciou negativamente nas decisões e ações frente à epidemia de Aids.

Durante este governo foram lançadas na mídia as campanhas mais polêmicas da história brasileira da luta contra a epidemia do HIV/Aids, tais como as de tema “Se você não

se cuidar, a aids vai te pegar” ou, ainda, “Eu tenho aids e eu vou morrer”, que geraram pânico entre as pessoas vivendo com HIV/aids (GALVÃO, 2000; TEIXEIRA, 1997).

Entretanto, conforme destaca VENTURA (2003), com os avanços conquistados pelo movimento da reforma sanitária, com a conquista do SUS e, portanto, um novo conceito de saúde advindo com a CF/88, estabeleceu-se uma ampla política de acesso aos medicamentos, que se iniciou em 1991 com a distribuição do Zidovudina, (AZT) na rede pública de saúde, sendo ampliada em 1995. Vale salientar que é somente em 1996 que houve a legitimidade da política de medicamentos pelo poder legislativo. Isso se deu com a aprovação da lei 9.313/96, que passou a obrigar o fornecimento gratuito e universal dos antirretrovirais (ARV) para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Tal conjuntura é assim caracterizada por avanços e retrocessos, considerando que ao mesmo tempo em que identificamos o desmonte da Política Nacional de Aids pela gestão, percebem-se avanços no que se refere ao tratamento das pessoas doentes de Aids.

Com a saída de Fernando Collor em decorrência do impeachment, em 1992, Eduardo Côrtes deixou a coordenação do Programa Nacional de Aids e Lair Guerra voltou a ocupar o cargo (TEIXEIRA, 1997). O seu retorno trouxe ao Programa Nacional da Aids um maior contato com as entidades da sociedade civil e, portanto, com as Organizações Não Governamentais conhecidas como ONG's/Aids (GALVÃO, 2000).

A quarta fase corresponde ao período de 1992 a 1997 com a reorganização do Programa Nacional de Aids do Ministério da Saúde. A partir de tal contexto, especificamente no ano de 1993, o Governo Federal assinou um convênio com o Banco Mundial com intuito de fortalecer as ações de vigilância, pesquisa, assistência e prevenção. Com o apoio do Banco Mundial ocorreu um aumento radical de dispêndio em programas de Aids. Cabe destacar nesse período que ocorreu um esforço para envolver todas as entidades que se viam responsáveis nas ações voltadas para atender a epidemia, tais como Programas governamentais, ONG's e Universidades, procurando com isso construir uma resposta nacional no enfrentamento da doença.

Destaca-se, do acordo feito com o Banco Mundial, três projetos que visaram à estruturação dos serviços assistenciais; a redução de novos casos; a melhoria no diagnóstico e tratamento; além do aprimoramento do processo de gestão nas três esferas, entre outros.

O Projeto Aids I foi executado no período entre 1994 e 1998. Houve ampliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), ampliação de serviços ambulatoriais e

hospitalares, criação de hospitais-dia e houve maior aproximação com a sociedade civil através das ONG's/Aids, priorizando, portanto, a implantação, bem como a estruturação de serviços assistenciais. A experiência do Programa Aids I foi considerada exitosa, visto que os investimentos do Banco Mundial direcionados à política de controle da Aids brasileira está entre os maiores empréstimos do mundo. Cabe enfatizar que em tal contexto foi aprovada a lei de distribuição gratuita dos antirretrovirais, que se destacou como um avanço dentro de uma conjuntura de redução dos direitos sociais e, conseqüentemente, de atenção à saúde pública. Trata-se da Lei nº 9.313, já citada, que além de tratar da distribuição gratuita de medicamentos no Brasil, ainda “consolida a visão de direito universal que guia o SUS” (MATTOS, *et al*, 2003, p. 91).

É importante destacar que, concomitante ao processo em que a política de enfrentamento da Aids avançava, notava-se a desconstrução das diretrizes e princípios colocados pela Constituição Federal de 1988, bem como pelo SUS na perspectiva de uma atenção universal que estabelecia a saúde como uma política de Estado. É, portanto, nesse contexto, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) que se percebe com maior força a investida neoliberal no país. Tal governo é caracterizado por forte tendência a privatização das organizações públicas, avanço e consolidação do projeto neoliberal, resultando no desmonte dos direitos sociais de cidadania, garantidos constitucionalmente, se iniciando o processo de ajuste estrutural do Estado que efetivou-se através da contrarreforma do Estado brasileiro.

Neste contexto, um novo empréstimo foi realizado junto ao Banco Mundial, o Projeto foi renovado e denominado “Aids II: Desafios e Propostas” (GALVÃO 2000; BRAVO *et al*, 2006), que abrangeu o período de 1998 a 2002. Neste segundo programa, a ênfase era direcionada à prevenção das novas camadas sociais atingidas pela doença. Tinha como objetivo reduzir a incidência de novos casos, melhorar e expandir qualidade do diagnóstico e tratamento das pessoas com DST/HIV/Aids.

Cabe destacar que no período de 2003 a 2006, no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2011), o “Projeto Aids III” teve como objetivos:

[...] o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da

qualidade da atenção às DST/AIDS oferecida pelo Sistema Único de Saúde no País (FONSECA, 2005, *apud* VILLARINHO *et al*, 2013, p. 274).

Vale salientar que, quando Lula foi eleito presidente do Brasil pela primeira vez, chegava ao poder, um representante da classe operária, com um histórico de militância e organização política sindical, portanto, muito se esperava em termos de ganhos sociais, do então governo. Entretanto, o que se observou foi a continuidade do projeto da contrarreforma do Estado, havendo um encolhimento dos espaços públicos de direito em detrimento da ampliação dos espaços privados.

Assim, uma nova etapa da contrarreforma do Estado na saúde ocorreu no governo Lula que, além de dar continuidade à política econômica conservadora, contribuiu para elaboração de amplo projeto de privatização das políticas sociais configurado na forma das “Fundações Estatais de Direito Privado”, que se apresentam como continuidade da reforma sanitária.

No entanto, no tocante à política de enfrentamento do HIV/Aids, em 2005 foram tomadas importantes medidas pelo Ministério da Saúde, dentre elas, a quebra de patente de medicamento Efavirez (Stocrin) do laboratório americano Merk Sharp & Dohme. A iniciativa da quebra da patente pelo governo brasileiro se deu em decorrência do aumento do número de pacientes em tratamento e conseqüentemente dos gastos do governo com os antirretrovirais. Assim, cresceu a mobilização de técnicos do Ministério da Saúde e também do PN-DST/Aids, defendendo a fabricação dos medicamento no Brasil através de laboratórios públicos (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Já no governo Dilma Roussef, iniciado em 2011, observa-se a manutenção da privatização e do modelo econômico anterior, sendo implementada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direito privado que reestruturará os Hospitais Universitários Federais, mesmo que a XIV Conferência Nacional de Saúde tenha questionado e votado contra esta proposta. “A saúde no governo Dilma sinaliza a ênfase nas políticas e programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais” (BRAVO, 2013).

No que se refere à Política de Enfrentamento do HIV/Aids, vale destacar que tal política também tem sentido os rebatimentos da contrarreforma, através do sucateamento dos serviços e da queda da qualidade do atendimento prestado à população atingida pela doença. Podemos destacar também a falta de investimento em pesquisas para se chegar à cura da

doença que gera bilhões à indústria farmacêutica. Destaca-se, ainda, a falta de investimento em ações socioeducativas que diminuam efetivamente os riscos de contaminação e de vulnerabilidade em torno da doença. fonte

Apesar dos avanços históricos no que se refere ao PN-DST/Aids, das conquistas em termos de legislações e acesso gratuito e universal ao tratamento, é importante salientar que no contexto atual os desafios ainda são muitos, considerando o avanço da doença e as tendências da Epidemia no País, conforme discutiremos a seguir.

1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E TENDÊNCIAS DA EPIDEMIA

A Aids ou “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” caracteriza-se como uma doença que destrói as células responsáveis pela defesa do corpo humano. O vírus responsável pela Aids é conhecido como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que atua no sistema de defesa do organismo atacando as células de CD4 do sangue que são responsáveis pela proteção do corpo deixando o organismo suscetível a infecções e vulnerável a doenças. Então, quanto maior for a presença do HIV e menor for o número de células CD4 no sangue maior será a probabilidade de ser acometido por uma doença oportunista e menor será a eficácia do tratamento. A Aids se manifesta através de doenças causadas pela infecção pelo vírus HIV e, portanto, ao decréscimo de células CD4 no sangue, quando estas se manifestam costumam dizer que a pessoa está doente de Aids.

De acordo com BRASIL (2011), cabe destacar as formas de transmissão da doença, quais sejam:

- ✓ Transmissão sexual: ocorre pelo ato sexual vaginal, anal ou oral, no qual haja contato do sangue, sêmen ou secreções vaginais da pessoa infectada pelo HIV com a pessoa sadia. Pode haver infecção também através do contato com objetos sexuais contaminados, caso não sejam devidamente lavados ou cobertos com uma camisinha.
- ✓ Transmissão por sangue contaminado: o HIV pode ser transmitido através do sangue ou produtos derivados do sangue (como plasma e plaquetas) em transfusões sanguíneas. Desde o início da década de 1990, hospitais e bancos de sangue têm feitos exames de rotina

no sangue de doadores para identificação do HIV. Estes exames reduziram substancialmente o risco de alguém ser contaminado pelo HIV durante uma transfusão.

✓ Transmissão através de agulhas ou seringas contaminadas: o HIV pode ser transmitido através de agulhas ou seringas contaminadas. Usuários de drogas injetáveis que compartilham seringas ou agulhas também têm risco da transmissão do vírus da hepatite e outras doenças infecciosas.

✓ Transmissão através de perfuração acidental com agulhas ou objetos cortantes: a transmissão do HIV de um paciente contaminado para um profissional de saúde, seja por uma perfuração acidental por agulha durante procedimento cirúrgico ou mesmo numa punção venosa, é baixa. Especialistas acreditam que o risco de contaminação neste tipo de acidente seja menor que 1%.

✓ Transmissão Vertical: ocorre durante a gravidez, durante o parto ou imediatamente após o parto por intermédio da amamentação. A cada ano, cerca de 600.000 recém-nascidos são infectados pelo HIV, seja durante a gestação, durante o parto ou no período de amamentação.

✓ Transmissão Via ocupacional: Ocorre quando o profissional de saúde sofre ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pessoas de HIV positivo. Existem assim alguns fatores de risco que contribuem para tal tipo de contaminação: profundidade e extensão da ferida; presença de sangue visível em instrumentos que causaram o ferimento dentre outros (BRASIL, 2011).

Os números de novos casos de Aids continuam a crescer em âmbito mundial. Aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com HIV/Aids (PVHA) em todo o mundo, considerando tais dados é possível afirmar que a epidemia de Aids continua a ser um dos grandes desafios para a saúde global (UNAIDS, 2013).

Desde os primeiros casos registrados da doença no Brasil na década de 1980, que a doença experimentou profundas mudanças no que diz respeito ao perfil e localização (marcadamente na sua gênese de forma regional, atingindo especialmente as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro e restrita a determinados segmentos populacionais).

Cabe destacar que as primeiras notícias veiculadas sobre o HIV/Aids, tratava a doença como “peste gay” pelo fato dos primeiros casos terem sido descobertos em homens que se relacionavam com outros homens. Logo depois foi descoberto que a doença atingiu prostitutas, travestis e usuários de drogas ilícitas. Tais pessoas foram denominadas como

“grupo de risco” provocando medo na população de forma geral. Essa ideia em torno deste grupo específico foi se desconstruindo a partir do momento em que o HIV/Aids passou a atingir casais heterossexuais, adolescentes, jovens, idosos e mulheres casadas e com parceiros fixos.

No Brasil a evolução da epidemia divide-se em três fases: 1^a- A infecção que ocorreu entre homens que praticavam sexo com outros homens e possuíam alto grau de escolaridade; 2^a- A transmissão passou a ocorrer também através do uso de drogas injetáveis, destaca-se a diminuição da faixa etária e a grande disseminação entre indivíduos com práticas heterossexuais; 3^a- A fase atual caracteriza-se pelo contínuo aumento no número de infecção entre heterossexuais e em especial nas mulheres, fenômeno conhecido como feminização da epidemia. (PATRIOTA, 2002).

Cabe destacar, conforme ressaltamos anteriormente que, passados mais de 30 anos desde o início do surgimento da Aids no Brasil, a doença assume como principais características: interiorização, pauperização, envelhecimento, juvenilização, heterossexualização e feminização da epidemia. Isso significa que o perfil da Aids foi se modificando ao longo dos anos, através do grande aumento de casos em heterossexuais, por meio de relações sexuais sem proteção, que caracteriza a heterossexualização.

Registra-se uma tendência de interiorização da epidemia do HIV/Aids, em que municípios menores passam a aumentar a incidência de casos da doença. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2013, do ano de 1980 até 2013 foram registrados 95.516 casos na região Nordeste. Tal região vem apresentando um número crescente de notificações. Isso vem reforçar um aspecto considerável em relação à tendência da epidemia da Aids, que é o processo de interiorização da doença. Constata-se que ocorre uma desaceleração nos grandes centros, enquanto que nos municípios menores a epidemia está em fase de expansão.

Cabe enfatizar ainda que, o Boletim Epidemiológico de 2013 mostra que nos últimos 10 anos, o perfil etário dos casos de Aids mudou para indivíduos mais jovens, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. No mesmo período as maiores taxas de detecção de Aids foram observadas entre aqueles com 30 a 49 anos. Entretanto, observa-se uma tendência de queda na faixa entre 30 a 39 anos e uma leve estabilização entre aqueles com 40 a 49 anos. Além disso, observa-se uma tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos e entre os adultos com 50 anos ou mais, demonstrando o envelhecimento da doença.

O Boletim Epidemiológico de 2013 traz dados sobre os grupos populacionais com mais de 18 anos em situação de maior vulnerabilidade, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009 estimaram taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre UD (usuários de drogas), de 10,5% entre HSH (homens que fazem sexo com homens) e de 4,9% entre PS (mulheres profissionais do sexo). Com base nesses dados, podemos dizer que a epidemia do HIV no Brasil está concentrada em populações em situação de maior risco, pois estas apresentam maiores prevalências de infecção pelo HIV quando comparadas à população geral (BRASIL, 2013).

Portanto, percebe-se mudanças do perfil inicial da epidemia. GARCIA *et al* (2010) aponta que a epidemia de HIV/Aids tem alcançado uma grande massa populacional que se encontra em estado de vulnerabilidade.

A compreensão de vulnerabilidade social adquire uma nova roupagem no tocante às estratégias de combate à epidemia delineada pelos governos. Nesse sentido, vulnerabilidade social leva à compreensão de que a epidemia apresenta mais ocorrência nos grupos que estão à margem do usufruto da riqueza produzida no país. São aqueles que não têm acesso à saúde, à educação, à moradia, à alimentação etc. Esse grupo compreende a maioria da população brasileira vítima da histórica desigualdade social do país (SANTOS, 2007, p. 07).

Dentre as novas tendências da doença destacam-se a feminização e juvenilização, ou seja, a elevação do número de notificações entre mulheres e jovens (PASSARELLI, 2002; BRAVO *et al*, 2006). Estas destacam-se como resultado de aspectos sociais, econômicos e culturais. “Desde meados dos anos 1990, o aumento do número de casos na população feminina tem sido um fenômeno mundial, mas em nenhum outro país foi tão rápido quanto no Brasil” (BASTOS *apud* GARCIA *et al*, 2010).

No que se refere à heterossexualidade, é possível identificar a partir dos dados oficiais que, o número de mulheres infectadas tem crescido em relação ao número de homens infectados, apesar de que os homens ainda representam a maioria dos casos de HIV, mas isso vem mudando com o passar dos anos e as mulheres já representam 48% dos casos, apontando para a feminização da doença conforme discutiremos a seguir.

1.2.1 A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL

Conforme destaca BASTOS (2001), diferentemente da epidemia de Aids na África subsaariana – que atingiu duramente, desde os seus momentos iniciais, as mulheres – a epidemia brasileira, nos seus primeiros anos, afetou de maneira desproporcionalmente maior os homens.

No período inicial da doença, pensava-se que o Brasil se depararia exclusivamente com uma epidemia nos moldes então ditos “ocidentais”, ou seja, basicamente restrita aos homossexuais masculinos, hemofílicos (exclusivamente homens) e demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados e, em certa medida, aos usuários de drogas injetáveis (majoritariamente homens).

De acordo com o referido autor, o perfil que foi se construindo a partir do avanço da doença, evidenciou que as desigualdades sociais e de gênero, contribuíram na contínua transformação da epidemia brasileira, no sentido de uma participação proporcional cada vez maior das mulheres entre os novos casos de Aids.

No Brasil, a Aids é a principal causa de morte de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos nas maiores cidades do país. Em 1982, a razão dos sexos era de cerca de seis casos de Aids no sexo masculino para cada um no sexo feminino. Já em 2011 chegou a 1,7 casos em homens para cada um em mulheres (BRASIL, 2011).

Dados do Boletim Epidemiológico de 2015 mostram que foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65,0%) casos de Aids em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. No período de 1980 até 2003, houve um aumento na participação das mulheres nos casos de Aids. No período de 2004 a 2008, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de Aids em homens e mulheres, mantém-se em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução nos casos de Aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo na razão de sexos, que passou a ser de 19 casos de Aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2014.

De acordo com BRITO (2000), o aumento da transmissão por contato heterossexual implica no crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia no Brasil.

Atualmente, esta é a via de transmissão que mais se destaca, como já citado, é “a mais importante característica da dinâmica da epidemia, com expressão relevante em todas as

regiões”. (BRITO, *et al*, 2000, p. 210). Este é o motivo de maior preocupação quanto ao rumo da epidemia, as relações heterossexuais e, particularmente, a contaminação das mulheres em união estável. Outro importante fator, que potencializa a vulnerabilidade das mulheres em contrair a doença, é a dependência em relação aos homens, particularmente no aspecto econômico.

Nessa perspectiva é importante destacar que os fatores econômicos, culturais, o nível de escolaridade e a pauperização são elementos potencializadores da feminização da Aids (NUNES, 2009).

Cabe destacar que tais fatores que impulsionaram a epidemia de HIV/Aids estão também intimamente ligados a organização social das estruturas de gênero constituídas historicamente e que fazem as mulheres extremamente vulneráveis à infecção pelo HIV.

A questão de gênero é determinante no tocante a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids, considerado que historicamente a mulher incorporou um papel de submissão e a ideia de passividade na relação heterossexual.

Quanto menor o poder de negociação da mulher torna-se mais difícil evitar os riscos de contaminação pelo HIV (BARBOSA; VILLELA, 1996). A possibilidade de perder o parceiro pode representar a perda de uma relação que confere a mulher pertencimento num grupo, além de apoio afetivo e o suporte financeiro. As mulheres com filhos são consideradas mais vulneráveis.

Assim é possível afirmar que existem fatores que facilitam o contágio do vírus do HIV, porém, nas condições de fragilidade não existe uma população de risco. Segundo explicitado nas Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST's/Aids entre mulheres:

A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma matriz em que as formas de exposição ao HIV (sexual, uso de drogas, contaminação do sangue, de seus derivados e exposição perinatal) se referem a fatores que se conectam a essas três dimensões: social, programática e individual. (BRASIL, p 23, 2003).

BASTOS (2001) destaca que, além de todos os fatores apontados anteriormente,

As mulheres são especialmente vulneráveis às DSTs por características biológicas: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal. As DSTs são mais frequentemente assintomáticas; e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens. Sendo evidenciado, mais

recentemente, que as mulheres estariam mais suscetíveis a infecção por diversas quase-espécies de HIV-1, dificultando a reação imunológica do organismo à infecção, facilitando resistência ao tratamento e maior patogenicidade, ao contrário dos homens com menor infecção por essas quase-espécies (p. 11).

No que se refere ao aumento da infecção pelo HIV em mulheres, PARKER (2003) destaca que:

Devido ao rápido aumento de infecção pelo HIV entre as mulheres do Brasil, a questão da vulnerabilidade da mulher em face ao HIV/Aids e de como responder esta crescente vulnerabilidade através de programas de prevenção e serviços de saúde, esta tem se tornado uma das mais importantes na política relacionada à Aids no Brasil. (2003, p. 38).

Ainda segundo o autor, devido à complexa série de fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais que são responsáveis pela fragilidade da mulher à infecção pelo HIV no Brasil, os programas voltados para as mulheres precisam ser uma prioridade urgente, como também o desenvolvimento de estratégias inovadoras para a prevenção do HIV/Aids serão essenciais para reduzir rapidamente os altos índices de infecção (PARKER, 2003).

Cabe destacar que, considerando o crescimento dos casos de mulheres contaminadas pela doença, vem ocorrendo também um número significativo de gestantes com HIV, exigindo por parte do Estado um maior investimento em ações e políticas voltadas para esse segmento, principalmente no que se refere à melhoria do atendimento prestado às mulheres vivendo com HIV/Aids no período de gestação e parto, conforme veremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E O ATENDIMENTO PRESTADO ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO

Conforme destaca BARBOSA (2001), o Brasil dispõe, desde o contexto da década de 1980, de um programa governamental de assistência à saúde das mulheres – o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) considerado um dos mais abrangentes e conceitualmente avançados do mundo. Além disso, o país é signatário de inúmeros documentos e declarações internacionais que estabelecem agendas de compromissos na promoção da saúde e dos direitos reprodutivos das brasileiras.

Porém, a despeito de mais de três décadas desde a definição do PAISM, muitos têm sido os desafios enfrentados por grande parte da população feminina, e especificamente pelas mulheres vivendo com HIV/Aids, no que se refere à saúde reprodutiva e ao ciclo de gestação e parto.

2.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E A ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES SOROPOSITIVAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A atenção à saúde da mulher envolve questões como os direitos sexuais, reprodução, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), anticoncepção, aspectos biológicos e por fim a saúde materna.

Conforme destaca LUZ (2011), no Brasil, o século XX tornou-se importante para a saúde da mulher, considerando que as políticas nacionais voltavam-se, ainda que de forma limitada, à gravidez e ao parto nas primeiras décadas. Essa estratégia de proteção restringia-se a grupos específicos, como o materno-infantil, pois os mesmos despertavam uma maior atenção e necessidade de um olhar mais específico.

Cabe destacar, segundo documento oficial do Ministério da Saúde que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. BRASIL (2004).

Desponta como interesse do movimento feminista a temática da qualidade do atendimento prestado à mulher pelos serviços de saúde. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, em 1984 foi criado o Programa Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde, marcando, segundo LUZ (2011), uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo, fruto da organização e reivindicações do movimento de mulheres, tonando-se possível em sua formulação inicial contemplar os principais requerimentos desse movimento.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (BRASIL, 1984, p 32).

O PAISM surge com os conceitos de integralidade da assistência e dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Possui como perspectiva princípios e diretrizes, predominando a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além de integralidade e equidade, a assistência passa a ser integral, objetivando-se atender às necessidades de saúde das mulheres.

A partir da implementação do SUS em 1988, esse programa ganha maior consolidação, sendo influenciado pelas características da política de saúde, principalmente pelo processo de municipalização e pela reorganização da Atenção Básica por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Mas, mesmo diante dessas conquistas, é possível identificar que com o avanço da ofensiva neoliberal e da contrarreforma do Estado, que ocorre a partir do contexto dos anos 1990, e que vem rebatendo na saúde, são vários os desafios enfrentados no âmbito da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, na perspectiva de garantir efetivamente um atendimento humanizado e de qualidade a tal segmento.

Cabe destacar, conforme ressalta LUZ (2011), que no ano 2002, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Seus

objetivos ampliam substancialmente a assistência, assegurando melhorias quanto ao acesso, cobertura e qualidade da assistência prestada às gestantes, estendendo-se ao parto, puerpério e ao recém-nascido. Tal programa traz como critério fundamental para o acompanhamento do pré-natal a solicitação de diversos exames, dentre estes exames, vale salientar o teste Anti-HIV, pois quanto mais precoce for descoberto que a gestante é positiva para o HIV, menor o risco de transmissão vertical. Durante o Pré-Natal, compete ao profissional (médico/enfermeiro) solicitar a sorologia para detecção do HIV, sensibilizar a gestante acerca da importância da realização do exame e fazer o aconselhamento necessário. Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante, maiores são as chances de evitar a transmissão para o bebê. O tratamento é gratuito e está disponível através do SUS.

Particularmente no que se refere à gestante soropositiva, o acompanhamento deve ser feito através de uma equipe multiprofissional, uma vez que estas mulheres devem ter conhecimento das suas condições imunológicas, presença de co-morbidades, incluindo as DST's, a tuberculose, os vírus das Hepatites B e C, condições psicossociais, o uso de antirretrovirais (ARV) e outros medicamentos. A mulher deve ser informada durante o acompanhamento do pré-natal dos riscos de transmissão vertical do HIV e das medidas adotadas para preveni-la, fazendo-se necessário o acompanhamento de toda a equipe para que esta mulher possa ser atendida de forma integral.

Podemos ainda destacar a Política e as Diretrizes de Prevenção das DST/Aids entre as mulheres, publicada pelo Ministério da Saúde em 2003, dirigida a gestores e profissionais da saúde, afim de que reflitam sobre suas práticas para que possam atingir um dos principais objetivos desta Política que é a humanização do atendimento.

Tal política foi criada em função do alarmante crescimento da infecção em mulheres e a considerável falta de acesso à assistência de qualidade. A assistência prestada às mulheres precisa avançar em vários aspectos, tais como o não diagnóstico, a dificuldade na adesão aos antirretrovirais e o acesso ao tratamento. Como consequência do não diagnóstico precoce vem ocorrendo a baixa notificação de casos e identificação tardia de infecções oportunistas pela dificuldade de associar as mulheres ao diagnóstico de Aids, podendo gerar, conseqüentemente, quadros de morbidade e mortalidade. (BRASIL, 2003).

A Política e as Diretrizes de Prevenção das DST/Aids, ressalta ainda a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde; a produção de material que informe de forma clara e objetiva sobre prevenção de DST/Aids; trata da humanização no atendimento; afirma a

garantia de testes Anti-HIV e a disponibilização de medicamentos no pré-natal e parto para todas as gestantes; além de buscar promover ações integradas à sociedade para que se reduza o risco de transmissão do HIV sejam para usuárias de drogas injetáveis ou suas parceiras.

Em maio de 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, constituída a partir dos princípios do SUS. Muitas outras problemáticas foram abrangidas com relação à saúde da mulher, como a mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, DST/HIV/Aids, violência doméstica, abortamento em condições de risco, violência sexual, saúde das mulheres e adolescentes, saúde mental e de gênero, saúde da mulher no climatério/menopausa, doenças crônicas degenerativas além de câncer ginecológico, saúde das mulheres negras, indígenas, lésbicas, residentes na área rural e saúde das que vivem privadas de liberdade.

No entanto, o que se verifica cotidianamente no período de gestação, principalmente de mulheres vivendo com HIV/Aids é, conforme destaca LUZ (2011), a constante discriminação sofrida por estas e a peregrinação na busca de ajuda e apoio para seguir até o fim na árdua caminhada e manter a gestação sendo HIV positivas.

Destaca-se ainda o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST proposto pelo Ministério da Saúde. Este plano visa o enfrentamento das vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais frágeis à infecção pelo vírus do HIV e outras doenças transmitidas através do contato sexual. “Trata-se de um importante marco histórico de fortalecimento da atuação no campo dos direitos das mulheres, da promoção da saúde e da prevenção” (BRASIL, 2007).

O referido plano chama atenção para questões que precisavam ser consideradas no enfrentamento da feminização da doença, como as desigualdades de gênero, a falta de acesso a serviços de saúde que promovam direitos sexuais e reprodutivos, a persistência de padrões culturais e religiosos que interferem nas medidas preventivas, como o uso do preservativo, por exemplo, as violências sexual e doméstica e o uso de drogas injetáveis compartilhadas.

Sendo assim, ele busca assegurar o acesso a métodos preventivos que estejam disponíveis no sistema de saúde e em caso de exposição, possuam a garantia de qualidade no atendimento e assistência adequada. Assim, possui como objetivo geral “enfrentar a feminização da epidemia do HIV/Aids e outras DST’s por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral” (BRASIL, 2007).

Cabe destacar que a transmissão vertical ocorre de mãe para filho, seja durante a gravidez, no momento do parto ou durante a amamentação. O que pode ocasionar esta transmissão é a falta de informação, o não acompanhamento no pré-natal ou a falta do tratamento adequado caso a mulher já conheça sua sorologia. O risco da transmissão é de 25% a 30%. O primeiro caso de transmissão vertical que ocorre no Brasil foi notificado na cidade São Paulo no ano de 1985.

O Boletim Epidemiológico HIV/Aids do ano de 2015 revela que entre o ano 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, a maioria destas residentes na região Sudeste (40,5%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (15,8%), Norte (7,1%) e Centro-Oeste (5,7%). Em 2014, foram identificadas 7.668 gestantes no Brasil, sendo 35,1% na região Sudeste, 28,1% no Sul, 20,0% no Nordeste, 11,2% no Norte e 5,5% no Centro-Oeste. (BRASIL, 2015).

A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; em 2005, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, a qual passou para 2,6 em 2014, indicando um aumento de 30,0%. A tendência de crescimento também é observada entre as regiões do país, exceto na região Sudeste, que ficou estável, com taxa de 2,3 casos para cada mil nascidos vivos em 2005 e em 2014. O aumento foi maior na região Norte (211,1%), que apresentava uma taxa de 0,9 em 2005, passando para 2,8 em 2014. Em 2014, a região Sul apresentou a maior taxa de detecção entre as regiões, sendo aproximadamente 2,1 vezes maior que a taxa do Brasil. (BRASIL, 2015, p. 11).

Já no ano de 2011 foi criada a Rede Cegonha que busca assegurar à mulher “uma rede de cuidados (planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério) e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2014, p.12). Dentre as ações da Rede Cegonha com relação ao pré-natal destaca-se a prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids, além das hepatites virais.

Portanto, é possível observar que, do ponto de vista da Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil, tem sido criado nos últimos anos uma série de dispositivos legais, para se avançar nos cuidados com tal segmento. No entanto, ao mesmo tempo em que se preconiza a integralidade das ações, os relatos das histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde ainda expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção

implica na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos e sociais (TAVARES *et. al.* 2009).

As práticas em saúde, então, deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido de acordo com a referida autora, como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, principalmente em segmentos vulnerabilizados como as mulheres gestantes vivendo com HIV/Aids.

2.2 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE JUNTO ÀS MULHERES GESTANTES VIVENDO COM HIV/AIDS

Conforme destaca PAIVA (2012), o surgimento e a disseminação da Aids apresenta dentre seus desafios, a construção de novas práticas e formas de assistência nos diferentes níveis de atendimento. Tal doença, carregada de simbologia, tensão, valores e ansiedade, gerou desde o início da epidemia, discriminação e preconceito generalizado na assistência, e desorientação dos profissionais de saúde na perspectiva psicossocial, o que acarretou problemas na informação e prevenção, gerados pela incerteza, temores e medos do contágio pelos profissionais, evidenciando a necessidade de uma reestruturação e uma reformulação no processo de atendimento.

CARVALHO (2009) destaca que o surgimento do HIV/Aids, reforça o debate sobre a compreensão dos processos de adoecimento, os sentidos polissêmicos sobre a saúde e a doença, bem como os papéis desempenhados pelos diferentes profissionais de saúde. O avanço da referida doença passa a exigir o aprofundamento das discussões sobre o paradigma clínico da assistência em saúde, uma vez que o modelo vigente organizava a prática médica no modelo científico flexneriano, baseado no relatório Flexner publicado em 1910 (MENDES, 1996), centrado na lógica técnico-assistencial da doença. Esse modelo era constituído pelo mecanicismo do corpo; biologicismo das causas das doenças; individualismo da prática, excluindo os aspectos sociais; ênfase na medicina curativista e no hospitalocentrismo. Esse é um modelo que ainda impera no âmbito das práticas na saúde, desvalorizando a relação médico-paciente, o que vai contra as propostas pensadas pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, que dentre suas várias proposições, traz a necessidade de mudanças paradigmáticas na saúde, na perspectiva de uma percepção mais abrangente do processo saúde doença, buscando apreender a totalidade social dos sujeitos.

Apesar da luta por mudanças em relação ao modelo flexneriano, ele ainda predomina no cotidiano da produção dos serviços e das práticas em saúde, se refletindo na dimensão técnica das ações em detrimento das práticas que valorizem o cuidado humanizado em saúde e na falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com doenças como a Aids, o que se reflete na dificuldade do cuidado e no trato com o sofrimento do outro, da estigmatização que está ligada à doença e a exclusão social da pessoa atendida.

LUZ (2011) chama atenção para o descaso, o distanciamento, a desumanização e principalmente a falta de “cuidado” que os profissionais de saúde prestam a este grupo. Segundo a referida autora, tal desatenção faz com que reflitamos sobre os fatores que contribuem para o tratamento preconceituoso dado a esta categoria social, “o modo discriminatório como lidam com outro ser humano, como se estivessem imunizados pelos jalecos que os envolvem” (p.11.).

Nesse sentido, se faz necessário a construção de um novo perfil profissional, na perspectiva de possibilitar a tal segmento uma assistência segura, de qualidade e humanizada. Afinal, a qualidade da assistência à saúde prestada às pessoas vivendo com HIV/Aids pode contribuir para o enfrentamento de tal situação. Mas pode também, ao contrário, agravar situações de vida já difíceis e sofridas.

De acordo com FIGUEIREDO (2003, p.31):

A atuação em saúde, de modo geral, carrega consigo contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, que baniu e vem gradativamente eliminando o componente humano do trabalho, desvitalizando a relação profissional-paciente. O avanço tecnológico não deixa alternativas para o profissional de saúde; a objetivação do tratamento é o reflexo da dicotomia entre o conhecimento técnico e a competência social, comum na formação, e que coloca o profissional frente às questões características de sua especialidade. A racionalidade desvitaliza o tratamento, transformando o homem doente numa questão técnica a ser resolvida. A formação profissional direcionada por essa lógica objetiva priorizar a competência técnica em detrimento da sensibilidade social, e, nesse universo reificado a racionalidade clínica prevalece.

Portanto, o surgimento e a disseminação da Aids colocam a necessidade do aprofundamento do debate sobre a formação e as práticas em saúde, na perspectiva da adoção de novas posturas pelos profissionais de saúde, uma vez que a construção social da Aids está diretamente associada à discriminação e ao preconceito, tornando o indivíduo estigmatizado

perante a sociedade. É em meio a esses desafios que ocorre a necessidade de se superar a prática biologicista historicamente adotada no âmbito dos serviços de saúde.

O cuidado com a saúde requer novas práticas e formas de assistência nos diferentes níveis de atendimento. De acordo com CAMPOS (1999 *apud* CARVALHO, 2009), se faz necessário a reorganização dos serviços de saúde, para se ter uma atuação dos profissionais de saúde voltada para a escuta e fala, bem como o diálogo, é preciso buscar se construir no processo saúde-doença, um vínculo onde os indivíduos sintam-se acolhidos e respeitados no âmbito do atendimento prestado a estes.

GUEDES (2010) ressalta que a relação dialógica que se pode estabelecer entre profissional e usuário no processo de cuidado colabora para a promoção da saúde. O exercício da fala e da escuta, a percepção das subjetividades trazidas pelo usuário – que, para além da doença, traz consigo uma história de vida que lhe é peculiar e que também faz parte de seu processo de saúde-doença – aliados às possibilidades de tratamento colocadas abertamente à disposição do usuário, traduzem uma conduta dos serviços que ganha dimensão de cuidado em saúde. No cuidado em HIV, por exemplo, esta valorização se faz necessária, pois, com a mudança no perfil da epidemia ao longo dos anos, apenas adotar uma conduta biológica e punitiva não contribuiria para a diminuição de seus índices.

Na perspectiva de conhecer a qualidade dos serviços prestados pelo SUS às pessoas vivendo com HIV, o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (D-DST/AIDS/HP) implementou no país no ano de 2007 um Sistema de Avaliação QualiAids.

Dentre as várias dificuldades identificadas nos serviços públicos que atendem a tal demanda, destacam-se: a dificuldade de encaminhar os usuários para outras especialidades, o que sugere falhas no sistema de referência e contra referência, a necessidade de qualificação profissional para lidar com tal segmento, a aquisição de material permanente e de consumo, enfim, é possível perceber que são vários os desafios para que efetivamente se garanta às pessoas vivendo com HIV/Aids, e particularmente às mulheres no período de gestação e parto a garantia de uma assistência humanizada.

Ações de formação e informação relacionadas à defesa de direitos das pessoas vivendo com HIV e o combate à discriminação devem ser implementadas para que não ocorram situações de violência e violação dos direitos. “O medo de contrair Aids e a ignorância acerca das suas formas de transmissão e a desinformação quanto às obrigações

jurídicas referentes à cada profissão acabam por gerar situações de desrespeito e negação de direitos” (BRASIL, 2008, p. 23).

Conforme ressalta MIRANDA (2008), a discriminação e o preconceito que acompanharam o HIV desde a descoberta do primeiro caso, “eram e ainda são os grandes responsáveis pela negação de um direito básico e fundamental às pessoas vivendo com HIV/AIDS: o direito de ter direitos” (p.17).

O HIV/Aids é uma doença que ainda transmite medo para as pessoas, afetando o estado emocional destas. Especificamente no que se refere às mulheres que vivenciam a doença no ciclo gravídico, cabe ressaltar que além de vivenciarem as modificações comuns à gestação, somam-se ainda a fragilidade emocional, os déficits imunológicos em função da condição sorológica, além do enfrentamento de uma doença carregada de estigmas e preconceitos, que leva a diversos processos de exclusão social. Nesta perspectiva, é de extrema importância um atendimento humanizado, que possibilite superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as particularidades dos sujeitos.

Cabe enfatizar, no que se refere à assistência prestada às mulheres com HIV/Aids, no período de gestação e parto, a necessidade de medidas acolhedoras, o adequado acompanhamento durante o período gestacional que se estende desde a concepção até o parto. Para tanto, além das condições adequadas de atendimento, é necessário que haja a garantia de seus direitos reprodutivos como uma referência essencial para a garantia dos seus direitos enquanto cidadãos.

No entanto, o que é possível observar no que se refere ao atendimento prestado pelos profissionais da área da saúde, especificamente às pessoas vivendo com HIV/Aids, é em sua maioria um atendimento com grande carga de estigma e discriminação, com reiteradas violações aos seus direitos de cidadania, causando, de acordo com MIRANDA (2008), a “morte antes da morte”, ou “morte em vida” também conhecida como “morte civil”, conforme ficou evidenciado a partir dos resultados da pesquisa que apresentamos a seguir.

CAPÍTULO III – A PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa ora apresentada buscou analisar a percepção das mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE), localizado no Município de Campina Grande -PB, acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o período de gestação e no momento do parto.

Conforme ressaltamos inicialmente, o nosso interesse pela temática se deu a partir de nossa inserção no campo de estágio no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) no município de Campina Grande-PB, o que nos fez perceber no âmbito da feminização da Aids, os desafios enfrentados pelas mulheres que contraíram a doença durante o ciclo gravídico.

Dessa forma, surgiram questionamentos que nortearam nossa proposta de investigação: Qual a percepção das mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE), acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o período de gestação e no momento do parto? Quais as dificuldades encontradas pelas mulheres gestantes vivendo com HIV/Aids durante o período de gestação e do parto ao procurar os serviços de saúde? Quais situações preconceituosas foram vivenciadas pelas usuárias no momento da gestação e do parto?

Portanto, buscamos neste capítulo, apreender tais problemáticas que envolvem aspectos objetivos e subjetivos, que perpassam a vida dos sujeitos sociais que participaram do processo investigativo, qual seja, as mulheres vivendo com HIV/Aids.

3.1 O LÓCUS DA PESQUISA: CARACTERIZANDO O CAMPO DE ESTÁGIO

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) foi fundado em Campina Grande no dia 19 de agosto de 2003, e possui como função principal dar suporte ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids, fornecendo assistência durante o período de melhora clínica destas, orientando-as e direcionando-as segundo as necessidades a outros serviços e incentivando-as à adesão ao tratamento.

Quando nos inserimos em campo de estágio, tal serviço situava-se no bairro do Centenário, na Avenida Marechal Floriano Peixoto, nº 1204. Atualmente está localizado à Rua Siqueira Campos, nº 658, bairro da Prata, onde possui maior estrutura física para atender

as demandas dos usuários. A área física deste espaço ambulatorial é composta por 02 consultórios, 03 banheiros, recepção, farmácia, copa, equipamentos para o exame físico entre outros materiais necessários para a assistência médica.

O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral aos usuários por meio de uma equipe multidisciplinar, composta por 05 médicos infectologistas; 01 enfermeira; 02 psicólogos; 03 assistentes sociais; 01 dispensadora de medicamentos; 01 farmacêutica; 03 auxiliares de enfermagem; 02 recepcionistas; 01 coordenadora geral; 01 motoboy; 01 motorista; 01 copeira; 01 serviços gerais; 02 digitadores. Esses profissionais podem ser contratados pelo município e/ou serem parte do quadro funcional, porém, invariavelmente serão capacitados, sendo necessário verificar o perfil do profissional, ou seja, se ele se identifica com a realidade conforme se apresenta ou se há algum conflito que o impeça de atuar nesta equipe.

Entre os atendimentos realizados destacam-se as áreas de infectologia, pediatria, apoio psicológico e social, além da dispensação de medicamentos, orientações farmacêuticas, distribuição de preservativos, atividades educativas para adesão ao tratamento, orientações sobre prevenção e controle de DST's/Aids e Hepatites Virais.

Vale destacar, algumas atribuições específicas do referido serviço, das quais destacamos:

- Realização de atividades educativas para prevenção de doenças e promoção de saúde;
- Abertura de prontuários com notificações através do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Conscientização dos profissionais envolvidos para a recepção e acolhimento dos pacientes de forma humanizada, ética e sigilosa;
- Acompanhamento de pré-natal com encaminhamentos de gestantes soropositivas do SAE ao Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) e demais serviços de atendimento às gestantes;
- Aconselhamento para adesão à terapia instituída, evitando a desistência do tratamento e encaminhando, quando necessário, ao serviço de psicologia;
- Operacionalização de um projeto político de assistência voltado para o bem estar, a humanização e a qualidade de vida dos usuários, visando garantir a resolutividade, equidade e integralidade dos serviços, facilitando assim, o acesso do usuário do SAE a outros

serviços de referência em busca de tratamento em outras áreas médicas como oftalmologia, dermatologia, proctologia, ginecologia, cardiologia, urologia, neurologia, entre outros;

- Participação em Congressos e Eventos alusivos à temática das DST's e Aids para aperfeiçoamento acerca dos serviços.

O SAE também oferece um posto de coleta de amostras para exames CD4, CD8, Carga Viral dos pacientes atendidos, que são enviados para o Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba (LACEN), laboratório de referência.

O SAE está subordinado à Secretaria Municipal de Saúde e possibilita assistência de qualidade às pessoas vivendo com HIV/Aids e seus familiares, esclarecendo quanto às formas de contágio do vírus, acompanhamento das DST's e Hepatites Virais, além de acolher os pacientes soropositivos residentes em Campina Grande- PB e cidades circunvizinhas.

3.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA E APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS

A pesquisa ora apresentada, parte de uma perspectiva crítico-dialética da realidade social investigada, caracterizando-se como um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quanti/qualitativa. Cabe destacar que tal abordagem possibilitou mais do que a mera descrição do objeto, permitiu sobretudo conhecer experiências e trajetórias dos sujeitos envolvidos na realidade a ser investigada. Nesse contexto, convém ressaltar o que afirma MARTINELLI (1999, p. 24) : "o importante neste contexto, não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa".

Como fonte de coleta de dados utilizou-se o campo, espaço natural onde acontecem os fatos, além da pesquisa bibliográfica que, segundo SANTOS (2004), “constitui-se numa preciosa fonte de informações, com dados já organizados e analisados como informações e ideias prontas” (p.27).

A pesquisa foi realizada no Serviço de Assistência Especializada na cidade de Campina Grande/PB. Atualmente a instituição possui aproximadamente 700 (setecentos) usuários cadastrados. Participaram do processo investigativo onze (11) mulheres vivendo com HIV/Aids e que vêm sendo acompanhadas por tal serviço, tendo sido selecionadas

através de amostra do tipo aleatório simples, que de acordo com GIL (1999) “é o tipo de procedimento básico da amostragem científica”.

No que se refere aos instrumentos de coleta de dados, optamos pelo uso de entrevista semiestruturada, com uso de gravador (quando autorizado pelas entrevistadas), com assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O roteiro de entrevista semiestruturada foi dividido em duas partes: a primeira contendo dados socioeconômicos que possibilitaram a construção do perfil dos sujeitos pesquisados e a segunda contendo, principalmente, questões abertas referentes aos objetivos do estudo.

Utilizamos, ainda, da observação participante, que nos permitiu uma maior compreensão dos hábitos, atitudes, interesses, bem como das características da vida dos sujeitos (RICHARDSON, 2008). Isso nos possibilitou maior apreensão do objeto de estudo, na medida em que participamos do processo investigativo, na condição de sujeito co-partícipe da pesquisa.

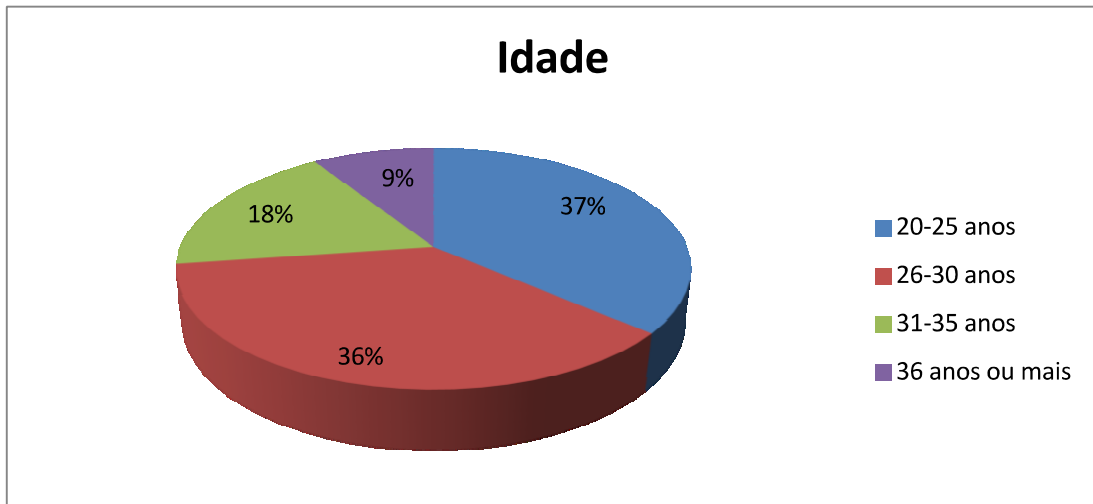
A análise de dados se deu utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, o que nos permitiu buscar apreender a fala dos sujeitos além das significações explícitas e implícitas.

Cabe destacar que a pesquisa foi realizada após ser submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, considerando que tratou de uma pesquisa envolvendo seres humanos, fazendo-se necessário a apreciação e avaliação do mesmo, conforme preconiza as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 510/2016.

3.2.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Com base nos dados coletados, os resultados da pesquisa são apresentados em duas partes. Inicialmente destacamos o perfil socioeconômico das usuárias entrevistadas e posteriormente apresentamos a vivência destas nos momentos antes, durante e pós-parto (puerpério). A pesquisa de campo foi desenvolvida com a participação de onze (11) usuárias do SAE de Campina Grande/PB.

Na construção do perfil socioeconômico das usuárias entrevistadas priorizamos os seguintes elementos: idade, escolaridade, estado civil, situação ocupacional, moradia, quantidade de filhos e origem da renda, os resultados encontram-se distribuídos nos gráficos a seguir.

Gráfico1: Faixa etária das usuárias entrevistadas.

Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2015.

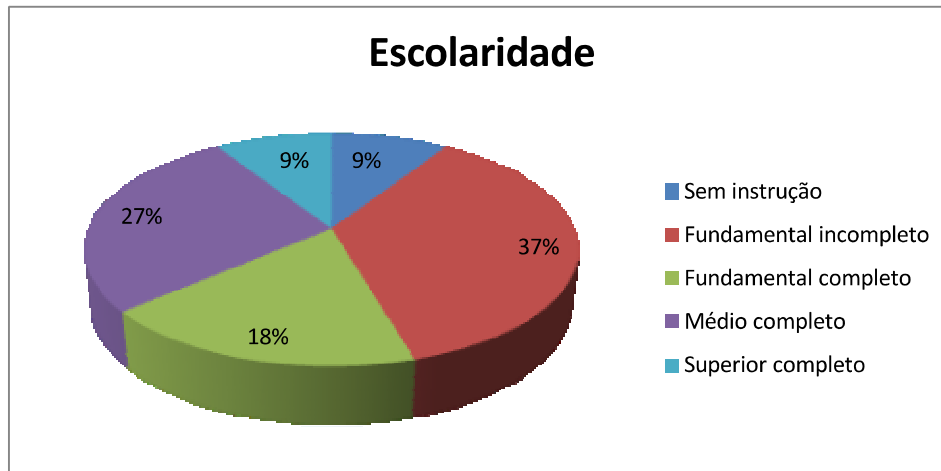
De acordo com o gráfico apresentado, verificamos que a faixa etária das usuárias entrevistadas está entre 20 a 36 anos. Destas 37% encontram-se na faixa-etária dos 20 aos 25 anos; 36% possuem de 26 a 30 anos; 18% possuem de 31 a 35 anos e 9% têm 36 anos ou mais.

Dados do Boletim Epidemiológico de 2015 revelam que desde os anos 2000 a faixa etária entre 25 a 29 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV notificadas no Sinan. Porém, nos últimos dez anos observa-se um aumento na proporção de gestantes acima de 40 anos. (BRASIL, 2015).

A feminização da Aids tem trazido como consequência o crescimento de gestantes infectadas pela doença. Conforme destaca LUZ (2011), estudos mostram que muitas mulheres tomam conhecimento da própria soropositividade ao realizar o Pré-Natal ou ainda durante o parto e no pós-parto.

De acordo com a referida autora, quando a gestante descobre que está infectada pelo HIV experimenta uma situação dolorosa, pois, além de lidar com o próprio diagnóstico, ainda cogita possibilidade de transmissão do vírus da Aids ao filho que está sendo gerado.

Gráfico 2: Distribuição das usuárias entrevistadas pelo grau de escolaridade.



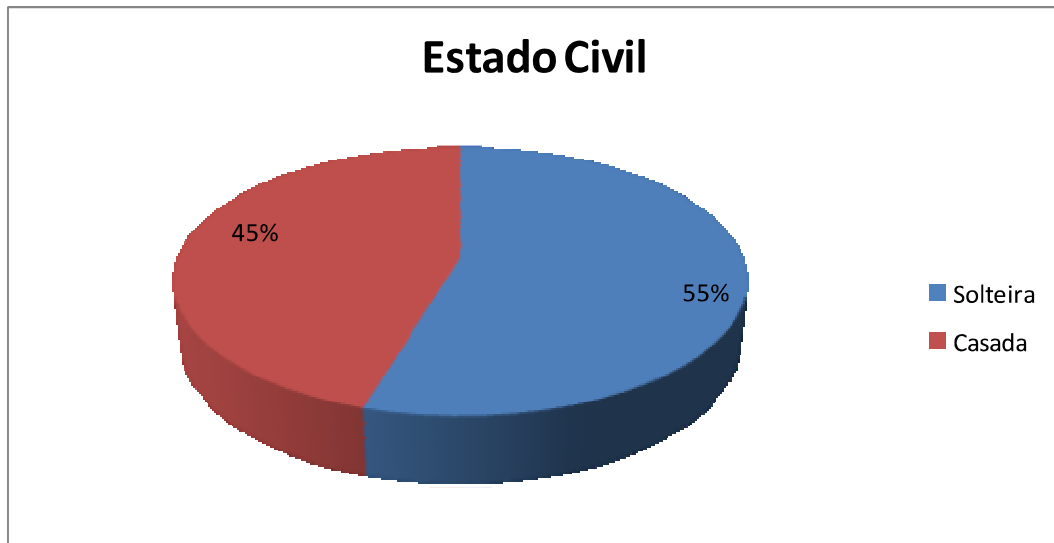
Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2015.

Analisando o gráfico 02 que se refere ao grau de escolaridade das entrevistadas, constatamos que 9% não tem instrução, 37% tem nível fundamental incompleto, 18% tem nível fundamental completo, 27% têm ensino médio completo, e 9% tem nível superior completo. Conforme é possível identificar, a maioria das pesquisadas possuem apenas o nível fundamental incompleto. Dos casos de mulheres notificados em 2014, 31,6% possuem apenas da 5ª a 8ª série incompleta.

A epidemia surge inicialmente nas camadas mais altas da sociedade, com níveis de escolaridade elevados, no atual perfil da doença, é possível perceber que o HIV/Aids apresenta maior incidência em pessoas de baixa escolaridade.

FONSECA *et al* (2000) destaca que nos casos femininos, por exemplo, onde a transmissão heterossexual é predominante, as maiores taxas de incidência de Aids são em mulheres pertencentes à categoria de baixa instrução, corroborando para reforçar os resultados de nosso estudo. Portanto, é possível afirmar que ainda há pouco acesso às informações acerca da doença e das formas de prevenção.

Neste sentido faz-se necessário a criação de mecanismos voltados para a educação preventiva que possibilitem a diminuição dos índices de contaminação pelo vírus HIV.

Gráfico 3: Estado civil das usuárias entrevistadas.

Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2015.

Quanto ao Estado Civil das entrevistadas, podemos constatar que 55% afirmaram ser solteiras e 45% casadas, o que representa um dado bastante significativo.

A relação heterossexual tem sido a que tem apresentado o maior número de casos notificados na atualidade. Por este motivo, não se pode afirmar que as pessoas casadas ou em relacionamentos estáveis, não estão vulneráveis ao HIV/Aids ou a qualquer outra DST. No que se refere ao segmento feminino, cabe destacar, conforme ressalta GERMANO (2002), que as mulheres que são dependentes economicamente, têm pouca influência nas decisões concernentes a ela mesma e a seus familiares, inclusive nas relações sexuais apresentam limitado poder de barganha para negociar o uso de preservativo. Esses fatores culturais têm influenciado na feminização da doença.

Gráfico 4 : Situação ocupacional das usuárias entrevistadas.



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2015.

No que se refere à situação ocupacional, 100% das usuárias entrevistadas não estão trabalhando, apesar de sua maioria estar em idade economicamente ativa, conforme é possível se evidenciar no gráfico 01, anteriormente apresentado.

Atualmente, o perfil das mulheres é muito diferente daquele do começo do século. Além de trabalhar e ocupar cargos de responsabilidade assim como os homens, algumas destas aglutinam as tarefas tradicionais: ser mãe, esposa e dona de casa. No entanto, sabe-se que em se tratando de pessoas vivendo com HIV/Aids e com baixo nível de escolaridade, conforme se evidencia no perfil das mulheres que participaram da pesquisa, torna-se difícil a inserção no mercado de trabalho.

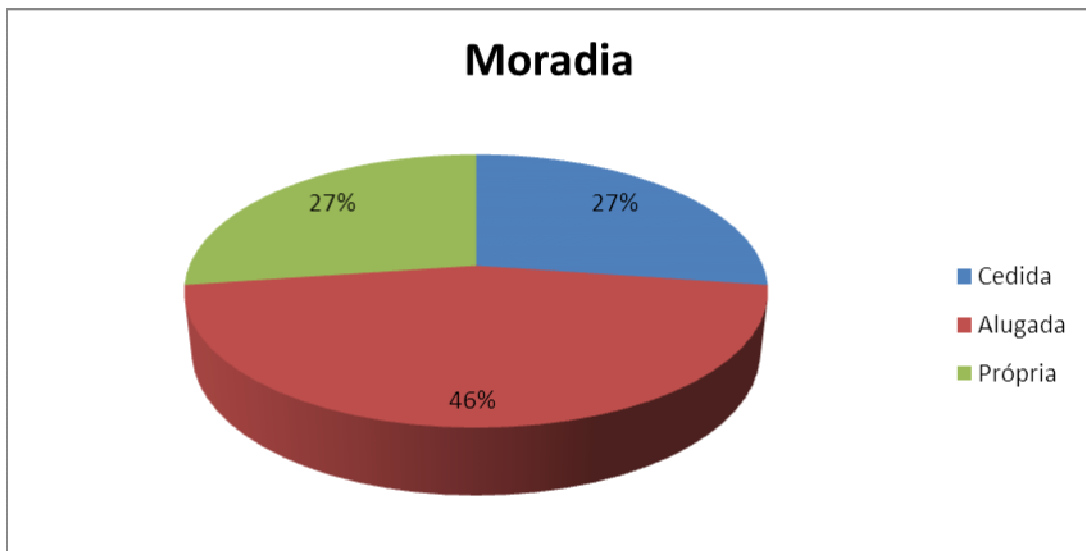
Destacamos que negar trabalho ou demitir sem justa causa alguém em virtude de sua sorologia, constitui uma forma de preconceito e discriminação. É sabido que muitos preferem não revelar sua condição de soropositivo por medo de perder o emprego, de sofrer discriminação por colegas de trabalho, ser transferido de cargo ou função, dentre outras formas de estigmatização.

Dentre os direitos trabalhistas conquistados no Brasil pelas pessoas que vivem com Aids cabe destacar a lei nº 7.670, de 8 de setembro de 1988, que estende às pessoas

portadoras do vírus HIV ou doentes de Aids diversos benefícios, dentre eles, direito à licença para tratamento de saúde e aposentadoria para os servidores públicos federais, levantamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), direito à reintegração do trabalhador demitido por discriminação e condenação da empresa ao pagamento de indenização por danos morais e materiais à pessoa (MIRANDA, 2008).

No entanto, por conta do preconceito e da discriminação, muitas das pessoas que contraíram a doença se deparam com uma realidade de desemprego e exclusão do mercado de trabalho formal.

Gráfico 5: Tipo de moradia das usuárias entrevistadas



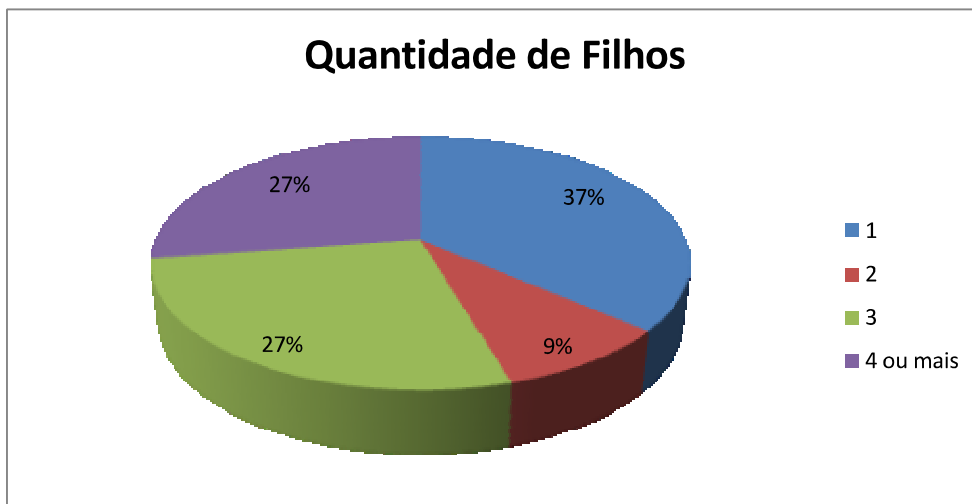
Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2015.

Quanto ao tipo de moradia entre as usuárias entrevistadas, constatamos que 27% possuem casa própria, 27% possuem casa cedida e o maior índice está entre aquelas que possuem casa alugada, representando 46% das usuárias entrevistadas, ou seja, a grande maioria.

Foi criado no ano de 2002, no governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, o Ministério das Cidades, que traz entre suas principais iniciativas a criação do Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV), que visava diminuir o déficit habitacional em nosso país. No entanto, apesar de alguns avanços na área da moradia, como um maior acesso da população de

baixa renda à casa própria, ainda existe a necessidade de um maior investimento do governo na área habitacional.

Gráfico 6: Quantidade de filhos das usuárias entrevistadas.



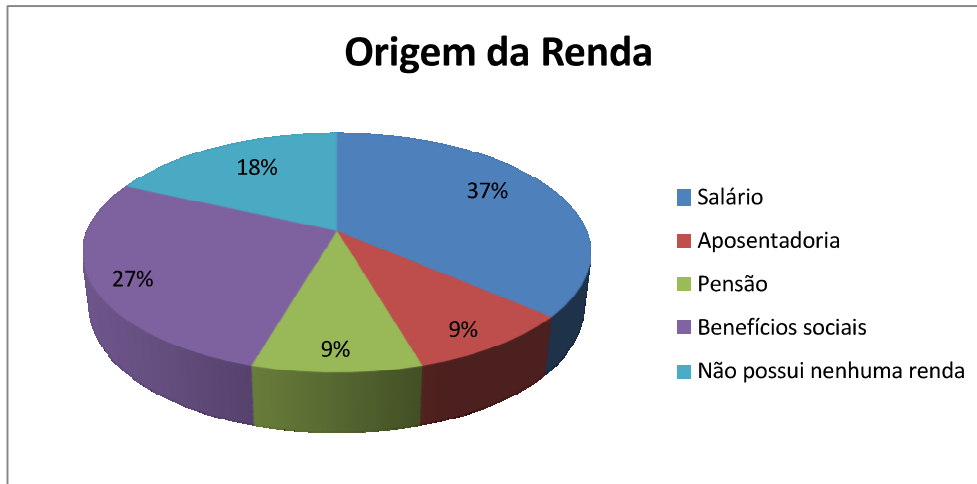
Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2015.

No que se refere a quantidade de filhos das usuárias entrevistadas o gráfico 06 mostra que 37% das pesquisadas, ou seja a maioria, possui apenas 1 filho, 9% 2 filhos, 27% tem 3 filhos e 27% tem 4 ou mais filhos.

Apesar das medidas que diminuem os riscos de contaminação do HIV para o feto durante a gestação, pesquisas têm mostrado que muitas mulheres passam a ter conhecimento da sua sorologia, quando fazem o pré-natal ou após o nascimento da criança, conforme identificamos em nosso estudo.

Diante dos riscos que uma criança corre de contrair o vírus HIV, através da transmissão vertical muitas mulheres evitam engravidar sendo soropositiva, há ainda a possibilidade dessas crianças crescerem sendo órfãs, embora haja o tratamento com os antirretrovirais que contribuem para uma expectativa de vida maior.

Gráfico 7: Origem da renda das usuárias entrevistadas



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2015.

De acordo com o gráfico 07 que trata da origem da renda das usuárias entrevistadas, é possível identificar que 37% das pesquisadas recebem salário, 27% tem a sua renda proveniente de benefícios sociais, 9% são aposentadas, 9% recebem pensão e 18% afirmaram que não possuem nenhuma renda.

Portanto, é possível identificar que a maioria das entrevistadas afirmou possuir renda originária de salário, geralmente do seu companheiro ou de alguém da família com quem residem, já que 100% informaram que não trabalhavam, conforme é possível identificar no gráfico 04.

Vale enfatizar ainda que 27% das mulheres entrevistadas mencionaram ter renda proveniente de benefícios sociais. Cabe destacar que com o aumento da infecção pelo HIV e consequentemente da Aids nas camadas de baixa renda, o Benefício de Prestação Continuada - BPC tem sido uma alternativa de sobrevivência, visto que a depender do nível de carga viral, muitas das pessoas que contraíram a doença, não tem condições de trabalhar. O BPC se destina a idosos acima de 65 anos e a portadores de deficiência - categoria a qual se insere os portadores de HIV/Aids (deficiência imunológica) – que comprovem incapacidade para o trabalho. Mesmo sendo de fundamental importância, a concessão do BPC para as pessoas vivendo com a doença, considerando que dentre as características atuais da doença está a

pauperização, os critérios de inclusão são bastante seletivos, considerando a renda *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, este benefício é assegurado apenas para aqueles portadores da doença que apresentam alta carga viral, ou seja, em fase terminal da doença.

3.2.2 ANÁLISE DAS FALAS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) fragiliza o sistema imunológico, deixando o indivíduo vulnerável a adquirir doenças oportunistas que podem levá-lo a óbito se não houver tratamento adequado.

Conforme destacamos no decorrer deste estudo, a doença logo quando surge esteve associada a homossexuais, prostitutas e usuários de drogas. Essa percepção contribuiu para o estigma, discriminação e exclusão social de tais segmentos.

Após mais de 30 anos do surgimento da Aids no Brasil, o estigma e a discriminação em torno dela ainda persistem até os dias de hoje. Fato este que rebate de forma negativa na vida das pessoas que convivem com HIV/Aids. Isso se tornou evidente durante nossa inserção no campo de estágio no SAE, no período de 2014/2015. Neste citado período tivemos a oportunidade de conhecer a realidade de muitos usuários/as, suas histórias, anseios, experiências, dificuldades e limites, e foi a partir dessa aproximação que pudemos perceber a constante negação de direitos que estes sofrem todos os dias nos mais variados espaços, a discriminação e o estigma que vivenciam cotidianamente.

Na perspectiva de apreender o significado da doença para as mulheres que participaram da pesquisa, indagamos inicialmente **qual o seu entendimento sobre a Aids**. Destacamos os depoimentos a seguir:

Bom, até eu descobrir que tinha o problema, pra mim era uma doença que podia acontecer com qualquer pessoa, uma doença sexualmente transmissível, e, que se a gente não se prevenisse, corria o risco[...], é pela maneira que eu fui criada era uma coisa que você descobriu que tem ela, acabou-se sua vida! Minha criação foi assim né, minha mãe, tudo, tal, até porque o pai do meu irmão, o primeiro esposo dela [...], da minha mãe, ele faleceu dessa doença, mas na época não tinha o tratamento que tem hoje em dia, e era uma pessoa muito bruta, muito ignorante, nunca buscou o tratamento. Aí por conta disso tudo, minha mãe criou a gente com esse pensamento, que o pai do primeiro filho dela morreu de uma doença mundana que assim, que a gente tinha que tomar cuidado, quem tem isso está condenado, esses negócio tudinho, só que a partir do momento que eu descobri que eu tinha esse problema, porque é um problema entre aspas, porque se a gente cuidar não tem problema nenhum, eu

passsei a entender que não é, não afeta no trabalho, não afeta na vida afetiva principalmente se você tiver uma pessoa do seu lado que realmente seja seu companheiro, que graças a Deus foi o meu caso, descobri que com o tratamento eu posso viver normalmente, cuidar do meu filho, trabalhar, estudar, ter minha vida normal, pra mim sumiu literalmente aquele bicho de sete cabeças, no momento não vou mentir a você, de primeira, quando eu descobri, a maneira até porque me foi contada, foi uma maneira que me chocou, eu estava muito debilitada, estava no quarto mês de gestação e a pessoa não soube me dizer, não soube chegar pra mim e dizer, olhe é assim, assim e assim... não, chegou e fez, olha deu um probleminha no seu sangue e a gente constatou que você é portadora do HIV e se você quiser a gente tem como fazer o Westenblot [...], isso não é maneira de você chegar pra um ser humano e contar uma coisa dessa pra um ser humano, uma doença dessa que você vai levar pro resto da vida isso não é uma maneira humana né?, vamos dizer assim, de chegar pra uma pessoa e dizer! Mas é uma coisa que já passou graças a Deus, eu tive todo apoio aqui, quando fui encaminhada pra cá [...] das meninas tudinho [...] (Entrevistada nº 2 – grifos nossos).

Descobrir ter sido contaminado com o vírus HIV e estar com Aids, uma doença ainda incurável, carregada de estigma e preconceito traz a sensação de culpa, medo, desânimo tristeza, entre outras, o que pode provocar a incapacidade de lutar contra a doença e pela vida, uma sensação que pode durar por muito tempo e dificultar a aceitação da doença e conseqüentemente o tratamento, que é de extrema importância para garantir uma sobrevivência com qualidade, conforme destaca a entrevistada nº 02. Nesse momento, considerando o impacto de descobrir a tal doença, o apoio e as devidas orientações que devem ser prestadas pelos profissionais de saúde, são primordiais, principalmente em se tratando da mulher no período de gestação. No entanto, o que se observa a partir da referida entrevistada, é a falta de preparo do profissional para dar o diagnóstico.

Conforme destaca RIBEIRO (2006), em meio ao sofrimento provocado pelo seu surgimento, a AIDS trouxe à tona a necessidade de se rever a formação e a atuação em saúde. No que se refere particularmente à devolução do diagnóstico positivo do HIV, evidenciamos outro trecho do depoimento da entrevistada:

[...] porque assim você sabe que no SUS a gente é encaminhado para várias clínicas, no caso eu, nesses exames que eu estava fazendo de pré natal eu fui, [...] pra F. Diniz aqui na prata, da prata aí fui pra outra F. Diniz. Aí da F. Diniz de lá, deu um problema no meu sangue, ligaram pra mim dizendo que eu ia ter que refazer o exame, aí fui refiz o exame me encaminharam pra essa daqui da Prata, quando eu cheguei aqui, me mandaram diretamente falar com o doutor F. Diniz, quando eu fui falar com o doutor F. Diniz, [...] ele soltou na lata assim, bem na bucha assim, pá, você tem isso e pronto, a gente faz assim, assim o exame é tanto, se você quiser fazer, aí fiquei desesperada sem saber o

que fazer foi essa maneira que ele me comunicou isso, foi bem assim que aconteceu. (Entrevistada nº 2 – grifos nossos).

Quando indagadas sobre **como e há quanto tempo descobriram a sorologia**, nos chamou atenção ainda os seguintes depoimentos:

Vai fazer um ano, eu descobri quando eu estava grávida da minha filha, foi porque eu fiz o exame de sangue pra saber é... se era positivo mesmo, o exame de gravidez. Fiz o de hepatite e fiz o da Aids pra saber, aí eu soube tudo junto de hepatite deu negativo e os dois deu positivo (Entrevistada nº 1- grifos nossos).

Desde 2007[...] como ele foi de sete meses, aí eu fiz um exame com quatro meses, aí quando eu fui pegar eu já estava com seis, aí pediram outro, o segundo né? Ai pronto, aí eu não peguei, porque eu já estava com sete e eu fui ter ele! Aí foi na hora que ele nasceu [...], fizeram o exame aí deu. (Entrevistada nº 3- grifos nossos).

Há sete meses. No pré-natal [...] meu médico não solicitou esse exame, eu só descobri quando estava internada no ISEA (Entrevistada nº 4).

Faz seis meses, foi quando eu tive minha bebê. Eu fiz na gravidez mas não deu, fiz os exames tudinho direitinho, mas não deu [...], aí quando foi no dia do parto aí a moça foi e me chamou lá ai falou, lá na hora que ela nasceu. (Entrevistada nº 6 – grifos nossos).

As entrevistadas 03 e 04 descobriram a doença no momento do parto, o que demonstra a falta de acompanhamento adequado no período gestacional, conforme fica evidenciado em tais falas. Descobrir a sorologia no momento do parto é algo que certamente deve trazer a tais mulheres uma avalanche de medos. Nesse sentido as devidas orientações e atenção prestada pelos profissionais de saúde em tal momento, são de extrema importância, diante do diagnóstico positivo.

Conforme é possível se evidenciar na fala das pesquisadas, estudos têm mostrado que muitas mulheres passam a ter conhecimento da sua sorologia, quando fazem o pré-natal ou após o nascimento do filho. Isso provoca uma reação dolorosa na medida em que a mulher passa a experimentar uma dupla situação, além de lidar com o diagnóstico, ainda cogita a possibilidade de transmitir para o filho que está sendo ou já foi gerado.

Uma questão fundamental para as mulheres em período gestacional, é o devido acompanhamento através do pré-natal, considerando a importância dos exames que devem ser feitos em tal período, na perspectiva de se identificar, dentre outras doenças, as sexualmente

transmissíveis que podem contaminar tanto a mãe quanto o feto, através da transmissão vertical. Entende-se por transmissão vertical quando mãe na gestação transmite o vírus HIV para o feto, durante o trabalho de parto ou o parto propriamente dito. No Brasil, essa forma de transmissão tem sido responsável por cerca de 90% dos casos notificados de Aids em menores de 13 anos (MOURA; PRAÇA, 2006 *apud* CLEMENTINO, 2014).

Perguntamos também às pesquisadas, se **tiveram alguma dificuldade ao procurar os serviços de saúde quando descobriram sua sorologia**. Destacamos os depoimentos que se seguem:

Olhe a princípio tive, porque quando eu descobri na clínica de doutor F. Diniz, ele já queria me empurrar o exame particular mais de R\$ 300,00, eu sou uma pessoa assalariada não tinha condição, na época assalariado não tinha condição de pagar, aí fui procurar o SUS né? Quando fui procurar o SUS e o posto do bairro a doutora nem sabia me explicar como é que ia ser o tratamento, como ia ser o acompanhamento pré-natal, a única coisa que ela pôde fazer por mim, ela fez o que, pronto minha filha como seu caso vai ser uma gravidez de risco, um caso especial o que eu tenho que fazer é o que, lhe encaminhar pra maternidade, aí do mesmo jeito ela foi, passou uma requisição, me encaminhou pra maternidade, quando eu cheguei na maternidade, no ISEA [...], aí imediatamente me encaminharam pro SAE [...], para eu começar o acompanhamento. Aí, de imediato de lá da maternidade, no mesmo dia em vim pro SAE com meu esposo, chegando no SAE [...], já comecei logo a fazer os exames, tanto eu quanto meu esposo e tudo direitinho, e daí eu comecei o acompanhamento tranquilo [...], tiraram minhas dúvidas, tiraram as dúvidas do meu esposo, e assim foi e até hoje graças a Deus estou sendo acompanhada aqui no SAE (Entrevistada nº 2 – grifos nossos).

Dele tive [...], por causa que é, quando eu disse que fiz o segundo teste [...], aí ficaram me jogando sabe? Não me indicaram pro canto certo pra mim, me botaram no HU, aí só que no HU ficava mais longe, aí a menina [...], do CTA foi e me trouxe pra aqui pro serviço porque ficava melhor pra mim, aí foi que eu vim. (Entrevistada nº 3- grifos nossos).

Conforme é possível se evidenciar a partir da fala da entrevistada nº 02, mesmo sendo uma doença que surgiu no Brasil há algumas décadas, ainda se percebe a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais da saúde, para lidar com a atenção e o cuidado ao usuário com HIV/Aids. Conforme destaca Merhy (2006 *apud* CARVALHO, 2009), a atenção à saúde deve estar centrada na ação cuidadora do profissional de saúde, que deve produzir fala e escuta, relação dialógica com o mundo subjetivo do usuário de acordo com sua necessidade, relações de acolhimento e vínculo.

Outra questão importante e que fica evidenciada no depoimento da entrevistada 03, no tocante ao atendimento prestado as mulheres gestantes vivendo com HIV/Aids, é a falta de articulação em rede, o que tende a prejudicar o funcionamento dos serviços, e conquanto, o atendimento de forma mais imediata e eficaz dos usuários aos serviços especializados. A articulação entre os vários serviços de saúde é fundamental, e essencial, tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento das mais variadas patologias que existem e que requerem, além do diagnóstico precoce, um acompanhamento especial. No entanto, o que identificamos, a partir da fala das mulheres que participaram da pesquisa, são histórias que expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos.

Questionadas se **já sofreram algum tipo de discriminação ao serem atendidas nas instituições de saúde**, chamamos atenção para o relato a seguir:

É... assim eu fico com medo das pessoas descobrir que eu estou indo até o local né? Prá se tratar, não sei, eu acho que mais pelo fato do medo do preconceito, só isso. (Entrevistada nº 11- grifos nossos).

Esta entrevistada levanta uma discussão que é comum a todas as outras, o medo do preconceito. MIRANDA (2008) destaca que a epidemia da Aids traz consigo inúmeros desafios no campo das ciências médicas e sociais. Dentre eles o preconceito, estigma e discriminação que causam a “morte civil” destas pessoas. Os depoimentos que se seguem demonstram situações de violação de direitos e processos de exclusão social vivenciados pelas pesquisadas:

Já, foi no HU [...], no do meu filho, teve uma enfermeira lá que quando ele faleceu ela saiu contando que ele tinha morrido de Aids [...], tinha seis anos. (Entrevistada nº 3 – grifos nossos).

Já, assim [...], quando eu fui pra maternidade [...], um médico que estava lá, ele falou assim num sei como, aí algumas pacientes que estavam lá, é, disseram que não queriam ficar na mesma sala, foi quando eu perdi o primeiro, aí foi feito um, eu fui pra lá para fazer o parto, na maternidade[...], assim, quando eu fiquei internada lá na gestação que eu fiquei doente, eu gostei muito! Gostei muito, das enfermeiras... me trataram super bem. Agora no dia que eu fui ter ele, é, para fazer a coleta [...], assim a enfermeira só veio para me dar a medicação e depois não voltou mais [...], não teve um atendimento! Só ficou eu e minha mãe lá na sala, eles não falaram nada, somente, deram a medicação e não ficou mais, tipo assim, responsável indo lá, alguma coisa. (Entrevistada nº 7 – grifos nossos).

Já, só por uma pessoa só, é... no hemocentro, que ela me disse assim, que você sabendo que era soropositiva como você pôde engravidar? Eu respondi

a ela, eu não sabia, não tinha a menor noção e não tenho a menor noção do que é Aids, foi isso que eu respondi pra ela e saí chorando. (Entrevistada nº 10 – grifos nossos).

No decorrer dos anos, a Aids se tornou uma doença cada vez mais estigmatizada, sendo sinônimo de uma doença vergonhosa, por estar relacionada a comportamentos amorais, tornando as pessoas que contraíram tal doença, discriminadas e excluídas da sociedade. A Aids provoca inúmeros efeitos sociais na vida das pessoas que vivem com a doença, dentre eles o preconceito junto às famílias e comunidades, nas instituições de ensino, nos locais de trabalho, no acesso aos serviços de saúde, nas atividades de lazer, bem como nos programas voltados ao enfrentamento, controle e prevenção da doença e ainda poderão ser violentadas na forma física e/ou moral, fatos estes que muitas vezes fazem com que os portadores desta síndrome omitam a sua sorologia e não busquem o tratamento médico adequado. Cabe destacar que, muitas vezes, as atitudes preconceituosas advêm dos próprios profissionais de saúde que atuam com tal segmento, conforme ficou evidenciado durante o processo de investigação. Assim, na perspectiva de apreender tais questões, indagamos as mulheres entrevistadas, **a opinião delas em relação à atuação dos profissionais da saúde no cuidado com as pessoas vivendo com HIV/Aids:**

Pra mim é normal, eu num acho diferença não, mas deveria ser mais, ter mais atenção com essas pessoas do que com as pessoas normais. (Entrevistada nº 1- grifos nossos).

No depoimento apresentado, a entrevistada enfatiza em sua fala a necessidade de uma maior atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, destacando a importância de se “ter mais atenção com essas pessoas do que com as pessoas normais”. Tal apreensão evidencia o fato de se sentir diferente e/ou excluído da sociedade. Vejamos ainda os relatos que se seguem:

Bem, é aquele negócio né? nem todo mundo sabe lidar! Mas graças a Deus até agora a partir do momento que eu descobri que eu tinha esse problema, todos os profissionais da área de saúde que eu peguei, nenhum deles demonstrou nenhum tipo de discriminação, nenhum tipo de desrespeito comigo, entendeu? Eu não tenho do que reclamar até o momento, tanto é que é uma coisa que eu conversava muito com meu marido, como é que ia ser, porque eu sei que a questão do preconceito é muito grande, tudo é muito mais dificultoso pra quem é portador do vírus do HIV, pra quem tem essa doença, é rotulado como morto vivo né? Basicamente, aí é muito difícil! Mas graças a Deus até agora eu não tenho o que dizer com relação a isso

não, onde eu chego sou bem atendida, sou bem tratada, não sei se pelas minhas costas falam alguma coisa que deve dizer, só que é aquele negócio eu não vou parar minha vida pelo que dizem por trás de mim não, quem quiser falar bem, quem não quiser falar também bem, não tem o que fazer não, tem que seguir em frente. (Entrevistada nº 2- grifos nossos).

Assim tem uns que trata bem né? Mas tem outros, mas tem uns [...] que, quando sabe já fica com a cara feia, já fica com discriminação né? Não são todos, mas, tem uns que faz isso. (Entrevistada nº 3 – grifos nossos).

Perguntamos também **como foi realizado o encaminhamento para o Serviço de Assistência especializada – SAE:**

A primeira vez eu fui pra [...] aquela, a doutora pediatra do meu menino, quando ele nasceu me encaminhou para o HU. Aí quando eu fui no HU, fiquei perdida no HU, sem saber, o povo não me indicava nada, não me dizia nada, fiquei perdida, quando eu cheguei, quando eu conversei com ... que foi ela quem me entregou o exame, aí ela foi e me levou lá no SAE, [...], aí o menino me explicou bem direitinho, e eu estou acompanhada pela psicóloga e assim foi, aí foi a transferência de lá, porque como eu já tinha feito uma consulta no HU, aí fez a transferência de lá pra cá. (Entrevistada nº 3- grifos nossos).

[...] foi bem difícil, porque assim, logo quando eu descobri, ficou assim, aquele, aquele peso em mim é, sobre família, sobre amigos, sobre... sabe? Sobre as pessoas... eu com muito medo também né? Porque eu não, até então eu não sabia, aí chegou uma... uma pessoa do... lá da minha cidade, onde eu morava que ele era enfermeiro, aí depois de tiraram bastante sarro de mim né? E falarem pra outro né? Até falaram pro pai do meu filho, e procuraram ele, botaram carro e mais carro atrás dele para informar ele, que ele poderia morrer por estar com HIV, porque eu estava com HIV podia ter passado pra ele. Depois de fazer tudo isso, aí veio pra mim e mandou eu procurar o HU! Aí eu humildemente, chateada, já depois de tanto chorar, vim até o HU. Aí do HU, me mandaram lá pra onde tira sangue, o hemocentro, né? Aí eu fui lá... Aí foi onde eu recebi esse tratamento por essa profissional, aí me enviou de novo pra o HU, porque não era lá! Aí pronto, do HU, assim encontrei uma amiga e essa amiga, foi uma amiga assim um anjo mesmo da guarda! Aí ela disse, eu sei onde tem um lugar que vão te tratar super bem, vão parar de botar tu pra marchar (risos) aí foi a casa de apoio[...] então assim, lá eu achei todo apoio que eu precisei e precisava e preciso [...], sabe eu encontrei um monte de anjo e uma que me apareceu lá no HU, que é essa moça que eu estou te falando, aí veio todos esses outros (risos). (Entrevistada nº 10- grifos nossos).

Conforme é possível se evidenciar no depoimento da entrevistada 10, o principal medo destas mulheres ao descobrir sua sorologia é o de ser julgada. Conforme ressalta LUZ (2011), alia-se a este medo do julgamento, outro o estereótipo do HIV/AIDS, que vem

carregado de preconceitos e discriminações, além de todos os outros medos e fantasias característicos do processo gestacional.

Cabe destacar ainda o descaso, o distanciamento, a desumanização e principalmente a falta de “cuidado” que os profissionais de saúde prestam a este grupo. Em seu estudo PAIVA (2012) constatou que o atendimento as PVHA pelos profissionais de saúde precisa ser revisto, tanto em relação à questão do atendimento humanizado, quanto à falta de preparo para lidar com tal segmento, que irá se refletir na dificuldade com o cuidado, no trato com o sofrimento alheio, na estigmatização ligada à doença, conforme é possível evidenciar na fala de entrevistada 10.

A falta de informação dos próprios profissionais da saúde, acerca dos serviços que prestam atendimento especializado às pessoas que contraíram a doença, acabam por trazer ainda mais sofrimento a tais pessoas, na medida em que acabam tendo que peregrinar até ser encaminhado a um Serviço Especializado. Cabe destacar, no que se refere particularmente as pesquisadas, o fato do impacto de descobrir a doença, ocorrer no período de gestação.

Questionamos ainda, há **quanto tempo estão em tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE):**

Desde que eu descobri, vai fazer um ano. (Entrevistada nº 1).

Desde os quatro meses de gestação, ele já vai fazer um ano e dois meses. (Entrevistada nº 2).

O mesmo período do nascimento do bebê, sete meses. (Entrevistada nº 4).

Acho que há alguns meses, desde o tempo que eu descobri eu já comecei a fazer os exame pra doutora [...] (Entrevistada nº 8).

Foi desde que descobri [...], descobri tem quatro anos e seis meses! Então assim eu descobri, aí passei um bom tempo ainda sofrendo com isso, sem querer vir! Aí comecei o tratamento dia dez de junho de 2011. Aí em julho meu filho nasceu! Eu pensei que ele ia nascer com o vírus por conta que o tratamento foi curtinho né? foi só um mês e vinte dias [...], aí pronto eu dizia: meu Deus esse menino vai ter esse vírus! esse menino vai ter esse vírus! então aquilo ficava me acusando direto, mas graças a Deus pra minha felicidade (risos) pra o sorriso brilhar em meu rosto com...sabe? Com prazer mesmo, meu filho não tem! [...] (Entrevistada nº 10- grifos nossos).

A maioria das entrevistadas afirma ter iniciado o tratamento tão logo descobriram a sorologia, com exceção da entrevistada 10 que iniciou tardiamente o tratamento mesmo

estando grávida. Descobrir a sorologia no período da gestação, certamente é algo extremamente doloroso. É importante considerar que,

O vazio interno experimentado quando a pessoa depara-se com a descoberta da Aids causa a solidão e o lançar-se para a busca da ampliação das teias sociais. Olhar para dentro de si próprio, como se o interior fosse um espelho, e enxergar neste espelho o limite da vida significa, em muitos casos, defrontar-se com este perigo na incapacidade de vencê-lo. A atitude é, em vista disso, evitar a sensação real do perigo que é olhar para dentro de si próprio (KERN 2003, p. 42-43).

Portanto, ter sido contaminado com o vírus HIV e está com Aids, uma doença ainda incurável, carregada de estigma e preconceito traz a sensação de culpa, medo, desânimo, tristeza, entre outras, o que pode provocar a incapacidade de lutar contra a doença e pela vida, uma sensação que pode durar por muito tempo e atrapalhar a aceitação da doença e conseqüentemente o tratamento. É extremamente desconfortante a situação de vulnerabilidade e constante discriminação sofrida por parte das mulheres estudadas, estas peregrinam na busca de ajuda e apoio para seguir até o fim na árdua caminhada e manter a gestação sendo HIV positivas.

Indagamos também, se **teriam alguma sugestão para melhorar o atendimento nos serviços de saúde**, nos chamou atenção os depoimentos a seguir:

Se a gente for enumerar o tanto de coisa que tem para melhorar, a lista não é pequena não! É aquele negócio, não adianta a gente tá falando, que a gente acha isso ou acha aquilo, o negócio tem que ter atitude né? Só que não depende da gente, depende dos governantes que a gente bota lá, por mim tem que mudar na área do atendimento médico, é, melhorar salário de médicos, salário de enfermeiro, tem que melhorar a distribuição de medicamento, tem que melhorar tudo isso porque se for pra melhorar só uma coisa e o resto ficar o caos que tá não tem como não, pronto eu preciso levar ele pra ir pro postinho pra tomar as vacinas, ele estava doente quando completou um ano, que ele toma vacina com um ano e um ano e três meses, o posto onde eu moro tá em greve, entendeu? Ai é uma coisa que é complicada, eu tenho que sair pescando nos bairros vizinhos um posto que esteja funcionando para dar as vacinas do meu filho, para não ficar as vacinas dele atrasada. Porque eu sei que eu deixando meu filho sem tomar as vacinas eu estou pondo em risco a vida dele! [...]. Não é certo, quando a gente chega no posto, procura um médico para atendimento pra ele, eu não perco mais meu tempo indo no posto, porque eu chego no posto não tem médico [...], tem a enfermeira aqui, ela dá uma olhadinha nele, aí se precisar manda você pro hospital! vou direto pro hospital, vão me mandar pro hospital de todo jeito! eu vou fazer o que lá, entendeu? É uma coisa que é complicada a gente fica revoltado, sabe que também não é culpa deles, é culpa de pessoas que estão lá em cima, em cargos

maiores, mas é uma coisa que revolta qualquer ser humano [...] (Entrevistada nº 2- grifos nossos).

A entrevistada destaca em seu depoimento questões importantes no que se refere à qualidade do atendimento prestado pelos serviços públicos de saúde, considerando a questão dos baixos salários dos profissionais da saúde, a falta de medicamentos, a falta de profissionais para atender as demandas, o que certamente rebate no atendimento prestado a tal segmento. MONTEIRO (2006), em estudo feito sobre o processo de trabalho em HIV, destaca dentre as barreiras e dificuldades subjacentes à prática profissional na saúde: excesso de trabalho, falta de pessoal e precarização das condições de trabalho. Portanto, é possível identificar que além do sofrimento causado pela doença, tal segmento ainda enfrenta uma série de dificuldades que vão desde a garantia do atendimento básico, até práticas discriminatórias por parte dos profissionais da saúde.

Cabe também destacar ainda no que se refere aos direitos voltados para as pessoas vivendo com HIV/Aids, a garantia do sigilo dos profissionais de saúde, sobre o diagnóstico. No entanto, o que se observa de acordo com o depoimento que se segue, é o desrespeito a tal direito, conforme se evidencia na fala da entrevistada, quando se refere ao atendimento prestado a seu filho que contraiu a doença:

[...] Porque às vezes, foi uma enfermeira que cuidava dele, gostava dele, de repente quando eu descobri, essa pessoa vem e me disse que ela saiu falando. Ter uma pessoa mais capacitada para não acontecer mais isso com a gente né? Porque é uma falta de respeito né? Você saber de uma coisa, eu poderia ter várias doenças mas ela tinha que ficar calada porque é uma área de trabalho dela (Entrevistada nº 3).

Os relatos que se seguem nos chamaram atenção, considerando as situações vivenciadas pelas mulheres entrevistadas no período gestacional, parto e pós-parto:

[...] No ISEA, passei por um vexame [...] eu ainda estava grávida, que estava saindo muito líquido e pra ela nascer, estava perdendo muito sangue [...], mal me atenderam, mas depois que ela nasceu foi quando vieram me atender melhor [...] deveria ter mais, mais médicos de plantão porque não tinha só eu, como eu, tinha várias mães lá esperando, a dois, três dias, passaram da hora do parto, o maior sofrimento! [...] como estava saindo muito líquido, já não tinha mais líquido dentro de mim só faltava só ela, já tinha perdido todo líquido dava para sentir que ela, só ela estava aqui dentro, e ainda fizeram eu andar... eu estava andando, segurando ela nas pernas [...], era vendo a hora ela escorregar e passar direto, eu estava me segurando, e eles mandando eu andar com pressa, me puxando! Ai me colocaram lá, amarraram minhas

pernas numa ignorância, puxaram o soro, puxaram tudo, não me deixaram falar, dizer o que eu estava sentindo, se eu estava sentindo dor [...], o médico lá na maior devagareza colocando a máscara, as luvas, colocando toda produção dele, se produzindo, conversando parecia que estava num salão de beleza [...], aí não deu pra eu segurar e chamei ele! Eu disse: Doutor corra aqui que minha filha tá nascendo! Aí só deu tempo ele colocar a mão, colocou a mão ela passou direto! Aí eu disse, não era pra isso ter acontecido não! O senhor sabe muito bem que eu já estava sentindo muita dor, só tinha ela dentro de mim, então era pra o senhor ter mais cuidado com relação a isso porque, é... as mulheres aqui mereciam mais atenção! [...] (Entrevistada nº 1-grifos nossos).

Destacamos, ainda, outro trecho do depoimento da entrevistada:

[...] Depois disso é... me pegaram, me sentaram na cadeira de rodas pra ir pra sala de descansar [...], me levaram na maior ignorância para sala, me sentaram com toda força, reclamei, mas não me deram ouvidos, como eu já estava frágil, não podia fazer nada [...], depois que aconteceu, que eu já estava melhor eu me levantei e chamei ela no canto e fui reclamar com ela, ela fez não moça desculpa, é porque são muitas pessoas, a gente fica estressada! Aí eu disse é, mais seus estresses ou de casa ou de outro canto você não deve descontar na gente não! [...] você sabe, você deve ser mãe, você deve saber o sofrimento que uma mãe passa, então você não deve, é, deixar ninguém ser humilhado que nem você humilhou, você me jogou na cadeira de rodas parecia um saco de lixo! Eu acho que isso num se deve fazer não! [...] isso foi com a enfermeira que no caso estava com o médico [...] (Entrevistada nº 01- grifos nossos).

O relato da entrevistada demonstra o descaso, a desumanização e principalmente a falta de “cuidado” dos profissionais de saúde com tais mulheres. A entrevistada demonstra o atendimento desumano, quando afirma “você me jogou na cadeira de rodas parecia um saco de lixo”! Cabe destacar que em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização, com o intuito de, oferecer um atendimento acolhedor e resolutivo e assegurar os direitos dos usuários. No entanto, o que se observa por grande parte da população que acessa os serviços públicos de saúde no país, é um atendimento desumanizado. Em se tratando de mulheres com HIV/Aids em período gestacional, parto e pós-parto, é fundamental um atendimento que possibilite amenizar o seu sofrimento, medos e discriminações sofridas cotidianamente.

Outro trecho do depoimento da referida entrevistada, também nos chamou atenção, se referindo a outra questão que julgamos extremamente grave, no que se refere às mães que tiveram seus bebês na instituição:

[...] A maioria das minhas amigas, tiveram os bebês trocados lá dentro, trocados ou vieram furado ou arranhado, por exemplo, ela tem uma cicatriz nessa mãozinha dela, colocaram o soro, esparadrapo, alguma coisa, como a pelezinha é frágil, tá engilhadinha ainda, colocaram algum soro, alguma coisa nela um esparadrapo que fez com que ela se machucasse, quando ela chegou pra mim, fizeram exame nela, tiraram o sangue, tudinho, que ela chegou a primeira coisa que eu olhei, eu fui revistar minha filha pra ver se tinha alguma coisa, quando eu olhei a mãozinha dela, eu disse moça o que foi isso na mãozinha dela? O que foi que vocês fizeram com ela? Ela fez não, enrolaram, enrolaram, enrolaram... e acabou não falando nada. Aí eu disse: eu vou processar aqui porque vocês além de tratar as pessoas mal, vocês ainda machucaram a minha filha! A sorte que eu não vi nem um tico de sangue, porque se eu tivesse visto sangue tinha sido pior! enrolou, enrolou, enrolou... acabou não falando nada [...] (Entrevistada nº 1-grifos nossos).

A entrevistada ressalta também em outro trecho de seu relato, o que vivenciou no período pós-parto, fazendo menção aos maus-tratos sofridos pelas crianças, conforme é possível identificar ao se referir a sua filha recém-nascida:

[...] Quando ela, a gente dormiu, pegou no sono, quando foi de madrugada, como o umbigo dela estava com pegadorzinho [...], a enfermeira chegou na maior ignorância, as luzes tudo apagadas, um silêncio, todo mundo dormindo, o bebês dormindo, as mães dormindo e todos eram cesárea, só eu tinha sido normal, a enfermeira chegou na maior ignorância pegou o algodão molhado de álcool, não sei o que era, álcool ou soro caseiro não sei, soro fisiológico, pra limpar o umbigo dela [...] esfregou o algodão no umbigo dela que ficou a mancha aqui vermelha, tudo irritado aí ela abriu o berreiro, eu me assustei! Aí quando eu olhei, ela já estava saindo... Aí quando ela veio de novo eu reclamei com ela, eu disse não faça isso, me acorde, deixe eu acordar a bebê primeiro, você não pode pegar uma criança dessa de surpresa não! Isso não se faz não porque ficou muito irritado, ficou muito feio! depois disso, aí depois que eu reclamei com o pessoal lá dentro aí ela não veio mais fazer isso, quem veio foi outra pessoa [...] (Entrevistada nº 1- grifos nossos).

Destacamos ainda outro trecho do depoimento, onde a entrevistada relata o que vivenciou com sua filha:

[...] O leite dela demoraram a dar, como era de três em três horas, passaram quatro, cinco horas, os bebês tudo chorando lá dentro [...], não tá na hora ainda não, eu disse tá na hora sim! É de três em três horas, ela não é que nem a gente que aguenta passar um dia todinho sem comer não! [...] Na outra sala também tinha muita gente reclamando em relação a isso, porque chegava as mães lá com os bebês tudo chorando, chegava lá dizia não tá na hora ainda não! Deixa eu fazer, espere eu fazer, as vezes não deixava nem esfriar, levava quente pegando fogo pra gente ter que assoprar ainda, para poder dar aos bebês, os filhos da gente, e além da gente reclamar com razão ainda ficava de cara feia querendo ser a melhor lá dentro, querendo colocar todo

mundo para baixo! [...] porque foi Deus mesmo porque senão essa menina não tinha sobrevivido não [...], tive que reclamar porque ali, merece uma reclamação, merece é fechar porque muitas amigas minhas não só trocavam bebê como via os bebês machucado, furado, cortado o cabelo, vinha de todo jeito, todo machucado [...], trocava pulseirinha e tudo, vinha ali é, muita amiga minha perdeu muito bebê ali, porque além de ser trocado, machucado, elas ainda deixaram o bebê morrer! [...] mas graças a Deus, deu negativo o dela, para meu esposo e eu a gente aguenta o rojão, mas pra uma criança, pra mim o que eu morria de medo era dela ter, pra não passar pelo que a gente passa, ver uma criança deste tamanho sem saber nem o que é, ter que tomar remédio, toda hora, todo momento, pra tal, mas graças a Deus ela nasceu saudável! [...] (Entrevistada nº 1- grifos nossos).

Portanto, é possível perceber a partir da fala da usuária entrevistada, que as práticas de desumanização, negligência e desrespeito aos usuários, têm sido recorrentes no âmbito da instituição citada em seu depoimento.

Referindo-se ao sofrimento e descaso com que foi tratada durante o período pós-parto, a entrevistada ressalta ainda em sua fala que:

[...] Não chegou um médico lá, um psicólogo não chegou nada pra conversar com ninguém, só estava dependendo de Deus mesmo, a única pessoa que estava guardando a gente, porque se dependesse do homem e daqueles médicos irresponsáveis, eu posso dizer isso porque eu passei, são irresponsáveis, é, se não fosse por Deus não tinha nenhuma criança viva ali dentro não, porque se não fosse eu pra abrir a boca, eu e outra mãe lá, os filhos da gente acho que estavam com uma doença grave hoje [...] (Entrevistada nº 1- grifos nossos).

Cabe destacar, outro aspecto relevante apontado na fala da entrevistada, a seguir, considerando que o tipo de parto mais indicado para evitar a infecção do bebê pelo HIV e para gestantes soropositivas é a cesariana. Quando atendida no SAE, foi informada de como deveria ser o procedimento na maternidade. No entanto, vejamos a fala da entrevistada:

[...] Assim, o que me informaram foi que logicamente tinha que ser cesáreo só que foi totalmente diferente tanto o atendimento e todos os meus exames tinha lá soropositiva, tem que ser cesárea tinha uma observação enorme das meninas aqui! colocaram cesariana por conta disso [...], mas não se deram conta em relação a isso. Eu disse moço, disse doutor eu tenho o vírus do HIV! A gente sabe mais vai ser normal, não sei o que... eu disse: já que o senhor tá dizendo que não tem passagem, faz cesáreo, eu estou me pelando de medo aqui, mas para salvar a vida da minha filha eu faço qualquer coisa! [...] aí eu disse está certo, se minha filha nascer com esse problema eu vou fazer de tudo pra, eu derrubo aqui tudo, mas ela não, eu estou dizendo, que tanto que tem observação aí que vocês tão vendo, que vocês não são cegos, que não pode ser normal por conta disso, e não pode ser desse jeito porque

meu filho pode ter esse problema futuramente, pode pegar na hora! Mas a gente não vai fazer cesáreo, não tem médico pra isso! Até se tivesse um, cesáreo se fosse uma urgência mesmo! Porque pra eles nada ali é urgência mesmo, pode tá o menino nascendo, ter caído no chão! Pra eles, eles pega parece um saco de lixo, não importa não! [...] Não respeita uma criança, não respeita uma mãe! [...] (Entrevistada nº 1- grifos nossos).

A entrevistada, fazendo referência à referida instituição onde ocorreu seu parto, destaca ainda em sua fala:

[...] muita gente reclama e isso não é de hoje não, isso é de muitos e muitos anos, toda vida eu soube que ali era um matadouro! muita gente, muita gente, amiga, conhecida, vizinho, tudo, já perdeu filho ali dentro por falta de atendimento, a criança nasceu com problema de coração e ninguém fez exame nem nada, a criança morreu, foi morrendo aos poucos, o coração parou [...] e eram gêmeos e a outra criança acho que por ser gêmeos idênticos, da mesma placenta, não sei, deve ter sentido falta alguma coisa e faleceu logo depois, a mãe ficou, entrou em depressão, passou por psicólogo e tudo mas, ela teve que ser internada, ela enlouqueceu, ela ficava vendo crianças, uns bebezinhos chorando ela pegava um boneco dizia que era filho dela e bota pra mamar! Aí ela enlouqueceu por causa disso, eu num sei em que deu parece que eles pagaram uma indenização em relação a isso que era o mínimo né? [...] ali já era para ter fechado há muito tempo, era nem para existir aquilo ali! porque ali é um lugar de humilhação, de desprezo, despreza muita gente. (Entrevistada nº 1- grifos nossos).

A entrevistada destaca em seu depoimento, indignação no que se refere ao atendimento prestado às mulheres pelo Instituto Elpidio de Almeida- ISEA, no Município de Campina Grande-PB, explicitando a baixa qualidade dos serviços prestados, refletidos no atendimento precário e desumanizado. No que se refere às mulheres entrevistadas e que contraíram o HIV/Aids e que precisaram acessar os serviços de tal instituição, a pesquisa revela que a grande maioria passou por situações de desrespeito, humilhação, discriminação e descaso por parte dos profissionais que prestaram atendimento em tal espaço. Vejamos os relatos a seguir:

[...] é aquele negócio assim, se a pessoa está ali para tratar de mim, aí faz, você tem algum problema de saúde? Tenho doutora, qual? Sou portadora do HIV! E você fala assim, normalmente? Aí eu digo, doutora eu fazer o que? (risos) eu tenho que falar do mesmo jeito que uma pessoa tem hipertensão, diabetes, é uma doença que se eu fizer o tratamento eu posso conviver com ela e na verdade eu não tenho a doença eu tenho vírus, que a doença não se manifestou. Aí ela fez, você fala assim tranquila? Aí eu digo é minha realidade doutora, eu não posso fugir da minha realidade! Aí tanto é, que enfermeiras lá me elogiaram porque disse que eu tratava com naturalidade [...]. E assim, assim, assim, eu ia e respondia tudo direitinho, aí chegava pra

mim dizia mãe venha cá eu quero falar com você, tanto é que as outras mães, eu acho que estranhavam o porquê daquilo só que eu agia de um jeito que não deixava transparecer tanta coisa até porque tinha minha mãe do lado, e minha mãe ainda não sabe, ela sabe que eu tenho um problema, tive um problema no sangue que podia afetar o bebê e se eu não tomasse cuidado se eu não tivesse o parto cesáreo podia prejudicar o bebê, mas eu não disse o nome do problema, entendeu? [...] (Entrevistada nº 2- grifos nossos).

A entrevistada, ainda se referindo ao atendimento prestado pela instituição, destaca que:

[...] bem na questão do ISEA, só foram displicente em uma coisa, foi porque assim quando a gente, é, mãe portadora a gente não pode amamentar, aí eles tem que de imediato dar o remédio pra gente secar o leite, esqueceram de me dá esse remédio, eu tive que voltar lá, eu fui pra casa no, na quinta pensei que tinha me dado esse remédio né, até então podia ter me dado por via de soro, eu não sabia como era, aí passei a quinta, sexta, sábado e sentindo meus peitos enchendo de leite aí quando foi no domingo eu tive que voltar lá com ele [...], e reclamei e disse tudinho aí deram a medicação, mas fora isso em questão de atendimento, de atenção, tenho o que reclamar de lá não, o povo faz de lá um bicho de sete cabeças dizendo que é um matadouro, porque no dito popular lá no ISEA é um matadouro, só que assim do jeito que morre gente lá, morre na Clipsi, morre na FAP, morre na Santa Clara, morre em qualquer lugar, num é só lá não, é, irresponsabilidade profissional tem em qualquer lugar [...] ! (Entrevistada nº 2- grifos nossos).

Mesmo considerando ter sido bem atendida na citada instituição, a entrevistada relata que não administraram uma medicação que faria secar seu leite, visto que ela não poderia amamentar, considerando o risco de transmitir a doença para o bebê. Os devidos cuidados e orientações prestadas pelos profissionais de saúde às mulheres grávidas vivendo com HIV/Aids, em todo período gestacional, são fundamentais tanto para a mulher quanto para a criança, na perspectiva de se evitar a transmissão vertical.

O depoimento que segue, demonstra mais uma vez, o preconceito e descaso vivenciado pela entrevistada, no momento do parto, considerando sua sorologia.

[...] o parto dele, assim foi um parto, sei lá, não foi um parto assim, que o povo me tratasse bem! Aquele negócio, sempre com a cara feia, sabe? Foi tão provável que quando fizeram o exame deu positivo e eles fizeram normal. Foi, porque quando eu fui pra lá, aí fizeram o teste rápido né? Ai deu positivo e eles fizeram normal, que tanto minha menina pegou devido o parto normal [...], eu sabia que tinha que ser cesáreo, só que eles fizeram normal, tá entendendo? (Entrevistada nº 3- grifos nossos).

O tipo de parto indicado para evitar a transmissão do vírus do HIV para o bebê vai depender do estado de saúde da gestante.

Já as gestantes que não tiveram acompanhamento durante a gravidez e chegam à maternidade em trabalho de parto, deve-se levar em consideração a possibilidade de complicações. Toda gestante HIV deve receber o AZT na veia desde o início até o término do parto. Para as que terão seus filhos através da cesariana o AZT deve ser administrado três horas antes da cirurgia.

Deve-se evitar o uso de fórceps, o recolhimento de sangue do cordão umbilical e de líquido amniótico. No parto normal não poderá haver corte cirúrgico e toques vaginais repetidos. No pós-parto a mãe não deve amamentar seu bebê, ela deve substituir o leite materno por fórmula infantil, visto que esta é uma forma de transmissão do vírus, o recém-nascido deve tomar o AZT xarope nas duas primeiras horas de vida (preferencialmente ainda na sala de parto) até as seis próximas seis semanas, além de precisar fazer acompanhamento em serviços de referência. Todos esses cuidados são extremamente importantes no processo de cuidado e acompanhamento. No entanto, o que se observa a partir da fala da entrevistada, foi um atendimento negligente que resultou na transmissão vertical da doença. Destacamos ainda a fala da entrevistada a seguir, relatando como ocorreu seu parto:

[...] foi normal porque quando eu fui, já fui [...] com a ordem já para fazer cesárea mesmo, mas não fizeram não, porque disseram que se tivesse tudo em ordem, só fazia se fizesse uns exames que eu fizesse desse alguma coisa errada, tivesse alterado. Aí fazia, mas, como deu tudo ótimo nos exames aí não tinha precisão de fazer cesariana, podia ter normal, ai eu não fiz não [...] (Entrevistada nº 5- grifos nossos).

Chamamos atenção ainda para o depoimento seguinte:

Quando eu cheguei eu estava já no finalzinho [...], aí eu fui a enfermeira foi e fez o toque, ela disse que não estava na hora ainda ! Aí me botou lá na sala, mas eu senti que ela já vinha já, eu tive na cama, fui nem pra sala de parto, não foi ninguém, não tinha nenhum médico perto de mim na hora que ela nasceu! nasceu na cama [...], nesse dia tinha muita mulher tendo filho na cama, nas camas, muita mesmo! ai quando ela saiu foi que, depois de uns cinco minutos depois que ela já tinha nascido, foi que o médico veio [...], como eu não sabia que eu era ainda, ai eu fui, quando ela nasceu, ai quando trouxeram ela, a primeira coisa que eu fui fazer né, foi dar o peito. Ela ainda mamou um pouquinho, aí com umas meia hora vieram, veio um médico lá e disse, que não era pra eu dar mais o peito a ela. Aí eu fui e tirei né ela do peito. [...], ai a psicóloga de lá me chamou pra gente conversar, ai pronto foi na hora que eu soube [...].Era bom que fizesse antes de, de ter né o bebê, mas

também assim, eles não ia adivinhar né? Nem eu que fiz todos os exames quando eu estava grávida e não deu [...]. (Entrevistada nº 6- grifos nossos).

A entrevistada 06 relata em seu depoimento que teve seu bebê sozinha na cama de uma enfermaria no ISEA sem nenhum atendimento médico. Ressalta ainda em sua fala que não sabia de sua condição sorológica, pois o resultado do exame não saiu a tempo, chegando inclusive a amamentar seu bebê. Tal fala reforça mais uma vez a má qualidade do atendimento prestado pela instituição e a falta dos cuidados em saúde necessários, no que se refere à humanização do atendimento.

A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação, para melhor compreender o outro com suas especificidades. A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, o depoimento que se segue demonstra a importância do apoio recebido pelos profissionais do SAE, considerando que a família não sabe que ela contraiu a doença. Enfatiza em sua fala que optou por omitir sua sorologia em função do preconceito da família com a doença, não podendo assim contar com o apoio dos familiares. Sendo assim, além do seu marido, somente os profissionais do SAE tem possibilitado o apoio necessário que esta precisa.

[...] ninguém da minha família sabe, a pessoa não pode contar com alguma pessoa, assim da família, ninguém, eu conto, aqui só com as meninas mesmo, porque dos pessoal de casa não tem como, é um jeito preconceituoso.[...] não tem nem como, eu venho pra cá quando é tempo de consulta, eu tenho que inventar uma desculpa, tem que dizer que vem fazer consulta do ouvido, não posso dizer que é pra isso porque se souber, Ave Maria, vira as costas na hora! aí só posso contar com as meninas daqui! O pessoal daqui e com meu esposo, somente! tirando isso, esses anos todinho, às vezes eu tenho coragem de contar e ao mesmo tempo eu tenho medo! Aí eu fico, não... primeiro os médico me deram conselho também disseram que se o pessoal em casa fosse preconceituoso era melhor nem contar, ficasse na minha! porque pra contar e virar as costas e desprezar, disse que era melhor não contar [...], conto com meu marido, com as meninas que tem aqui, as pessoas aqui são mais família do que as de lá, então tá bom, só isso (risos). (Entrevistada nº 5).

Ter contraído o HIV/Aids promove uma segregação muitas vezes da própria família e inúmeras vezes o afastamento da vida social, o indivíduo 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, na medida em que o apoio familiar é fundamental no enfrentamento da doença.

Destacamos ainda o depoimento a seguir:

[...] no começo que a gente descobre é muito triste, entendeu? É muito triste mais é, em primeiro lugar a gente tem que amar a vida [...]. Você diz assim, meu Deus o que foi que eu fiz pra merecer isso? E no primeiro estágio vai pensar o que eu pensei, vou parar em frente a um caminhão, me jogar em frente e acabar com tudo isso, entendeu? Só que ao mesmo tempo eu pensei, meu Deus eu vou acabar com a vida dessa pessoa que tá dirigindo esse caminhão e com a minha, entendeu? Porque essa pessoa vai responder por esse, por esse fato que eu causei né? Então assim é dolorido! É, é triste, entendeu? Até hoje eu me pego às vezes chorando, mais a primeira coisa que a gente tem que fazer é amar a vida, entendeu? Porque assim, é... pode ter dificuldades que eu não conheço, na, no atendimento ao público né? Que pra mim não fui mal atendida, então assim tem os medicamentos né? Tem pessoas que tá ali como profissional entendeu? E que vão cuidar da gente, entendeu? Tem profissionais sigilosos que tá cuidando de mim até hoje, entendeu? Então assim, eu acho que não tem que ter medo depois que descobrir, tem que só se entregar nas mãos de Deus, faz o que eu fiz (choro) tanto é que eu já tenho meu quarto filho, foi cesárea porque eu quis fazer a laqueadura, né? E estou feliz! esse choro não é de tristeza é alegria viu? É de alegria, por conta que Deus me abençoou e meus filhos não nasceram com o vírus, então só tenho a agradecer a toda a equipe que me atendeu que eu não sei os nomes (risos) mas, dos faxineiros a todos eles sempre me atenderam bem, na sala onde eu fiquei cirurgiada tudo, tenho o que reclamar não, sinceramente não (risos) é isso, pronto! (Entrevistada nº 10).

A entrevistada 10 demonstra em sua fala, o impacto ao descobrir a infecção pelo vírus HIV, ressaltando que pensou em tirar a própria vida. Destaca também a qualidade do atendimento recebido pelos profissionais numa perspectiva da humanização do atendimento, o que é extrema importância, o respeito com tais mulheres é fundamental frente aos temores, sofrimentos e medos relacionados à soropositividade, potencializado pela singularidade característica da gravidez.

APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a percepção das mulheres vivendo com HIV/Aids que são assistidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE), acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o período de gestação e no momento do parto.

A discriminação e o preconceito que acompanham o HIV desde a descoberta dos primeiros casos são os grandes responsáveis pela negação dos direitos destas cidadãs. Conforme destaca MIRANDA (2008), lutar contra a Aids implica combater todas as formas de desigualdade, preconceito e discriminação, que acabam levando aos indivíduos que contraem tal doença a morte civil.

A partir dos dados coletados durante o processo investigativo, percebemos o sofrimento e a angústia das mulheres que contraíram o vírus, uma vez que ainda é uma doença sem cura e que sempre esteve carregada de estigma, preconceito e de exclusão social. Estas passaram por experiências negativas, por causa do estigma e discriminação relacionados ao HIV/Aids. Muitas recorrem ao sigilo para não se tornarem vítimas da discriminação, outras se isolam do convívio social.

A morte física não tem sido o desafio maior no enfrentamento da doença, mas a morte social, essa sim, tem sido o principal desafio a ser enfrentado por estas mulheres que passam por processos de exclusão social cotidianamente, tendo constantemente seus direitos negados.

Foi possível identificar a partir dos resultados desse estudo, que a maioria das mulheres entrevistadas enfrentam o preconceito, a discriminação, o descaso e a desumanização por parte dos profissionais de saúde que lidam com tal segmento. No que diz respeito à discriminação partindo dos profissionais de saúde, CARVALHO (2009, p.32) afirma que “esse aspecto é intensificado quando se verificam comportamentos discriminatórios por parte de profissionais de saúde na assistência devido a falhas na formação/capacitação para lidar com HIV/aids”.

Conforme discutimos no decorrer deste trabalho, é essencial uma formação em saúde que possibilite a superação do modelo biologicista, desumanizado e a fragmentação do saber que historicamente prevaleceu nas práticas em saúde. Humanizar e qualificar a atenção em

saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos de direitos, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004).

O surgimento de doenças como a Aids vem exigir a construção de um novo perfil profissional, nos fazendo refletir sobre o tratamento prestado a esta categoria social, sobretudo, às mulheres no momento da gestação e do parto, considerando que carregam consigo muitas perguntas, incertezas e medos frente a sua condição sorológica no contexto da maternidade.

Os resultados desse estudo apontam para a necessidade da implantação de estratégias de intervenção e prevenção às práticas discriminatórias às mulheres gestantes HIV positivas no ciclo gravídico em serviços de saúde, bem como da importância de se aprofundar o debate em torno da formação em saúde, uma formação que possibilite efetivamente o respeito aos direitos dos usuários, como condição *sine qua non* para a garantia de um atendimento humanizado.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, F. I. **A feminização da epidemia de AIDS no Brasil**: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Coleção ABIA. Saúde sexual e reprodutiva, nº 3. Rio de Janeiro, 2001. p. 7-23.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: Bases de Ação Programática. Brasília, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-Aids**. Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Brasília, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Parto em soropositivos**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/parto>
Acesso em: 19 jan. 2015
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional e Humanização. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids**. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaida
Acesso em: 15 jan.2015
- _____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. 1ed. Março, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Transmissão Vertical do HIV e Sífilis**: estratégias para redução e eliminação. Brasília, 2014.
- BRAVO, M. I. et al. (Orgs). **Políticas públicas de DST/aids e controle social no Estado do Rio de Janeiro**: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à aids. Nº 5. Coleção ABIA: Políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

BRITO, A. M. de.C.; EUCLIDES, A. de. SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 34(2): 207-217, mar-abr, 2000.

CARVALHO, A. L. de S. **Atenção ao Usuário em um Centro de Referência HIV/aids em Natal/RN**: perspectiva de profissionais e usuários. Dissertação de Mestrado. Natal: UFRN, 2009.

CAMPOS, G. V. S. **Reforma da Reforma**: Pensando a saúde. São Paulo, Hucitec,1999.

CHEQUER, P. **ABC do HIV**. Diretor da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. Cadernos pela Vida Especial, 1998.

CLEMENTINO, M. O. **SERVIÇO SOCIAL E HIV/AIDS**: Uma análise da prática profissional no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e Hepatites Virais (SAE) do Município de Campina Grande –PB, 2014. Monografia (Graduação em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), 2014.

COSTA, C. H. N. **Nobel da Paz**: Lair Guerra de Macedo em nome das vitórias brasileiras sobre a Aids. Universidade Federal do Piauí. Disponível em:

http://agenciaaids.com.br/home/artigos/artigo_detalhe/60 Acesso em: 27 de jul de 2016.

FIGUEIREDO, R. M. **A enfermagem diante do Paciente com AIDS e a Morte**. (Dissertação)- Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas. Campinas, SP, 2003.

FONSECA, M. G. *et al.* AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. In. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v,16 (Sup. 1), p. 77-87, 2000. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16s1/2214.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In PARKER, R. (Org). **Políticas, instituições e Aids**: enfrentando a Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Zaha/ABIA, 1997.

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

GARCIA, S.; S., Mendes F. de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. In. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, (supl.2), p. 9-20, 2010. Disponível em :

https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=lgbFU6eWOM6i8we45lGIBQ&gws_rd=ssl#q=Aids+em+pressoas+com+nivel+de+instru%C3%A7%C3%A3o+elevado-.pdf. Acesso em: 15 jul. 2014.

GERMANO, M. I. S. Aids, a hora das mulheres: vulnerabilidade versus responsabilidade. In: **Revista Contexto Saúde**, ano 2, nº 3, jul/dez, 2002.

GIL, A. C.. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUEDES, H. H. do S. **O Desafio da Prevenção em HIV/Aids**: Um estudo acerca das Práticas de Saúde nos Serviços de Referência em Juiz de Fora/ MG. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFJF, Juiz de Fora, MG, 2010.

LUZ, S. R. C. **O cuidado à gestante soropositiva no pré-natal**: uma balança para os medos, sofrimentos e discriminações, 2011. Dissertação (Mestrado em Teologia) Escola Superior de Teologia. São Leopoldo, 2011.

Manual de Normas para Elaboração de Projetos e Monografias – FIO. Disponível em: http://fio.edu.br/manualtcc/co/7_Material_ou_Metodos.html. Acesso em: 03 jan. 2015

MARTINELLI, M. L. (org). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

MARQUES, M. C. da C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. In. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, vol. 9 (suplemento), p. 41-65, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9s0/02.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2014.

MIRANDA, A.A. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos In. **Direitos Humanos e HIV/Aids**: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil — Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/sites/default/files/DIREITOS_HUMANOS.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

MONTEIRO, J. F. P. **O Processo de trabalho em HIV/Aids**: A visão dos profissionais (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Psicologia- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP, São Paulo, 2006.

O que é o SINAN. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 03 jan. 2015.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova York, 1948.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. **Revista Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 27, agosto 2003.

PARKER, R.. AGGLETON, Peter. **Estigma, Discriminação e AIDS**. Coleção ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Cidadania e Direitos, nº 1. Rio de Janeiro, 2001.

PARKER, R. (org.) **Políticas, instituições e AIDS**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ABIA, 1997.

PATRIOTA, L. M.; AMORIM, J. de A. SCHULZE, M. B. **Aids: Transformações sociais, políticas e culturas produzidas pela epidemia.** Faculdade de Ciências Humanas- FUMEC, Belo Horizonte, MG, 2003.

PAIVA, A. M. B. de. **A percepção das pessoas vivendo com HIV/Aids acerca da atuação dos profissionais de saúde:** Um estudo junto à Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/Aids – no município de Campina Grande-PB, 2012. Monografia (Graduação em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), 2012.

PEREIRA, A. J.; NICHATA. L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas pública. In. **Ciência de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro v. 16, n. 7, p. 3249-3257, Julho 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2014.

QUALIAIDS. **Avaliação e Monitoramento da Qualidade e Recomendações de Boas Práticas da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS.** Brasília - DF, 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_qualiaids.pdf. Acesso em: 25 fev. 2014.

RICHARDSON, R. J. (*et al.*) .**Pesquisa social: Métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SANTOS, A. R. dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento.** 6 ed. Rio de janeiro: DP&A, 2004.

SANTOS, R. M. dos. **O serviço social e a Exclusão/ Inclusão dos portadores de HIV/AIDS:** Demandas e Desafios nos hospitais públicos, 2005. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, 2005.

TAVARES, A. S. ANDRADE, M. SILVA, Jorge Luiz Lima da. *Do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Breve histórico.* **Revista Promoção da Saúde** v.5, nº 2, p. 30-32, 2009.

UNAIDS. **Organização Mundial de Saúde.** 2013, disponível em <http://www.unaids.org.br/>>. Acesso em: 05 set. 2013

VILLARINHO, M. V. (*et al.*). Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. In. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, vol.66, n. 2, p, 271-277, Mar, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

APÊNDICES



O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIAS

PARTE I - Perfil Sócio- Econômico das usuárias

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador (a):

Dados Sócio - Econômicos:

1. Idade:

2. Sexo:

() Masculino Feminino ()

3. Escolaridade

() Sem instrução

() Alfabetizado

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

4. Estado civil

() Solteiro (a) () Casado (a) () Separado (a) () Outros _____

5. Situação ocupacional, atualmente está trabalhando?

Sim Não

6. Moradia.

Própria Alugada Cedida Invadida

7. Possui quantos Filhos?

1 filho 2 filhos 3 filhos 4 ou mais filhos

8. Renda Individual:

- Não recebe salário
 Menos de 1 salário mínimo
 1 salário mínimo
 2 a 3 salário mínimos
 Mais de 3 salários mínimos

9. Origem da Renda

- Benefício, qual? _____
 Pensão
 Aposentadoria
 salário
 outros

PARTE II- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS USUÁRIAS

1. O que é Aids para você?
2. Há quanto tempo descobriu sua sorologia? Como descobriu?
3. Quais as dificuldades encontradas ao procurar os serviços de saúde desde que descobriu sua sorologia?
4. Já sofreu algum tipo de discriminação ao ser atendida nas instituições de saúde? Se sim, relate.
5. Qual a sua opinião em relação à atuação dos profissionais da saúde no cuidado com as pessoas vivendo com HIV/Aids?
6. Como foi encaminhada para o Serviço de Assistência especializada – SAE?
7. Há quanto tempo está em tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE)?
8. Teria alguma sugestão para um melhor atendimento nos serviços de saúde? Se sim, qual?
9. Gostaria de acrescentar mais alguma informação a essa entrevista?

ANEXOS

ANEXO I

**Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**”, desenvolvido pela aluna Valdênia Nogueira de Lima do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a orientação da professora Maria do Socorro Pontes de Souza.

CAMPINA GRANDE, 04/05/2015

**Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais (SAE)
CNPJ: 245135780001-21.**

ANEXO II

**Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Eu, Maria do Socorro Pontes de Souza (a) do Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba, portador (a) do RG: 1.326.127 SSP/PB e CPF: 691.617.394-72 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

CAMPINA GRANDE, 04/05/2015

ANEXO III

**Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Eu, Valdênia Nogueira de Lima, estudante do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 3374.929 SSP/PB e CPF: 085.250.974-03 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da resolução 466/12 do CNS que dispõe sobre Ética em pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução

Por ser verdade assino o presente compromisso

CAMPINA GRANDE, 04/05/2015

Pesquisadora

ANEXO IV



Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Informações sobre a pesquisa

A pesquisa que irei participar tem como tema: **O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**, coordenada pela professora do Departamento de Serviço Social Maria do Socorro Pontes de Souza e pela aluna do curso de Serviço Social Valdênia Nogueira de Lima.

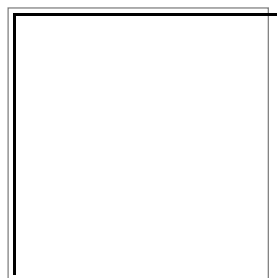
1. O estudo tem por objetivo Analisar a percepção das mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE), acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o período de gestação e no momento do parto.
2. A coleta de dados será feita através de entrevistas semi estruturadas e utilizar-se-á para análise dos dados da técnica de análise de conteúdo.
3. Se desejar, para maiores esclarecimentos, ou outra necessidade durante ou após a coleta de dados, procurar os responsáveis do Departamento de Serviço social da UEPB.
4. Os resultados da pesquisa estarão ao alcance dos interessados no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e do Departamento de Serviço Social da UEPB logo após a sua conclusão.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa: **O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**, após ter sido informado pelo pesquisador que:

- A minha participação é voluntária, podendo me retirar do estudo, se assim desejar, em qualquer momento durante a realização da entrevista, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo pessoal ou profissional.
- Está assegurado o meu anonimato quando da divulgação dos resultados da pesquisa e resguardando o sigilo de dados confidenciais.
- Autorizo a gravação da entrevista e a divulgação dos resultados.

Ass. do entrevistado (a)

Ass. do pesquisador (a)



Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

CAMPINA GRANDE, 04/05/2015

ANEXO V**TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO**

O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO E PARTO: UM ESTUDO JUNTO ÀS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Pesquisadora: Valdênia Nogueira de Lima

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade das usuárias cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

CAMPINA GRANDE, 04/05/2015

Nome do Pesquisador
Responsável

Assinatura do Pesquisador
Responsável

Nome(s) de todos pesquisador(es)
participante(s)

Assinatura(s) de todos pesquisador(es)
participante(s)