



**Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**

**TACIANA MARIA DA SILVA**

**DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS DE  
MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS ATENDIDAS EM UM  
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE RECIFE/PE**

**Recife  
2016**

**TACIANA MARIA DA SILVA**

**DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS DE  
MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS ATENDIDAS EM UM  
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE RECIFE/PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Raquel Cavalcante Soares.

**Recife**

**2016**

## Catalogação na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586d

Silva, Taciana Maria da

Direitos reprodutivos e direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência de Recife/PE / Taciana Maria da Silva. - 2016.

150 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Raquel Cavalcante Soares.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2016.

Inclui referência e apêndices.

1. Direitos reprodutivos. 2. Sexo. 3. Reprodução. 4. Mulheres. 5. Saúde. 6. HIV(Vírus). I. Soares, Raquel Cavalcante (Orientadora). II. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2016 – 132)

**TACIANA MARIA DA SILVA**

**DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS DE MULHERES  
VIVENDO COM HIV/AIDS ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA DE RECIFE/PE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Serviço Social.

Situação: Aprovada

Data da Aprovação: 31 de maio de 2016.

Banca Examinadora:

---

Dr<sup>a</sup> Raquel Cavalcante soares (Orientadora e Examinadora Interna)  
Departamento de Serviço Social da UFPE

---

Dr<sup>a</sup> Ana Cristina de Souza Vieira (Examinadora Interna)  
Departamento de Serviço Social da UFPE

---

Dr<sup>a</sup> Maria Solange Guerra Rocha (Examinadora Externa)  
Departamento de Serviço Social da UCT/África do Sul

---

Dr<sup>a</sup> Mônica Rodrigues Costa (Suplente Interna)  
Departamento de Serviço Social da UFPE

---

Dr<sup>a</sup> Giselli Caetano dos Santos (Suplente Externa)  
Hospital Correia Picanço, Recife/PE

Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas... continuarei a escrever.

Clarice Lispector

Dedico este trabalho a minha família, sem a qual eu não conseguiria chegar até aqui. Mainha, Tamires e Marcelo, muito obrigada. Amo vocês.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha Mãe, uma mulher forte e guerreira, que trabalhou muito para que seus filhos tivessem as oportunidades que ela não teve. Sem ela eu não teria chegado até aqui. Mainha essa vitória é nossa, mais uma né... e nada que eu disser será o bastante para expressar o quanto lhe sou grata. Te amo muito.

A minha irmã Tamires e meu irmão Marcelo, pelo apoio, pela ajuda, pela torcida e pela confiança. Sei que posso contar com vocês para tudo e digo o mesmo, tenham em mim uma irmã, amiga e companheira para todas as horas.

E aos demais familiares que sempre acreditaram em mim.

Ao meu namorado Marcílio, por seu apoio e palavras de incentivo em todo esse processo. Ter você ao meu lado é muito importante.

Aos meus amigos e amigas que sempre me apoiaram e incentivaram para que eu não desistisse do sonho de fazer uma faculdade. E continuar estudando. Não vou citar nomes porque a lista seria imensa.

As minhas queridas companheiras de trabalho, Cláudia, Luciana, Cristiana, Juliana, Fatima, Liliane, Isabela e Thuanny, aprendi com cada uma delas algo valioso. Agradeço pelo apoio e ajuda, por compreenderem os momentos em que tive que me ausentar de minhas funções, as trocas de horário e tudo mais. Elas foram um suporte incrível.

À minha orientadora, Raquel Soares, pelas valiosas contribuições na elaboração do deste trabalho.

Agradeço à Professora Ana Vieira, por ter me dado a oportunidade de participar da pesquisa como bolsista de Iniciação Científica quando eu ainda era estudante de graduação. E posteriormente nas pesquisas que tive a oportunidade de participar. Não esquecerei a valiosa contribuição que a senhora deu para minha formação profissional. E espero que continuemos trabalhando juntas.

Aos professores(as) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pelos momentos de discussão em sala e extra sala.

Agradeço imensamente a Giselli Caetano, por ter dado todo suporte no momento que fui realizar o trabalho de campo. Sem sua ajuda tudo teria sido bem mais difícil. Muito obrigada.

Agradeço imensamente aos profissionais de saúde e as mulheres que se prontificaram em participar das entrevistas. Sem a participação deles esse trabalho não seria possível.

Agradeço a Solange Rocha pelas contribuições e sugestões. Muito obrigada.

Agradeço imensamente às minhas colegas de turma, Ingrid, Niedja, Vivi, Jack, Bárbara e Laís.... pelos bons momentos que passamos juntas. Adora vocês.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente com essa dissertação.

## RESUMO

As políticas sociais para enfrentamento da crescente epidemia de Aids desde o início da década de 1980 foram centradas no controle epidemiológico e na prevenção. No entanto, uma série de contradições na implementação e eficácia dessas políticas vêm sendo observadas por diversos pesquisadores e especialistas. Tem sido notório o crescimento da epidemia entre as mulheres. Tal problemática tem evidenciado uma série de questões relacionadas à saúde da mulher vivendo com HIV/Aids, dentre elas as relativas à sexualidade e reprodução. O objetivo principal desta dissertação foi analisar a lógica das estratégias, seu significado e práticas em saúde relacionadas ao acesso de mulheres soropositivas aos direitos reprodutivos e direitos sexuais em paralelo faz-se necessário também analisar as possíveis formas abertas e veladas de negação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/Aids e quais as estratégias adotadas pelo serviço de referência para que elas exerçam o direito de escolha da maternidade de maneira saudável, sem riscos de reinfecção, infecção do parceiro ou do feto. Esta pesquisa possibilitou aprofundar e apreender o debate acerca das contradições e conflitos presentes em nosso problema de pesquisa e está fundamentada na Teoria Social Crítica. Como procedimentos metodológicos fizemos uso de: análise documental; revisão bibliográfica; entrevista semi estruturada e grupo focal. Consideramos que mesmo com os avanços obtidos com a elaboração da Política Nacional de DST/Aids, no que se refere à saúde das mulheres, percebe-se objetivamente uma série de contradições na sua efetivação, pois o tratamento antirretroviral por si só não resolve a gama de problemas oriundos da infecção. Além da garantia de antirretroviral, se faz necessário o acesso a medicamentos para doenças oportunistas, a ampliação do acesso a especialistas. Nas entrevistas com os profissionais do serviço de referência identificamos por parte da maioria o desconhecimento em relação aos direitos reprodutivos e sexuais, falta de articulação e planejamento sobre esses direitos, e que atuação sobre essa temática é caracterizada por práticas individualizadas, embora ocorra a preocupação em orientar as mulheres sobre métodos contraceptivos e de reprodução. Uma dificuldade importante apontada por esses profissionais foi a alta demanda de atendimentos em relação ao número de profissionais; reflexo da atual situação da

saúde pública brasileira de precarização, subfinanciamento, privatização. No grupo focal percebemos o desconhecimento das mulheres sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais, refletidos em práticas inseguras de prevenção e dificuldade em negociar o uso de preservativo com seus parceiros. Acreditamos que ignorar/negar os direitos reprodutivos e direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids não faz com que eles desapareçam, pelo contrário, não possibilita a sua reflexão, desfavorecendo o debate sobre o assunto e dificultando o poder de negociação das mulheres no uso de preservativo.

Palavras-chave – Direitos. Sexualidade. Reprodução. Mulheres com HIV/Aids. Saúde Integral.

## ABSTRACT

Social policies to confront the growing AIDS epidemic since the 1980s were centered on epidemic control and prevention. However, a number of contradictions in the implementation and efficacy of these policies have been observed by many investigators and experts. It has been noticeable growth of the epidemic among women. This issue has highlighted a number of questions related to women's health living with HIV / AIDS, among them those related to sexuality and reproduction. The main objective of this thesis was to analyze the logic of strategies, its meaning and health practices related to access of HIV-positive women to reproductive and sexual rights, in parallel it is necessary to also analyze the possible open and veiled forms of denial of sexual and reproductive rights of women living with HIV / AIDS and what are the strategies adopted by the referral service so that they exercise their right to choose the healthy way maternity, without the risk of reinfection, infection of the partner or of the fetus. This research allowed deepening and grasping the debate about the contradictions and conflicts present in our research problem from theoretical discussions. This study is based on elements of Critical Social Theory. As methodological procedures we use: analysis of documents; literature review; semi structured interviews and focus group. We consider that even with the progress made with the development of the National Policy of STD / AIDS in relation to women's health it's perceived objectively a series of contradictions in its effectiveness because the antiretroviral treatment alone does not solve the range of problems arising from the infection. In addition to antiretroviral guarantee, it is necessary the access to drugs against opportunistic diseases and expanding access to specialists. In interviews with professionals of referral service we realize individual performance of each, although occur concern in guiding women on contraceptives and methods of breeding the best possible way. A major difficulty pointed out by these professionals was the high demand for care in relation to the number of professionals; reflection of the current situation of the Brazilian public health, precariousness, underfunding, privatization. In focus group we noticed the lack of knowledge of women on reproductive and sexual rights, reflected in unsafe practices to prevent and difficulty to negotiate condom use with their partners. We believe that ignore / deny the reproductive and sexual rights of women living with HIV / AIDS does not make them

disappear, however, does not allow its reflection, disadvantaging the debate on the subject and difficult bargaining power of women in use condom. So women after acquisition of these and other information get better conditions to have autonomy over their lives and more consciously make sexual and reproductive choices; and the professionals who accompany them have the role of supporting the decisions adopted and the recognition of the risks and benefits assumed from certainties situations or uncertainties, advantages or disadvantages.

Keywords – Rights. Sexuality. Reproduction. Women with HIV / AIDS. Integral Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABIA – Associação Interdisciplinar de Aids

ACTG – Protocolo Aids Clinical Trial Group

ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica

Aids – Síndrome da Imunodeficiência adquirida

ARV – Antirretroviral

BM – Banco Mundial

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento.

CISAM – Centro Integrado Amaury de Medeiros

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CN-DST/AIDS – Coordenação Nacional de DST/Aids

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CF – Constituição Federal

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

CRT – Centro de Referência e Tratamento

DIU – Dispositivo Intrauterino

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DRU – Desvinculação de Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégias de Saúde da Família

EAD – Ensino à Distância

EUA – Estados Unidos da América

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FMI – Fundo Monetário Internacional

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HCP – Hospital Correia Picanço

HSH – Homens que fazem Sexo com outros Homens

IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatísticas

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

MAC- Método Anticoncepcional

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações não – governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OSS – Orçamento da Seguridade social

OSs – Organizações Sociais de Saúde

PAM – Plano de Ações e Metas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST/Aids

PPGSS – Pós-Graduação em Serviço Social

PVHA - Pessoas Vivendo com o HIV e Aids

POA – Plano Operativo Anual

PSF – Programa de Saúde da Família

RFS – Rede Nacional Feminista de Saúde e Reprodução

RMR – Região Metropolitana do Recife

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SES/PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV – Tratamento Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV – Transmissão Vertical

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids

UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
1.1 Tendências atuais da política de saúde no Brasil.....	23
1.2 A integralidade no SUS e a saúde integral para as mulheres: pressupostos para o debate.....	35
1.3 Política nacional de hiv/aids: trajetória e tendência.....	42
<b>CAPÍTULO 2</b>	
2.1 Mulheres e HIV/Aids: elementos importantes para discussão.....	56
2.2 Marco teórico – conceitual e político dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.....	70
<b>CAPÍTULO 3</b>	
3.1 Processo de pesquisa – caracterização metodológica.....	84
3.1.2 Aspectos éticos.....	87
3.1.3 Breve caracterização do sae-hcp.....	88
3.1.4 Sujeitos da pesquisa e critérios de escolha.....	89
- perfil dos profissionais de saúde do sae.....	91
- perfil das mulheres que participaram do grupo focal.....	97
3.2 Estratégias adotadas pela equipe multiprofissional para viabilizar o acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres vivendo com hiv/aids.....	98
3.3 Percepção das mulheres vivendo com hiv/aids da garantia ou negação dos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos no cotidiano do sae.....	111
3.4 A lógica das estratégias, significados e práticas em direitos sexuais e direitos reprodutivos para mulheres vivendo com hiv/aids.....	120
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Grupo Focal com mulheres vivendo com HIV/Aids.....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE C – Entrevista semi-estruturada profissional de saúde.....</b>	<b>146</b>

## **INTRODUÇÃO**

A presente dissertação consubstancia uma pesquisa de mestrado realizada no âmbito do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – PPGSS - UFPE. Teve como objeto de estudo os direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres vivendo com HIV/Aids e a política de saúde para pessoas com HIV/Aids.

O interesse por esse tema surgiu a partir da participação em uma pesquisa, como bolsista de iniciação científica, e posteriormente como bolsista de apoio técnico, que abordava desigualdade, pobreza e Aids e o acesso de pessoas vivendo com HIV/Aids aos serviços de saúde de referência. Nessa pesquisa também foi abordada a feminização da Aids e outras tendências da epidemia de HIV/Aids. O fato de durante o trabalho de campo da pesquisa, participar dos grupos focais com homens e mulheres nos serviços de referência propiciou um importante momento de aprendizado, pois foi possível observar nas falas de algumas das mulheres presentes nos grupos a necessidade de acesso a informações quanto aos seus direitos reprodutivos e direitos sexuais, no que se refere à política em si e ao atendimento nos serviços de saúde de referência. Além da importância da relação entre usuários e profissionais de saúde.

Com esta pesquisa pudemos aprofundar e apreender o debate acerca das contradições e conflitos em nosso problema de estudo.

Assim, a partir da discussão teórica e histórica do problema real do acesso das mulheres que vivem com HIV/Aids aos seus direitos reprodutivos e direitos sexuais, a nossa questão de pesquisa foi: Qual a lógica que vem fundamentando as estratégias, os significados e práticas relacionadas ao acesso de direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/Aids no cotidiano de um serviço de referência em Recife/PE?

Os nossos objetivos foram:

### **Objetivo Geral**

- Analisar a lógica das estratégias, o seu significado e práticas em direitos sexuais e direitos reprodutivos para mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas no SAE - Hospital Correia Picanço em Recife - PE.

## Objetivos Específicos

- Identificar e analisar as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional do Hospital Correia Picanço relacionadas ao acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/Aids.
- Analisar como as mulheres vivendo com HIV/Aids percebem a garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos e identificar as possíveis formas abertas e veladas de negação desses direitos no cotidiano do SAE – Hospital Correia Picanço.
- Analisar como as mulheres com HIV/Aids vivenciam a sexualidade e como essa sexualidade foi ou não objeto da política social no âmbito do atendimento do SAE Correia Picanço.
- Analisar como as mulheres vivenciam a maternidade, tendo em vista as relações/papéis desiguais de gênero e sua condição de soropositividade.

A política de saúde, como as demais políticas públicas, está inserida num contexto que segue a lógica do capital, em meio a contradições e luta de classes. Passou por um longo processo para que se viabilizassem direitos sociais. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não se pode dissociá-las (POLIGNANO, 2008).

A contrarreforma do Estado foi implantada num contexto político e econômico de ajuste fiscal, com implicações político-ideológicas que demarcam as atuais tendências de retorno à filantropia para o enfrentamento da questão social, sob a égide das ideias neoliberais (MARTINIANO et al, 2011). Concorde-se com os autores que desde a década de 1990 aos governos atuais, há uma priorização da política econômica neoliberal, que impede o financiamento para as áreas sociais, em especial a saúde.

A política de saúde no Brasil vem sendo tensionada por dois projetos que representam interesses antagônicos. Um é o projeto de favorecimento do capital, e o outro o projeto de setores progressistas da sociedade civil que defendem o SUS e seus princípios, integrantes da proposta da reforma sanitária. Esse tensionamento existe, principalmente, devido às resistências políticas ao projeto do capital.

Corroboramos Correia (2008) quanto à da necessidade de fortalecer a articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto

para a sociedade, que tenha como horizonte o rompimento com os organismos financeiros internacionais e com a lógica a que esses servem e reproduzem, a lógica do capital. E a crescente luta e articulação das classes subalternas sobre as ações do Estado pode se constituir em uma estratégia para resistir às contrarreformas em curso.

As tendências das políticas de saúde, de privatização, mercantilização, tecnificação, subfinanciamento, precarização refletem no campo de atenção integral à saúde da mulher, gera contradições nos avanços e limites da implementação do preceito da integralidade. O movimento de luta pelos direitos das mulheres buscava a ampliação do conceito de integralidade. Conceito aqui considerado como um marco nas políticas públicas de saúde, de ética, de civilidade, que expressa a correlação de forças na conjuntura brasileira (SOARES, 2009).

O caráter focalizado, precarizado e pontual, que a política de saúde assume em tempos de contrarreforma neoliberal, contribui para intensificação de violações de direitos que tangem à humanização e qualidade na atenção saúde da mulher e direitos sexuais e direitos reprodutivos.

As atuações governamentais tomadas para combater a crescente epidemia da Aids desde o início na década de 1980, foram criar políticas específicas para o controle epidemiológico e a prevenção. Além das dificuldades de implementação e eficácia destas políticas é evidente o crescimento das mulheres vivendo com HIV/Aids.

Particularmente em relação ao programa de DST/Aids, a contrarreforma e os retrocessos e perdas a ela relacionados ganham contornos ainda mais perversos. Influenciada diretamente pelas orientações do Banco Mundial e agências internacionais/multilaterais, a política de combate ao HIV/Aids no Brasil historicamente privilegiou o financiamento de projetos de prevenção e até socioassistenciais executados por Organizações Não-Governamentais-ONGs (SOARES *et al*, 2016).

O Brasil passou por grandes avanços tecnológicos no que se refere ao tratamento com antirretrovirais. Com isso, a possibilidade de ter filhos entre casais soro-concordantes (quando os dois têm o vírus) ou soro-diferentes (quando apenas um tem o vírus) pode ser considerada, desde que alguns procedimentos sejam respeitados, tais como a contagem do nível de CD4<sup>1</sup>, o uso ininterrupto dos antirretrovirais durante a gestação, o trabalho de parto e o parto (por via

---

<sup>1</sup> A contagem do **linfócito** CD4 é um teste laboratorial muito importante. As células CD4 são do tipo glóbulos brancos. Eles são os melhores indicadores de como está funcionando o sistema imunológico da pessoa HIV positivo. Se a primeira contagem das células CD4 é maior que 60 por microlitro de sangue, o teste deve ser repetido a cada 6 meses. A contagem CD4 e o teste de carga viral são os critérios mais comuns para decidir quando começar o tratamento com as drogas anti-vírus e anti-pneumonia.

intravenosa), a fim de reduzir a carga viral<sup>2</sup> da mulher a níveis muito baixos ou indetectáveis, diminuindo as chances de transmissão materno-infantil. Após o nascimento do bebê deve-se iniciar o uso de medicamento antirretroviral por 42 dias, e após esse período a criança deve passar por um exame para verificar se está com o vírus (GONÇALVES *et al*, 2009).

Esses autores destacam ainda que os riscos de transmissão do HIV de mãe para filho pode ser comparado a outras doenças que ocorrem na gestação, desde que os procedimentos citados acima sejam seguidos. Afirmam também que com os procedimentos técnicos para reduzir os riscos da transmissão vertical-TV, a contraindicação da gravidez para mulheres soropositivas é moral, como se as mulheres soropositivas não tivessem direito à maternidade, ideias que podem estar presentes não só na equipe de saúde, mas na família e nas próprias mulheres.

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva são temas que começaram a ganhar força na década de 60, período em que são promovidas internacionalmente as políticas de planejamento familiar. Mas a luta pelos direitos das mulheres já se iniciava no século XIX e na primeira metade do século XX, época em que o movimento de mulheres já lutava pela igualdade, com ênfase nos direitos à educação e ao voto.

Os movimentos feministas e de mulheres agregaram à luta os aspectos ligados à sexualidade e reprodução da mulher, visando ao poder de decidir sobre os próprios corpos e a igualdade de gênero. Com o aumento expressivo de mulheres com HIV/Aids, a partir da década de 1990, a luta por direitos sexuais e direitos reprodutivos foram extensivos às mulheres vivendo com HIV/Aids.

Entendemos que o acesso ao tratamento antirretroviral e a uma equipe multiprofissional especializada em HIV/Aids não é garantia de qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV/Aids, principalmente, para as mulheres que estão inseridas em um contexto de pobreza, desigualdade de gênero e privação de saúde integral e de direitos sexuais e direitos reprodutivos.

A garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos vai além das técnicas para a mulher com HIV/Aids engravidar. É necessário que ela tenha subsídios para compreender, acessar e exercer esses direitos, com livre domínio sobre seu corpo e autonomia para decidir quando, como e com quem quer ter filhos, sendo HIV+ ou não. As estratégias adotadas nos

---

<sup>2</sup> Carga viral refere-se à quantidade de HIV circulante no sangue. É usada para monitorizar a progressão da doença e ajudar os médicos a tomarem decisões com relação ao tratamento de um paciente.

serviços de referência são importantes para viabilizar as mulheres o acesso a direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Por direitos sexuais entende-se a livre expressão e vivência da sexualidade sem violência, discriminações e imposições e respeito pleno pelo corpo do parceiro. Os direitos reprodutivos são concebidos como o direito das pessoas sobre a decisão, livre e responsável, de ter ou não filhos, como também o número de filhos e em que momento de suas vidas a mulher os deseja. O movimento feminista e de mulheres orientaram-se pela visão da saúde sexual e saúde reprodutiva e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos com parte dos direitos humanos.

A discussão acerca de direitos sexuais e direitos reprodutivos está intrinsecamente ligada à saúde sexual e saúde reprodutiva, mas destaca-se que a discussão dos direitos vai além da questão da saúde, mesmo a saúde sendo um direito humano fundamental.

Este estudo está fundamentado em elementos da Teoria Social Crítica. Optamos por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa. Com uso de técnica de entrevista semi-estruturada. Como procedimento metodológico utilizamos a: análise documental, revisão bibliográfica, entrevista com profissionais de saúde e grupo focal com mulheres atendidas no serviço de saúde de referência. No terceiro capítulo detalhamos os procedimentos metodológicos adotados.

O trabalho de campo foi realizado em Serviço de Atenção Especializada – SAE localizado no Hospital Correia Picanço. O ambulatório SAE tem destaque por oferecer atendimento ambulatorial especializado para pessoas vivendo com HIV/Aids. Os aspectos éticos e legais vigentes foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012. O projeto da pesquisa foi aprovado em setembro de 2015, com a CAAE - 47485015.3.0000.5208.

Esta dissertação esta composta por introdução, 3 capítulos de discussão e as considerações finais.

No primeiro capítulo realizamos a discussão das tendências atuais da política de saúde, suas contradições e particularidades. Inicialmente discutimos a política social para dar suporte à discussão da política de saúde. E em que contexto ela vem sendo implementada. Debates o princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde-SUS, que deve considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades. A atenção integral à saúde da mulher é também importante para esta discussão, pois a partir da luta de movimento de mulheres e feministas, que fizeram pressão no governo para que direitos fossem viabilizados e com isso foi criada a política de atenção integral à saúde das mulheres. O último sub tópico deste capítulo foi a discussão da política de HIV/Aids,

procurou-se abordar desde o início da epidemias e as primeiras ações governamentais até a atual situação da epidemia e das medidas adotados pelo governo para enfrenta-la.

No segundo capítulo discutimos inicialmente a relação mulher e HIV/Aids, trazendo elementos importantes como o patriarcado, a desigualdade de gênero, corpo, sexualidade e aspectos que contribuem para a feminização da epidemia de HIV/Aids. Em outro sub tópico discutimos os marcos teórico-conceituais e políticos dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Direitos esses que integram os direitos humanos, e foram viabilizados a partir de muita luta do movimento feminista e de mulheres. Vinham sendo discutidos desde a década de 1960 aproximadamente, mas a partir da década de 1990, através de conferências nacionais e internacionais ganharam força.

O terceiro capítulo foi dedicado à discussão e análise do material obtido com as entrevistas individuais e com grupo focal. Inicialmente realizamos a descrição dos processos da pesquisa e a caracterização metodológica; elencamos as questões éticas; realizamos breve caracterização do serviço de atenção especializada em que o trabalho de campo foi realizado; apresentamos os sujeitos da pesquisa e os critérios de escolha. O processo de idas e vindas, leituras e reflexões, aproximações e distanciamentos refletiram os resultados apresentados, a partir da análise dos dados coletados. Com a análise das entrevistas podemos entender as estratégias, significados e práticas para acesso a direitos sexuais e direitos reprodutivos. Bem como a lógica que envolve as ações dos profissionais de saúde com as mulheres vivendo com HIV/Aids.

Por fim, nas considerações finais, sintetizamos o que aprendemos ao longo da pesquisa e trouxemos nossas impressões e considerações a partir do acúmulo teórico e material coletado, procurando responder aos objetivos propostos.

Nas entrevistas com os profissionais de saúde do serviço de referência percebemos atuação individualizada e fragmentada de cada um, embora ocorra a preocupação em orientar as mulheres sobre métodos contraceptivos e de reprodução da melhor forma possível. Apesar de contar com equipe multiprofissional, não ocorre trabalho interdisciplinar. Algumas dificuldades importantes apontadas por esses profissionais foram a alta demanda de atendimentos em relação ao número de profissionais, acarretando longo intervalo entre as consultas, a falta de capacitação e atualização desses profissionais; reflexo da atual situação da saúde pública brasileira, de precarização, subfinanciamento, privatização.

No grupo focal percebemos o desconhecimento das mulheres sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais, refletidos em práticas inseguras de prevenção e dificuldade em negociar o uso de preservativo com seus parceiros. Ignorar/negar os direitos reprodutivos e

direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids não faz com que eles desapareçam, pelo contrário, não possibilita a sua reflexão, desfavorecendo o debate sobre o assunto e dificultando o poder de negociação das mulheres no uso de preservativo. Assim, após aquisição destas e de outras informações as mulheres adquirem melhores condições para ter autonomia sobre suas vidas, sua saúde e seu corpo e de forma mais consciente farão escolhas sexuais e reprodutivas. Aos profissionais que as acompanham cabe o papel de apoio nas decisões adotadas e o reconhecimento dos riscos e benefícios assumidos a partir de situações de certezas ou incertezas, vantagens ou desvantagens.

## **CAPÍTULO 1**

### **1.1 Tendências atuais da Política de Saúde no Brasil**

A política de saúde, como as demais políticas públicas, está inserida num contexto que segue a lógica do capital, em meio a contradições e luta de classes. Por isso, antes de tecermos comentários a respeito da política de saúde no Brasil, é imperativo abordar mesmo que sucintamente a política social, que em geral, é reconhecida como um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, a partir do reconhecimento das expressões multifacetadas da questão social inerente às relações sociais e do momento em que os trabalhadores assumem um papel político e revolucionário (BEHRING E BOSCHETTI, 2008).

A política social é um fenômeno que se generaliza, no trânsito do imperialismo clássico para o capitalismo tardio, trazendo um conjunto de tendências e contra tendências que acarretam consequências importantes para as políticas sociais, apontando para diminuição dos gastos sociais (BEHRING, 2015).

Por volta do século XIX e início do século XX, as bases materiais e subjetivas do liberalismo começam a enfraquecer. A concorrência intercapitalista gerou o confronto aberto entre as empresas, com isso as elites político-econômicas começam a reconhecer os limites do mercado a partir da crise de 1929/33. A crise traz a desconfiança de que os pressupostos do liberalismo econômico poderiam estar errados.

As primeiras medidas de proteção social surgem no final do século XIX, na Europa Ocidental. No pós 2ª Guerra Mundial, as medidas de seguridade social nos países capitalistas

mais desenvolvidos se generalizam, construindo a experiência do Estado de Bem-Estar Social. Em que o Estado deveria reestabelecer o equilíbrio econômico e garantir o incremento das políticas sociais, com a ampliação de direitos mínimos para todos, que assegurem a produção e reprodução do capital (BEHRING, 2008).

Este modelo vai de encontro aos preceitos liberais, em que o Estado deve apenas fornecer a base legal para o mercado livre maximizar os benefícios aos homens. Um Estado mínimo que teria apenas que defender-se contra os inimigos externos, proteger os indivíduos de ofensas dirigidas por outros, e prover obras públicas que não pudessem ser executadas pela iniciativa privada (BEHRING E BOSCHETTI, 2008).

Para conter a crise foram adotadas medidas que conjugaram o abandono do liberalismo ortodoxo e a adoção de medidas econômicas e sociais que não abandonaram o capitalismo. Estas medidas, geridas pela social democracia, sustentaram-se em três pilares: o fordismo, com a produção em massa para o consumo de massa; o Keynesianismo, com seu padrão de regulação econômica e social e por último a ampliação dos direitos mínimos para todos (BOSCHETTI, 2010).

Para a política social brasileira, a discussão e as tendências do papel do Estado, em tempos de crise, apontam consequências como o acirramento das disputas pelos recursos públicos como pressuposto exclusivo do capital e o estreitamento dos laços entre Estado e setor privado (SILVA, S. 2011).

A seguridade social foi inserida no sistema de proteção social brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988 (CF, 1988), significou a garantia de direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social. Embora tenha como orientação a estrutura do estado de Bem – Estar de países desenvolvidos, a particularidade brasileira, marcadamente no que diz respeito à desigualdade social e fragilidade do processo de publicização do Estado, não alcançou êxito na universalidade de benefícios sociais (MOTA *apud* MARTINIANO *et al*, 2011).

Nos últimos anos o Estado brasileiro vem adotando uma política de ajuste fiscal, rebatendo nas políticas sociais. Especificamente nas políticas de Seguridade Social as medidas adotadas vêm sendo mais nefastas, através de regras ditadas pela contrarreforma, que as responsabilizam pelos déficits públicos do Estado brasileiro (MARTINIANO *et al*, 2011). No ano de 2015 o governo realizou cortes em diversos ministérios, o da saúde foi um dos mais afetados, com o bloqueio de 11,7 bilhões. Essa redução reflete diretamente nos serviços de saúde ofertados.

No que tange às políticas de saúde, estas passaram por um longo processo para que se viabilizassem direitos sociais. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não se pode dissociá-las (POLIGNANO, 2008).

Concorda-se com Lobato (2011), que a saúde é uma necessidade humana básica. A saúde não está relacionada apenas à ausência da doença, o bem estar é um fator igualmente importante. Assim, a saúde também tem relação com um conjunto de situações que vão desde a segurança a uma renda razoável, uma habitação segura e um ambiente saudável. E essas necessidades não são de responsabilidade apenas do indivíduo, mas do Estado que deve adotar medidas sociais que favoreçam a coletividade. Os sistemas de saúde são uma importante arena política de disputa de poder e recursos na qual ocorrem conflitos distributivos, envolvendo atores sociais.

No Brasil a ação estatal na saúde começou a se efetivar a partir da década de 1930, em decorrência de transformações econômicas e políticas ocorridas no século XIX. As ações governamentais no campo da saúde eram centradas nas campanhas diante de epidemias. Nem os trabalhadores rurais, nem as empregadas domésticas ou os trabalhadores do setor informal tinham direito à atenção secundária e terciária à saúde ou à aposentadoria, apesar de terem uma considerável representação, em se tratando de população economicamente ativa, restando-lhes as instituições de caridade para obter acesso aos serviços de saúde. O governo só se preocupava com esses segmentos em momentos de catástrofes ou epidemia (VIEIRA, 2011).

Consolidou-se um modelo de atenção à saúde, ao longo do período desenvolvimentista brasileiro e, principalmente durante a ditadura militar, em que houve um crescimento dos serviços privados de saúde, vendedores de serviços ao Estado, para garantir o acesso a cuidados de saúde para os trabalhadores com vínculo formal de trabalho, usuários dos serviços previdenciários. Desde então, a concretização do direito à saúde tem enfrentado grandes batalhas com os segmentos a favor de uma perspectiva da saúde como mercadoria, na perspectiva do lucro do capital, como um bem que deve ser acessado por quem pode pagar os custos de ações com alto nível de conhecimento e tecnologia (VIEIRA, 2011).

A década de 1980 é caracterizada pela participação de novos sujeitos sociais discutindo as condições de vida da população. Cresceu a mobilização social com o intuito de lutar pela democratização e pelo fim da ditadura no país, o que ocasionou o surgimento de diversos movimentos. Nesse contexto surge o movimento de Reforma Sanitária Brasileira

(RSB) na luta pela saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SILVA, A. 2011).

Sob influência da RSB a proposta de acesso universal e atendimento integral passa a ser garantida legalmente na Constituição de 1988 que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. O SUS foi regulamentado em 1990, através das leis 8080/90 e 8142/90. Possibilitou o acesso universal às políticas de saúde, mas não se pode esquecer que a sua implantação ocorreu sob o contexto das reformas neoliberais. Assim o avanço do SUS é comprometido pelo descumprimento dos seus princípios básicos e uma omissão do governo na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (PAIM, 2003; POLIGNANO, 2008; BRAVO, 2008; SILVA, A. 2011).

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituídas pela Constituição de 1988, em seu art. 196, para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos. Para Cohn et al (2002) as políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços de saúde como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes. Garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula para viabilizá-lo.

Em nosso país, a formulação das políticas de saúde, levando em consideração a existência de uma rede insuficiente para uma demanda cada vez maior e mais diversificada, vem apresentando, reiteradamente, o critério de acesso como pressuposto da disponibilidade de serviços para prover o necessário atendimento às populações carentes. A intenção da universalidade se realiza no plano das políticas setoriais, o acesso ao direito à saúde, na prática cotidiana, está sujeito à desinformação dos usuários e às resistências dos profissionais de saúde, nem sempre preparados para modificar as suas atitudes (COHN *et al*, 2002).

Acesso para Travassos e Martins (2004) é a utilização dos serviços de saúde como centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Ou seja, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados às necessidades de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização, à política. E sua influência varia em função do tipo de serviço e da proposta assistencial.

Não concordamos inteiramente com esta colocação, pois o processo de utilização dos serviços de saúde vai além da interação comportamental entre indivíduo e profissional. O direcionamento político é o principal desafio, visto que o acesso aos serviços de saúde é penalizado por uma gestão política que reduz os gastos com a saúde, subfinanciando, focalizando e selecionando o atendimento e privatizando os serviços de saúde, o que interfere na proposta assistencial.

Nesses termos concorda-se com Cohn et al (2002) quando diz que a função do Estado e das políticas por ele elaboradas para garantir à população o acesso à rede de serviços, tais como, consultas com especialistas qualificados, medicamentos, em todos os níveis de complexidade, não é só ter o serviço, mas as pessoas têm que saber que ele existe, ter como chegar até ele e como usá-lo. E essas necessidades se estendem às mulheres soropositivas e aos seus direitos reprodutivos e direitos sexuais, pois acesso ao tratamento antirretroviral não é a única necessidade das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Entre as décadas de 1970/80, surge o que pode ser chamado de reinvenção do liberalismo, acompanhado de ataque ao Estado de Bem-Estar Social. E no que diz respeito aos programas sociais a articulação entre focalização, privatização e descentralização. Os neoliberais responsabilizam a ampliação dos direitos sociais, das políticas sociais e dos direitos relacionados ao trabalho por uma nova crise do capital. As medidas para conter esta nova crise (1969/73) vão desde fortes retrocessos dos direitos conquistados, à restrição das políticas sociais e abandono da universalidade e redistributividade.

De acordo com Boschetti (2010), em fins dos anos de 1990, com a negação das políticas sociais, percebe-se o crescimento da pobreza, do desemprego e da desigualdade. E o Brasil vive um tensionamento permanente entre a restituição do Estado democrático, com a ampliação dos direitos e políticas sociais, e sua materialização em contexto mundial de crise e de reestruturação do capital em uma perspectiva neoliberal.

A autora aponta ainda, que hoje a tendência mundial é de aumento da terceirização, informalidade, prestação de serviços precarizados, com frágil regulação econômica e social pelo Estado, destruição de postos de trabalho, menos emprego na indústria e na agricultura e manutenção ou leve crescimento no setor de serviços. Outra tendência no âmbito das políticas sociais é a mercantilização de serviços públicos como educação, saúde, previdência, de modo a criar novos nichos de mercado, como por exemplo, os cursos de Ensino a Distância-EAD e os planos privados de previdência e saúde.

A opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado

estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista.

A saúde apesar de ter como princípio a universalidade legal/formal, combina dois mecanismos perversos: o de acesso a serviços privados como parte dos benefícios ocupacionais oferecidos e o da expansão de planos de saúde populares (MOTA *apud* MARTINIANO *et al*, 2011). As ações em saúde passam a ser cada vez mais precarizadas, privatizadas e focalizadas.

Na década de 1990 percebe-se um redirecionamento das ações do Estado sob influência do neoliberalismo. Surge uma nova agenda de reformas com um conjunto de medidas, o chamado Consenso de Washington, cujo objetivo é a revisão constitucional. Essas medidas foram implementadas no governo de Fernando Henrique Cardoso. Com isso, o Brasil passa a adotar políticas de contenção de gastos públicos, com cortes no gasto social (MARTINIANO *et al*, 2011).

O Fundo Público vem exercendo o papel de socorrer a crise do capital, o que acarreta no retrocesso dos direitos sociais conquistados, trazendo rebatimentos para o financiamento de políticas sociais<sup>3</sup>. Salvador (2010) aponta que a financeirização da riqueza pressiona a política social, em especial a seguridade social, pois aí está o nicho dos produtos financeiros. Com isso, a proposta neoliberal é de transferir a proteção social do Estado para o mercado. E seria no mercado que os benefícios como aposentadoria e seguro de saúde seriam comprados, transformando os benefícios da seguridade social em “produtos” financeiros (SALVADOR, 2010).

Envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras, etc. Ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital. Em nosso país, o fundo público historicamente favoreceu a acumulação do capital, com características regressivas, tanto no lado do financiamento tributário quanto na destinação de recursos. Ou seja, “o orçamento público no Brasil é financiado pelos mais pobres e trabalhadores e apropriado pelos ricos” (SALVADOR, 2010).

Salvador (2010) destaca que o fundo público é financiado de forma regressiva e seria necessária uma reforma tributária que garantisse os direitos. No que concerne ao financiamento das políticas sociais, suas bases devem ser restabelecidas para que sejam

---

<sup>3</sup> Nesta discussão nos ampararemos nas reflexões do economista e doutor em política social Evilásio Salvador.

assegurados os direitos sociais preconizados na Constituição Federal. Para ele é fundamental extinguir a Desvinculação de Receitas da União-DRU<sup>4</sup> e carrear a totalidade desses recursos para a área social; ampliar de forma integral os recursos do orçamento da seguridade social na seguridade social; elaborar orçamentos da seguridade social, fiscais e das estatais de forma agregada; assegurar bases sustentadas de financiamento do SUS com a regularização da Emenda Constitucional nº 29; e assegurar que em médio prazo parte da capitalização do Fundo Soberano que está sendo constituído com recursos das taxas e *royalties* da exploração do pré-sal seja canalizada para o financiamento de programas sociais visando o combate à pobreza e a concentração de renda.

Na promulgação da Constituição Federal de 1988 foi definida como se daria a participação das esferas do governo, para o financiamento da saúde. Até a aprovação da lei nº 8080/90, 30% dos recursos do orçamento da Seguridade Social ia para saúde. Mas já no ano seguinte à lei 8080/90, os recursos para saúde tinha diminuído para 20%.

Com a Norma Operacional Básica-NOB-01/1993 a participação dos municípios no financiamento do SUS passou de 17,2% em 1994, para 21,3% em 2001. Esta NOB 01/93 também garantiu a transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, as chamadas transferências fundo a fundo. Esta lógica de transferência fundo a fundo deveria se firmar a partir das NOB/SUS-93 e NOB/SUS-96, como alternativa à lógica de remuneração por serviço produzido. Mas a remuneração por procedimento ou serviço produzido se tornou a opção pela saúde privada complementar. O que aprofundou a ideia da saúde como um negócio lucrativo e que contribuiu para a lógica de privatização da saúde por dentro do SUS (CONCEIÇÃO, CISLAGHI, TEIXEIRA, 2012).

Apenas em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional-EC nº 29 que definiu a forma de inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento do SUS. A EC nº 29 definiu que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar 7% de sua receita para saúde; e até 2004 deveriam atingir 12% para os estados e 15% para os municípios. A união deveria no primeiro ano ampliar em 5% o orçamento do ano anterior e corrigir de acordo com a variação do Produto Interno Bruto-PIB nos anos seguintes (CONCEIÇÃO, CISLAGHI, TEIXEIRA, 2012).

---

<sup>4</sup> A Desvinculação de Receitas da União (DRU) é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado. Criada em 1994 com o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), essa desvinculação foi instituída para estabilizar a economia logo após o Plano Real. No ano 2000, o nome foi trocado para Desvinculação de Receitas da União. Fonte: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>

As autoras afirmam em suas análises que nenhuma esfera cumpriu com o previsto. Observaram que apesar dos esforços, o SUS continua subfinanciado, representando menos de 17% do Orçamento da Seguridade Social-OSS e cerca de 5% das despesas efetivas do governo federal.

A contrarreforma do Estado foi implantada num contexto político e econômico de ajuste fiscal, com implicações político-ideológicas que demarcam as atuais tendências de retorno à filantropia para o enfrentamento da questão social, sob a égide das ideias neoliberais (MARTINIANO *et al*, 2011). Concorde-se com os autores que desde a década de 1990 aos governos atuais, há uma priorização da política econômica neoliberal, que impede o financiamento para as áreas sociais, em especial a saúde.

Para Bravo (2008), a tida Reforma do Estado ou contrarreforma é uma estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente. O Estado passa a ser apenas promotor e regulador do desenvolvimento econômico e social, transferindo sua responsabilidade executiva ao setor privado.

De acordo com March (2008), a Reforma do Aparelho do Estado formulada e parcialmente implementada pelo governo Fernando Henrique Cardoso e sua expressão setorial da saúde trazem claramente os princípios já assinalados por diversos autores como característicos das reformas propugnadas pelos organismos internacionais.

Destaca a subordinação das políticas sociais aos ditames da equipe econômica dos governos, cujas proposições políticas estão centradas em ajustes estruturais baseados na contenção de gastos públicos, sobretudo na área social; a separação entre o financiamento e a provisão das ações de saúde, com a privatização da segunda e a introdução de competição entre provedores públicos e privados como forma de aumentar a eficiência e supostamente a qualidade; a ênfase na função regulatória do Estado a ser desenvolvida por agências independentes; e, por último, mas não menos importante, mudanças na composição da força de trabalho do serviço público, com diferenciação entre os que compõem as carreiras típicas de estado - quadro restrito de funcionários públicos “essenciais” e os demais trabalhadores a partir da redução de direitos dos últimos (MARCH, 2008).

Gomes (2014) trata em seu artigo a inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS, que ocorre a partir de sucessivas emendas, e a seu ver as contrarreformas se caracterizam como antidemocráticas e inconstitucionais. Surgem novos modelos de gestão que gradativamente transferem a assistência à saúde da esfera dos direitos para a esfera do

mercado, com o incentivo dos planos de saúde. A iniciativa privada que era para ser complementar, passa a assumir o SUS.

A reforma sanitária conquistada na 8ª Conferência Nacional de Saúde e asseguradas como direitos sociais fundamentais na Constituição de 1988 foram atacadas a partir da década de 1990 com o avanço do projeto neoliberal. Verificou-se um retrocesso em relação aos direitos sociais, inclusive o direito à saúde. O acesso universal e integral aos serviços de saúde fica ameaçado pela gestão privada.

Dos anos 2000 para cá, surge no Brasil o modelo do Novo desenvolvimentismo, o qual entra em cena após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, representando uma terceira via, tanto ao projeto neoliberal quanto ao socialismo. Este modelo defendia uma estratégia de desenvolvimento nacional para romper com a ortodoxia convencional do neoliberalismo. Diferencia-se do nacional-desenvolvimentismo em três pontos: maior abertura do comércio internacional; maior investimento privado na infraestrutura e maior preocupação com a estabilidade macroeconômica (CASTELO, 2012).

O novo desenvolvimentismo surge em um cenário que não bastava ação do mercado, era necessária intervenção do Estado. Objetiva o equilíbrio entre o crescimento econômico e o desenvolvimento social, qualificados como autossustentáveis na área econômica, social e ambiental. Percebe-se que este modelo ultrapassa o neoliberalismo, mas não está além do capital (MOTA, PERUZZO, AMARAL, 2010).

Este modelo passa a ser seguido também no Brasil, além de outros países da América – Latina. De acordo com Vieira (2008), no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, a orientação neoliberal é mantida, privilegiando a estabilização fiscal, com hegemonia do capital financeiro, mantendo as taxas de juros mais altas do mundo e garantindo um superávit primário maior que o exigido pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). Percebe-se uma restrição da proteção social, que deixa algumas marcas, tais como: a universalização restrita; privatização da oferta de serviços públicos; descentralização das políticas sociais; aumento da participação não governamental na provisão de serviços e focalização das políticas sociais sobre a pobreza extrema.

As desigualdades persistem, mas o que modificou foi o modo de enfrentar a pobreza, através de políticas compensatórias, nelas estão os programas de transferência de renda. Estas políticas aumentam o consumo das famílias pobres e em contra partida as deixam endividadas, não interferindo na origem das desigualdades.

Quanto às políticas de saúde, educação, previdência, habitação, entre outras, foram mercantilizadas pelos governos neoliberais e permanecem assim no novo

desenvolvimentismo. São objeto de uma forte reação da direita continental, historicamente patrimonialista, oligárquica e antirreformista, frente a qualquer iniciativa de universalização.

Portanto, entende-se que o novo desenvolvimentismo não comporta crescimento com equidade, com sustentabilidade ambiental muito menos com enfrentamento das desigualdades sociais (MOTA, PERUZZO, AMARAL, 2010).

Inepto, ineficaz, ineficiente e responsável pelo déficit público foram alguns dos adjetivos atribuídos para designar a crise estrutural do Estado (SIMIONATTO, 2000). Para a autora esse discurso vem fortalecendo a dicotomia entre “público” e “privado”, caracterizando como público tudo que é ineficaz, sem eficiência e por privado o que é tido como de qualidade. O setor público passa a atuar com as funções essenciais, como justiça, segurança interna, relações exteriores, e ao privado cabe a atuação nas políticas públicas de saúde, educação, previdência e assistência.

Ainda de acordo com Simionatto (2000), no âmbito da saúde um dos grandes articuladores da reforma na área é o Banco Mundial, que como forma de agilizar as políticas econômicas ortodoxas tem buscado subordinar os gastos em saúde ao sucesso do ajuste estrutural, delimitando a ação do Estado à providência de um pacote básico de serviços clínicos e saúde pública. O Banco Mundial utiliza indicadores como má alocação de recursos, iniquidades, ineficiência, baixa qualidade de serviços e explosão de custos para redirecionar a agenda da política de saúde, cabendo ao Estado apenas a atenção primária, e ao mercado a oferta dos serviços de alto custo para quem pode pagar.

A agenda do Banco Mundial subordina a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência macroeconômica dos países em processo de ajuste estrutural, fortalecendo o mercado para financiar e oferecer os cuidados em saúde. Ou seja, a nova pauta para as políticas públicas em saúde implicaria em um conjunto de escolhas dentro da lógica custo-efetividade, na perspectiva da racionalidade da oferta (CORREIA, 2008). De acordo com esta autora, o principal motivo de o Banco Mundial ter interesse na área da saúde, se dá pelo fato desta área ter passado a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital.

Soares (2009), aponta algumas tendências quanto à implementação e organização do SUS, que abarcam velhos padrões e modelos de atendimento focados nos serviços emergenciais e assistenciais; de inovações técnico-organizacionais e de gestão que são apresentadas como solução para os problemas do sistema ou mesmo como modernização da reforma sanitária, um cotidiano de negação e, dialeticamente, afirmação de direitos, de forma que, apesar dos ganhos expressivos como a diminuição da taxa de mortalidade infantil, a

estabilização da contaminação por HIV/Aids e da feminização, o sistema ainda está longe de atender de forma universal às necessidades sociais da população brasileira.

Como também não vem atendendo às necessidades das mulheres soropositivas de sexo seguro com microbidas, e profunda ação educativa, nos serviços de saúde, para desmistificar e incentivar o uso do preservativo feminino, a partir da abordagem feminista de poder e controle do corpo e que desejam engravidar de forma digna e segura.

As tendências das políticas de saúde, de privatização, mercantilização, tecnificação, subfinanciamento, precarização refletem no campo de atenção integral à saúde da mulher, gera contradições nos avanços e limites da implementação do preceito da integralidade. O movimento de luta pelos direitos das mulheres buscava a ampliação do conceito de integralidade. Conceito aqui considerado como um marco nas políticas públicas de saúde, de ética, de civilidade, que expressa a correlação de forças na conjuntura brasileira (SOARES, 2009).

A Contrarreforma do Estado apresenta a substituição da administração direta por entidades de direito privado como a melhor gestão para os recursos financeiros e humanos da saúde pública (GOMES, 2014). Mas para o mercado ampliar sua inserção, se torna necessário que a política de saúde pública seja precarizada e fragmentada e, sobretudo, não responda às reais necessidades da população (SOARES, 2010).

De acordo com Armstrong por Borges e colaboradores (2012), a privatização de um sistema de saúde pressupõe, no sentido amplo da palavra, a mudança no entendimento da saúde como um bem coletivo e um direito humano fundamental para um produto de consumo e uma responsabilidade privada.

As reformas neoliberais são orientadas não pela demanda da população, mas pela capacidade e interesse dos prestadores de serviço. A administração privada dos serviços públicos de saúde é justificada pela iniciativa privada como sendo eficiente e ágil, com serviços de qualidade. Para justificar e viabilizar a privatização da saúde, há o sucateamento dos serviços através do subfinanciamento e a deterioração dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde. O que temos como resultado é o aumento dos custos e a ampliação das barreiras de acesso à saúde dos pobres, idosos e deficientes, além das pessoas vivendo com HIV/Aids. O acesso à saúde é dado para quem pode pagar (BORGES *et al*, 2012).

Nesse contexto, são implementadas as Organizações Sociais de Saúde – OSs, aprovadas através da Lei 9.637/1998 que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais; a criação do Programa nacional de Publicização; a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais”. As OSs

podem, então, contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestam contas a órgãos de controle internos e externos de administração pública como bem coloca Araújo (2015). Na terceirização prevista na lei das OSs, o Estado transferiu seus hospitais, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e humanos à iniciativa privada.

Percebe-se cada vez mais, no contexto nacional, a transferência dos serviços de saúde para as OSs, que utilizam o aparato público, desde equipamentos até servidores públicos. Outro problema que surge no ano de 2011 é a proposta de gestão dos hospitais universitários através do modelo privado da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), autorizada pela lei 12.550/2011 (GOMES, 2014).

Portanto, podemos afirmar que a terceirização e privatização dos serviços do setor da saúde geram o fim de concursos públicos, a desorganização do processo de trabalho, a flexibilização dos contratos de trabalho e a precarização do trabalho do profissional da saúde, o desmonte da gestão única do SUS; compromete o sistema de referência e contrarreferência. Ou seja, o caráter universal e integral do SUS é comprometido, gerando também a não aplicabilidade e efetivação das políticas de saúde direcionadas às mulheres, e no que se refere aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

O cenário atual da política de saúde, expressa a violação do direito à saúde de qualidade e humanizada, apesar das políticas que respaldam esses direitos. No cotidiano dos serviços, a insuficiente oferta de profissionais, de materiais, e até as precárias condições do espaço físico dos serviços de referência podem contribuir com negação do acesso a serviços de saúde.

Pode-se observar também que o pouco tempo de consulta e o grande tempo de espera indicam, possivelmente, um grande número de usuários para um pequeno número de médicos e demais profissionais de saúde. O déficit de profissionais na saúde, a precarização da política e seu subfinanciamento histórico integram um movimento de superexploração do trabalho na saúde, que pode interferir na qualidade das práticas em saúde nos diversos serviços (SOARES, 2011).

Essas tendências atuais da política de saúde, têm reflexo direto nas práticas de assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids. Evidenciam a dificuldade de aplicabilidade das diretrizes do SUS, da política de HIV/Aids, e especificamente, a negação do direito, velado ou não, das mulheres vivendo com HIV/Aids de exercer de forma plena e saudável a sua sexualidade e reprodução.

## 1.2 A integralidade no SUS e a Saúde Integral para as Mulheres: pressupostos para o debate

O sistema Único de Saúde – SUS, instituído na Constituição Federal de 1988, tem como um de seus princípios norteadores a *integralidade*, que deve considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades. Este princípio junto com o da universalidade e equidade passa por um profundo processo de disputa, para se tornar realidade frente às propostas de fragmentação e focalização que vinham e vêm sendo implementadas no bojo das políticas neoliberais (Rocha, 2011).

Para Ayres (2009), não se pode dar um sentido único à integralidade, pois isso poderia limitar a diversidade de ideias e sujeitos que se orientam desse princípio. Propõe quatro eixos que norteiam a integralidade. O primeiro seria o eixo das necessidades, que diz respeito à capacidade de respostas às demandas dos serviços; o segundo eixo seria o das finalidades, diz respeito à integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. O terceiro seria o eixo das articulações, que se refere à composição de saberes interdisciplinares, multiprofissionais e ações intersetoriais para atenção à saúde e o último eixo seria o das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas do cuidado. Esses eixos são interdependentes, mas nenhum pode ser reduzido pelos demais.

Mattos (2001) aborda três sentidos da integralidade. O primeiro diz respeito à medicina integral, a qual criticava as atividades médicas cada vez mais fragmentadas. O que implica na impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes dos usuários, e tem caráter reducionista. Mattos (2001) defende a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos usuários que os procuram.

O segundo conjunto de sentidos da integralidade que o autor destaca diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde. O princípio da integralidade corresponderia a uma crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e serviços assistenciais. Como o autor tão bem afirma, a integralidade exige certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais.

O terceiro e último conjunto de sentidos da integralidade para Mattos (2001) remete às configurações de certas políticas específicas, que ele chama de políticas especiais. São políticas desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde que afligem certo grupo populacional, como por exemplo, as mulheres, crianças, idosos, entre outros.

Mattos (2004) coloca que a integralidade é comumente associada ao acesso a todos os serviços de saúde. Mas ele prefere não fazer essa associação. Prioriza a reflexão sobre as características das práticas que se pautam pela integralidade. Para o autor, defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos.

Corroboramos com Severo (2012) que a integralidade fundamenta a materialização do direito à saúde em sua concepção ampliada, ou seja, a saúde é compreendida a partir de fatores biopsicossociais do adoecimento e a partir de multideterminações do processo saúde-doença, se articula a dimensões históricas, sociais, econômicas, políticas e culturais e exige intervenções ampliadas.

As articulações entre as políticas norteadas pelo princípio da integralidade na saúde constituem-se num desafio e partem da relação com o modelo de produção e reprodução das relações sociais estabelecidas no modo de produção capitalista, constituído através da luta de classes e das contradições que lhe são inerentes.

Os desafios do princípio da integralidade na política caracterizam-se como sendo de ordem prática relacionada à administração e à organização dos serviços. Contudo a questão maior que se apresenta à materialização da integralidade na política, refere-se à direção política que é dada a esta. A discussão da integralidade no campo da saúde no contexto internacional e de desenvolvimento da política de saúde no Brasil é realizada em torno de mudanças do sistema de serviços de saúde (SEVERO, 2012).

Concordamos com Franco (2009), que o principal desafio para a integralidade é sua inserção como rotina na vida cotidiana dos serviços de saúde. E que é necessário que a integralidade torne-se operacional, prática, e absorvida por profissionais, usuários e gestores, para assim, garantir a eficácia dos serviços de saúde.

Mas o principal desafio para esse princípio ser rotina nos serviços é o fato do SUS estar inserido em uma política de saúde que a cada dia transfere o que é público para o privado, que privatiza os serviços, subfinancia e realiza cortes na saúde. Dificulta, assim, o acesso e o atendimento integral para a população, penalizando principalmente os mais pobres. A integralidade encontra barreiras também na atenção à saúde da mulher e das pessoas vivendo com HIV/Aids, apesar de terem políticas específicas. Então percebemos que o real está bem longe de ser o ideal, no que se refere à atenção integral na saúde brasileira.

De acordo com Carvalho por Rocha (2011) a dimensão da integralidade não é única, existem duas dimensões, uma vertical e outra horizontal. A dimensão vertical remete ao ser

humano, único e indivisível e a dimensão horizontal remete às ações de saúde em todos os níveis e em todos os aspectos biopsicossociais.

A integralidade veio inovar as políticas públicas de saúde, rompendo com a concepção de saúde-doença. O princípio da integralidade no SUS, não foi implantado conforme a proposta original do movimento sanitário, assim como também não foi realizada a proposta de saúde integral para as mulheres (ROCHA, 2011).

As diversas políticas de atenção às mulheres estão situadas no campo do cuidado, entre elas a Política de Saúde da Mulher, principalmente no que se refere à redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, incluindo o tema do aborto (MELO, 2011). Os movimentos feministas e de mulheres, nas últimas 5 décadas, vem lutando e levantando a discussão em torno de temas como saúde, sexualidade e reprodução. Sem deixar de lado os determinantes sociais e as relações desiguais de gênero em que elas estão inseridas

O termo integralidade faz parte de títulos de programas e políticas de saúde das mulheres, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM (1984) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PNAISM (2004), destacando que a atenção deve ser integral. Trata-se de estabelecer uma relação com o conceito de integralidade não como evidência, mas como um campo de análise passível de desnaturalizações (MEDEIROS E GUARESCHI, 2009). Para as autoras, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, sendo um princípio doutrinário, tanto no sentido de um saber que se produz sobre saúde quanto no de um campo de estruturação de práticas.

Para Mattos (2001), o movimento feminista no Brasil teve forte influência na construção de uso da noção de integralidade a partir do termo programa, direcionado a certos problemas de saúde, com ações organizadas para enfrentar um problema público. O movimento feminista propôs e contribuiu na elaboração do PAISM, subjacente a esse programa estava uma densa crítica ao modo como as questões e os problemas de saúde da mulher vinham sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde. Ou seja, os problemas de saúde da mulher eram pensados de forma reducionista e as respostas governamentais não respondiam por isso à preferência pela elaboração de um programa ao invés de mais uma política. Mas Mattos (2001) aponta que mesmo com os inegáveis avanços com a assistência integral para as mulheres, os seus limites também eram inegáveis, pois os programas têm repercussões institucionais, portanto a perspectiva de integralidade proposta pelo movimento feminista teve que ser delimitada.

Até meados da década de 1970, a saúde da mulher era tomada como objeto de políticas públicas de saúde apenas na dimensão procriativa, com cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, dando ênfase à visão da mulher como mãe. Tinha-se uma visão restrita da mulher enquanto mãe e doméstica responsável pela educação e o cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

O PAISM, criado em 1983, foi resultado da ação conjunta entre movimento sanitário e o movimento feminista, que traria uma nova forma de pensar e agir sobre as questões da saúde da mulher, dentro dos serviços de saúde. O PAISM deveria refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, com ações de saúde dirigidas para o atendimento global de suas necessidades prioritárias. O PAISM tinha como princípios e diretrizes, a hierarquização, descentralização e regionalização de serviços, num período em que, paralelamente ao Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço que embasaria o SUS. Este Programa foi o primeiro a tratar os direitos à saúde sexual e reprodutiva para as mulheres.

Este documento constitui um importante instrumento no que diz respeito ao debate do planejamento familiar, que é visto como direito de todos os cidadãos à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes sejam mais convenientes como indivíduo ou casal, e é extensivo às mulheres vivendo com HIV/Aids. Ao planejamento familiar deveria ser atribuído lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução para problemas sociais e econômicos (MEDEIROS E GUARESCHI, 2009).

As autoras destacam que de acordo com as feministas a inclusão da contracepção nas políticas públicas de saúde foi uma evolução, pois a mulher passaria a ser entendida como sujeito ativo de sua saúde, atendendo assim às questões referentes aos direitos reprodutivos. Colocam ainda que o conceito de gênero surge no PAISM como uma ação, ou seja, o programa se constitui na forma que pensamos esse sujeito-mulher-cidadã da saúde, que passa a se organizar para reivindicar os direitos sobre seu corpo.

Na década de 1990, a referência que se tinha de saúde pública muda, a Organização Mundial da Saúde difunde o conceito de saúde da mulher como o completo bem-estar físico e mental, sob o contexto das conquistas nacionais e internacionais na formulação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, o que incidiu sobre as mudanças de paradigmas relacionados à saúde da mulher. Assim o movimento feminista traçou como estratégia investir na efetivação das políticas públicas, inclusive participando da gestão, como nos espaços de controle social, adotando o conceito de integralidade das ações em saúde, para efetivar a proposição de saúde integral das mulheres (ROCHA, 2011).

Rocha (2011) coloca ainda que o conceito de integralidade defendido pelo movimento sanitário estava centrado na prática de saúde, e não incorporava as particularidades das condições e relações que marcaram o mundo social e reprodutivo das mulheres. Não atendia, na totalidade, à perspectiva de saúde integral das mulheres, a qual buscava alterar as relações sociais para igualdade de gênero com incorporação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Aqui se faz importante também falar do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996), rapidamente mencionado acima, com objetivo de expansão da assistência à anticoncepção na rede pública de saúde. Esta lei propõe a implementação de ações educativas nas unidades básicas de saúde; disponibilidade dos métodos contraceptivos, permitindo que as mulheres possam fazer escolhas contraceptivas; regulamentação da laqueadura tubária e acompanhamento sistemático de mulheres que fazem uso de métodos contraceptivos.

Inúmeras dificuldades têm sido observadas na implementação desta lei. A maioria dos métodos contraceptivos não está disponível nas unidades de saúde; as ações educativas propostas na lei raramente são efetuadas nas unidades de saúde; falta capacitação continuada dos profissionais de saúde para lidar com todos os métodos contraceptivos e as ações de planejamento familiar raramente estão associadas com as ações de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST e ao HIV/Aids (ROCHA, 2011).

Estas dificuldades ocorrem devido à lógica adotada na política de saúde, de subfinanciamento e privatização dos serviços de saúde, precarização do trabalho dos profissionais de saúde, limitando, assim, o acesso à saúde descentralizado e integral.

Foram criadas também medidas de incentivo ao acesso ao pré-natal, através do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento-PHPN. O referido programa foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 569 de 2000, dirigido às mulheres gestantes, aos recém-nascidos e às mulheres no pós-parto. Sua principal estratégia é a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos humanos e de responsabilidade das três esferas de governo (ROCHA, 2011).

Na década seguinte, especificamente no ano de 2002 foi criado o Projeto Nascer, com objetivo de avançar no controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita e reduzir a morbimortalidade associada a esta doença. Suas ações são dirigidas às mulheres no momento do parto, ou seja, durante sua estada na maternidade são oferecidas, após aconselhamento, realização do teste rápido para detecção da infecção pelo HIV para todas as gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal. Caso o teste seja reagente, devem

ser realizadas, imediatamente, as medidas terapêuticas cabíveis. O Projeto Nascer engloba ainda a disponibilização de fórmula infantil (ROCHA, 2011).

Este projeto sofre críticas, pois a realização do teste rápido para detecção do HIV/Aids no trabalho de parto, mesmo que com o consentimento da mulher, configura-se como uma agressão e vai de encontro com o que diz a própria lei de planejamento familiar, pois a mulher está em um momento de fragilidade e não tem como dar este consentimento de forma consciente. Demonstra também a falha no pré-natal, momento que deveria ser ofertado o teste rápido para HIV/Aids.

No ano de 2004, o PAISM passa a integrar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. A política tem na humanização e qualidade da atenção à saúde, condições essenciais para que ações de saúde se traduzam em resoluções de problemas identificados. Objetiva promover as condições de vida e saúde da mulher, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (PNAISM, 2004).

A referida política veio reforçar a necessidade de priorizar a saúde da mulher, tirando o foco do atendimento das funções de reprodutora e mãe, abrangendo necessidades que vão além da gestação e do parto. A PNAISM é direcionada também à atenção integral à saúde da mulher vivendo com HIV/Aids, no âmbito da prevenção, assistência e tratamento da doença (PNAISM, 2004).

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, que visa 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 saudável. Entre as ações do componente pré-natal da Rede Cegonha se encontram a prevenção e tratamento das DST, HIV/Aids e hepatites virais, com disponibilização de testes rápidos de Sífilis e HIV (ROCHA, 2011).

Mesmo a saúde sendo um direito de todos e dever do Estado, vivencia-se desde a década de 1990, um processo de desmonte das políticas de saúde pública, denominada por alguns autores como a contrarreforma do Estado. Faz-se importante discutir as tendências da contrarreforma na política de saúde e sua mediação com a política de atenção à saúde da mulher, bem como a garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos. O sucateamento e a

precarização da política de saúde incidem de forma negativa sobre as políticas de atenção à saúde da mulher, expressas na negação do acesso a serviços, nas filas de espera, no grande intervalo entre as consultas, na insuficiência do quadro de profissionais, a falta de estrutura física e de insumos (ASSUNÇÃO, SOARES, SERRANO, 2014).

O caráter focalizado, precarizado e pontual, que a política de saúde assume em tempos de contrarreforma neoliberal, contribuem para intensificação de violações de direitos que tangem à humanização e qualidade na atenção saúde da mulher e direitos sexuais e direitos reprodutivos.

A diferenciação do corpo, no cuidado em saúde, promovendo direitos, integrava um anseio pelo direito de ter/viver uma sexualidade, uma marcação política de um sujeito político e de alguns de seus direitos, que passam a ser assegurados, viabilizados culturalmente, pela organização de vários segmentos sociais. A integralidade seria colocar esse sujeito no social e não apenas atender a seu corpo (MEDEIROS E GUARESCHI. 2009). Problematizam que o que está posto hoje, é a viabilização como importante para a saúde da mulher, é a atuação sobre seus ciclos vitais como uma individualidade, no caso, ciclos de vida de “um corpo” de uma mulher. O que não fica à vista é a diferença das diferentes mulheres, que pode ser apontada como questão da intracategoria gênero, por exemplo, idade, raça/etnia, sexualidade, deficiência, soropositividade, entre outros.

Coelho et al (2009) colocam que a integralidade na atenção à saúde da mulher, concretiza-se com práticas de atenção que garantam acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto que estão inseridas e as necessidades geradas.

De acordo com estudo exploratório realizado por estas autoras, os profissionais de saúde da mulher vêm identificando obstáculos para construção da integralidade do cuidado. Cujas formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder que desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados, tais como, desigualdade social, de gênero. Além de que é necessário considerar que as tendências das políticas de saúde estão direcionadas para satisfazer às necessidades do capital, por isso o incentivo da iniciativa privada em substituição ao sistema público de saúde.

O cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível das demandas das mulheres, valorizando a influência das relações de gênero, raça/cor, etnia, classe, geração, condição sorológica no processo de saúde e de adoecimento das mulheres. Ou seja, ser uma

mulher soropositiva não deve ser um empecilho no que diz respeito a direitos sexuais e direitos reprodutivos.

É imperativo neste contexto atual lutar para que as conquistas adquiridas, no que se refere à saúde integral das mulheres, incluindo as mulheres vivendo com HIV/Aids, não sejam perdidas, e lutar para conquistar os direitos que ainda são negados.

### **1.3 Política Nacional de HIV/Aids: trajetória e tendência**

O surgimento do HIV/Aids no Brasil foi quase que simultâneo ao cenário internacional e sua gravidade já conhecida sinalizava o surgimento de um problema de saúde pública. Oficialmente, o primeiro caso foi diagnosticado em 1982, em São Paulo, especificamente no Hospital Emilio Ribas. No ano seguinte, o Rio de Janeiro apresentou o segundo caso e em 1985 foi identificado o primeiro caso de transmissão vertical (VILLARINHO *et al*, 2012).

A Aids passou a ser conhecida como “doença gay” por acometer os homossexuais. Com isso, a doença trouxe consigo diversos preconceitos com a homossexualidade e com as pessoas que tinham um comportamento sexual considerado desviante ou promíscuo. Isso fez com que homossexuais se articulassem em movimentos sociais, atuando na concretização das primeiras articulações da sociedade civil com órgãos de saúde para produzir uma resposta governamental à Aids.

O Brasil apresenta uma ampla diversidade étnica e cultural. Atualmente ultrapassa os 205 milhões de habitantes (IBGE, 2014), distribuídos por 26 estados e o Distrito Federal, com diferentes realidades culturais, sociais e econômicas. Apesar de estar em uma posição de destaque no cenário mundial, apresenta problemas estruturais como a desigualdade social e a má distribuição de renda. Essa diversidade brasileira se reflete na propagação e enfrentamento da Aids.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2015, publicado pelo Ministério da Saúde, cerca de 781 mil pessoas estariam vivendo com HIV/Aids no Brasil até o final ano de 2014, o que equivale a uma prevalência de 0,4%; na faixa etária entre 15 e 49 anos a prevalência é de 0,6%. Estima-se que destas pessoas, pelo menos 255.000 desconhecem que são soropositivos. São cerca de 260.000 mulheres infectadas no país. No Brasil, mais de 56% dos casos em mulheres são entre aquelas sem escolaridade ou que não concluíram o ensino fundamental (BRASIL, 2007).

Do início da epidemia, em 1982, até junho de 2015, foram registrados 798.366 casos de Aids. Destes 519.183 (65,0%) são homens e 278.960 (35,0%) são mulheres. A maior concentração de casos de Aids no Brasil está entre os indivíduos com idade 25 e 39 em ambos os sexos, ou seja, homens e mulheres em idade produtiva e reprodutiva (BRASIL, 2014).

No que se refere à mortalidade, desde o início da epidemia até dezembro de 2014 foram notificados 290.929 óbitos. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2014, nos últimos 10 anos a tendência de mortalidade é de queda, mas esta tendência não está presente em todas as regiões no Brasil. A tendência significativa de queda é observada nas regiões sul-sudeste, talvez por contarem com melhor acesso a tecnologias e serviços de saúde. Enquanto que nas regiões norte-nordeste a tendência é de crescimento nos últimos 10 anos. É observado também um aumento estatístico de óbitos entre mulheres e uma estabilização nos homens. Do total de óbitos registrados no Brasil, 206.991 (71,2%) correram em homens e 83.820 (28,8%) em mulheres (BRASIL, 2014).

As taxas de mortalidade diminuíram consideravelmente desde a implantação do acesso universal ao tratamento, com a distribuição gratuita do antirretroviral. Até outubro de 2014 quase 400 mil pessoas vivendo com HIV/Aids estavam realizando o tratamento antirretroviral (BRASIL, 2014).

O estado de Pernambuco tem uma população que ultrapassa os 9 milhões. Este dividido em 185 municípios. O Rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente em 2014 é de R\$802,00 (IBGE, 2014)<sup>5</sup>. Os municípios pernambucanos diferem economicamente, em que alguns municípios apresentam elevado crescimento.

No que se refere ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco, chama-se a atenção para a necessidade de planejamento de ações oportunas em todos os municípios do estado, objetivando a ampliação da detecção precoce do HIV/Aids, assim como o acesso a assistência especializada em tempo hábil. A estratégia adotada pelo estado, nos últimos anos, foi de ampliar a rede assistencial através da criação dos Centros de testagem e Aconselhamento-CTA e de Serviços de Atenção Especializada-SAE no interior do estado, procurando descentralizar os serviços na Região Metropolitana do Recife – RMR. Assim o diagnóstico e tratamento poderiam ser realizados no município de residência.

De acordo com o boletim do Programa Estadual DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, a epidemia está estabilizada desde 2002, mas em um patamar elevado, apresentando no

---

<sup>5</sup> Informações retiradas de <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>

período de 2002-2012 uma média de 1.115 casos notificados por ano com uma taxa de incidência média para o referido período de 13,4 casos por 100 mil habitantes.

No estado de Pernambuco entre os anos de 1983 e 2013 foram notificados 19.811 casos, sendo 12.898 homens e 6.913 mulheres. A razão por sexo em PE não difere muito da trajetória do Brasil, no ano de 2014 foi de 1,6, a razão de sexo nacional foi de 1,8 e no Nordeste de 1,7 (PERNAMBUCO, 2014). No ano de 2012, Recife foi a capital que demonstrou a maior taxa de incidência entre as demais do Nordeste. Além disso, a maioria dos municípios pernambucanos apresenta pelo menos um caso de Aids notificado. O estado de Pernambuco segue a tendência brasileira de **heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização**.

Segundo estimativas de prevalência de HIV em parturientes, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de aproximadamente 12 mil casos por ano. Em 2013, 59,9% dos casos esperados foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A região Nordeste apresentou o maior percentual de casos notificados em relação ao número esperado, 70,6%. De 2000 a junho de 2015 foram notificados um total de 92.210 casos de infecção de HIV em gestantes, a região Nordeste abarca 15,8% das infecções. Em 2014, foram identificadas 7.668 gestantes no Brasil, sendo 34,1% na região Sudeste, 30,2% no Sul, **20,0% no Nordeste**, 10,0% no Norte e 6,5% no Centro-Oeste. Desde 2000, a maioria das gestantes com HIV/Aids estão na faixa etária de 20-29 e 35-39. A taxa de detecção de gestante HIV + vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos. Com relação à escolaridade, a maioria delas não completou o ensino fundamental e se autodeclararam como pardas (BRASIL, 2014).

No estado de Pernambuco, entre 2000 e junho de 2014, foram notificados 3.028 casos de gestantes infectadas. Recife está em 16º lugar no ranking de detecção de gestantes HIV+ nas capitais brasileiras. No ano de 2013, foram notificados 272 casos novos (por 1.000 nascidos vivos); (PERNAMBUCO, 2014). Ainda de acordo com o boletim epidemiológico de 2014, no estado de PE desde a década de 1980 a junho de 2014 foram notificados 564 casos em menores de cinco anos de idade. A transmissão vertical é responsável por quase a totalidade de casos em menores de 13 anos.

No que se refere à notificação compulsória, no ano de 2014 foi publicada a Portaria ministerial nº 1.271 de 06 de junho de 2014, que define a lista para doenças de notificação compulsória. Nela, estão listadas a “Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS)”, a “Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV” e a

“Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)”. Considerando que ainda não foram implantadas no Sinan as novas fichas de notificação de casos de infecção pelo HIV, estes estão sendo registrados nas fichas de notificação de casos de Aids já existentes no Sinan, levando a dificuldades para a classificação dos casos de HIV e Aids. Até junho de 2014, foram notificados no Sinan NET 70.677 casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre adultos e 773 em crianças<sup>6</sup>.

A epidemia de Aids surgiu num período que a população achava que epidemias eram coisas do passado. Uma epidemia entendida como fenômeno social, mobiliza comunidades a revelar comportamentos que incorporam e reafirmam valores sociais e modos de compreensão do evento (ROSENBERG *apud* MARQUES, 2002).

Mann *apud* Parker e Aggleton (2001) em seus estudos realizados em fins da década de 1980, aponta ser possível identificar três fases da epidemia de Aids, essas fases são tão distintas que podem ser descritas como três epidemias diferentes. A primeira fase refere-se à epidemia da infecção por HIV; a segunda fase seria a epidemia de Aids propriamente dita e a terceira fase seria, potencialmente mais explosiva, nomeada por ele de epidemia das respostas sociais, culturais, econômicas e políticas à Aids. E esta terceira fase seria tão central para a Aids quanto a doença em si.

Grangeiro e colaboradores (2009) apontam que análises realizadas ainda na década de 1980 apontavam para o risco de a epidemia se generalizar na população brasileira e provocar expressivo impacto na economia e saúde. Isso devido à velocidade com que a epidemia crescia em um país diversificado social, econômica e culturalmente, com o surgimento de expressivos casos novos entre mulheres e homens heterossexuais e pela manutenção de incidências altas em grupos sociais mais vulneráveis.

As contribuições de Camargo Jr. (2013) são no sentido de acrescentar que desde o início da construção de uma forma de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, foi criada uma tensão interna entre os modelos reducionistas centrados na questão biomédica e outros mais abrangentes que dialogavam com um leque mais amplo de conhecimentos e buscando o protagonismo das pessoas soropositivas. Entrando na quarta década da doença, percebe-se que, historicamente, uma ou outra tendência predominou. Ele afirma ainda que:

No momento inicial dessa resposta, antes mesmo que o nome “Aids” fosse criado para denominar aquela estranha nova forma de adoecer, a abordagem estritamente biomédica foi

---

<sup>6</sup> No Boletim Epidemiológico de 2014, são apresentados dados referentes aos casos notificados no Sinan até 30/06/2014, tendo havido, portanto, muito pouco tempo para a notificação de casos de HIV pelos estados, desde a divulgação da Portaria nº 1.271, exceto aqueles que já vinham realizando as notificações em sistemas de informação locais (São Paulo, Distrito Federal e o município de Curitiba).

predominante; mesmo com limitações, não deixou de ter eficácia no desenho da nova entidade nosológica, na identificação de um vírus até então desconhecido e na fabricação de testes imunológicos que permitiram detectar a exposição ao vírus muito antes que a imunodeficiência propriamente dita se manifestasse. O teste permitiu tornar mais seguros bancos de sangue, e tornou-se um instrumento útil para a prevenção em várias formas (CAMARGO JR. 2013, PG.677).

O autor citado acima coloca ainda que a rápida promessa de produção terapêutica ou uma forma biomédica de profilaxia não se concretizou de imediato, o que fez com que as estratégias de prevenção adquirissem papel ainda mais central. O surgimento da terapia antirretroviral e sua incorporação ao programa nacional de DST/HIV/Aids, trouxe o seu fortalecimento, escudado numa perspectiva sanitária avançada de integração de prevenção e tratamento.

Concorda-se com a fala de Camargo Jr. (2013) de que mudanças na conjuntura política tem-se mostrado ameaçadoras à continuidade da resposta brasileira ao HIV/Aids. A interferência de forças políticas conservadoras de cunho religioso têm comprometido severamente a capacidade de propor iniciativas de prevenção dirigidas a populações mais vulneráveis. É preciso preservar o que foi conquistado e avançar na luta contra o HIV/Aids, sem se acomodar com glórias do passado, tendo em vista as ameaças muito concretas e presentes à sua manutenção.

A mobilização da sociedade civil, a fim de tentar enfrentar a doença, se estruturou em dois eixos: via o ativismo político, reivindicando direitos e via a solidariedade, buscando redefinir os princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas com o vírus. O Brasil teve destaque internacional no que se refere ao estilo criativo e de tolerância social, através de campanhas preventivas ousadas. A primeira delas foi em 1985, com o cartaz “*transe numa boa*”, produzido pelo GAPA-SP. Tinha o objetivo de chamar a atenção para a Aids e incentivar o sexo seguro para evitar infecções. A partir daí, as campanhas passaram a enfatizar o uso da camisinha como estratégia de saúde pública (GRANGEIRO *et al*, 2009).

Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST/HIV/Aids, que posteriormente foi considerado referência internacional por diversas agências internacionais. Este Programa foi elaborado após iniciativas bem sucedidas do Programa de Aids em São Paulo, incorporando um referencial não discriminatório e de defesa dos direitos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids – PVHA, oferecendo também normatizações nas áreas clínicas e epidemiológica, organizando grupo de trabalho sobre aspectos sociais, legais e direitos trabalhistas (GALVÃO, 2000).

Nesse mesmo ano, a Aids passou a ser incluída na relação de doenças de notificação compulsória do país, através da Portaria nº 1.100 de 24/05/1986. Em 1996 foi aprovada a Lei 9.313 de 13/11/1996, a qual garantia a distribuição gratuita de medicamentos para as pessoas vivendo com HIV/Aids, aumentando o tempo de vida das pessoas soropositivas. Esta iniciativa brasileira proporcionou um impacto positivo na realidade da epidemia, com redução da morbimortalidade, diminuições de internações hospitalares e mudanças no agir da sociedade e dos profissionais de saúde no cuidado com as pessoas HIV positivas (VILLARINHO *et al*, 2012).

Com o advento do Tratamento Antirretroviral - TARV combinada, popularmente conhecida por coquetel, os indicadores de mortalidade por Aids sofreram acentuadas alterações, principalmente nos países que dispõem desses medicamentos para distribuição universal e gratuita. Esses medicamento antirretrovirais - ARV são financiados por recursos federais, enquanto a cobertura para a assistência e tratamento é garantida por recursos financeiros dos estados e municípios.

Desde a primeira década da epidemia da Aids no Brasil, dada a sua importância, surgiram respostas em diversos setores da sociedade brasileira. Entre 1983 e 1985, os primeiros programas governamentais foram desenvolvidos no âmbito estadual. Ao longo do tempo, foram se organizando respostas locais e comunitárias e uma significativa interação entre as iniciativas locais e nacionais, além de respostas internacionais e intergovernamentais frente à epidemia.

As primeiras movimentações governamentais, em nível federal, para articular respostas nacionais frente à epidemia da Aids, ocorreram em 1985. As primeiras medidas eram decididas a partir de reuniões com técnicos e especialistas de vários estados brasileiros. Dentre estas estão a: vigilância epidemiológica, definição de grupos de risco (homossexuais, bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis – UDI, hemofílicos) e casos confirmados de Aids.

Em 1987, foi elaborado um documento intitulado “Estrutura e Proposta de Intervenção” nele está presente um plano de atividades para o Programa Nacional de Aids de 1988 a 1992. A partir deste plano de atividades o Programa Nacional passou a conceber de forma centralizada as normas e atividades a serem implantadas no país. Assim os estados deixaram de ser parceiros e interlocutores e passaram a ser executores das propostas elaboradas e coordenadas por Brasília (ROCHA, 2011).

Neste contexto, o Programa Nacional de Aids iniciou, em 1989, o Projeto PREVINA que abrangia ações de prevenção direcionadas a profissionais do sexo, homossexuais, internos

no sistema penitenciário e usuários de drogas injetáveis. O PREVINA se constituiu como o referencial para o campo das práticas de prevenção até as assinaturas dos acordos com o Banco Mundial – BM, cujos projetos foram popularmente chamados de Aids I,II,III e IV (ROCHA, 2011).

O Aids I foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Aids, obteve um orçamento total de 250 milhões de dólares, dos quais 160 milhões eram do Banco Mundial e 90 milhões do Brasil, com duração de quatro anos (1994-1998). Tinha como objetivo reduzir a incidência e a transmissão do HIV/DST e fortalecer as instituições públicas e privadas para o controle da epidemia (ROCHA, 2011).

Em 1998, finalizaram-se as negociações para um novo projeto, conhecido como o Aids II: “Desafios e Propostas”, que garantiria para os anos seguintes um empréstimo de 165 milhões de dólares do Banco Mundial em contrapartida de 135 milhões do Brasil durou de 1999 a 2003. Tinha como objetivo diminuir a incidência da infecção do HIV/DST e melhorar a assistência para as pessoas que vivem com HIV/Aids, através da qualificação de acesso, diagnóstico e tratamento (ROCHA, 2011).

O Aids III cobriu o período entre 2004 e 2006, com o valor de U\$ 100 milhões do empréstimo junto ao BIRD/ BM e U\$ 100 milhões de contrapartida nacional. Também visava diminuir a incidência do HIV/DST, melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e Aids e promover a resposta nacional (ROCHA, 2011).

Só em 2010 é que foi assinado o empréstimo para o Aids IV, um acordo de U\$ 200 milhões, U\$ 67 milhões pelo Banco Mundial e uma contrapartida nacional de US\$ 133 milhões. Ao longo do tempo, aumentou a contrapartida nacional e diminuiu o valor do empréstimo do Banco Mundial. Os recursos são destinados para o enfrentamento da Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Esta foi a primeira vez que o repasse de recursos esteve condicionado ao cumprimento de metas estabelecidas até 2014 (ROCHA, 2011).

As estratégias e agenda do Banco Mundial foram direcionadas para a reforma do sistema de saúde que engloba um tripé que integra o setor público, as ONGs e o setor privado, priorizando o investimento mínimo em saúde seguindo a lógica vigente do capitalismo. Mas a postura adotada pelo Banco no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e o seu papel no setor saúde recebeu críticas por priorizar gastos com a prevenção e as ONGs deixando de lado a assistência e o tratamento (GALVÃO, 2000).

No ano de 2013 foi regulamentada a Portaria nº 3.276 de 26/12/2013, de incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e Hepatites

Virais. O incentivo tem como objetivo garantir a estados, distrito federal e municípios a manutenção das ações de Vigilância, Prevenção e Controle, incluindo o apoio às Organizações da Sociedade Civil, a manutenção da casa de apoio e aquisição de formula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV. O valor deveria ser repassado em 12 parcelas mensais.

O repasse é realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde do ente federativo do estado, distrito ou município (BRASIL, 2013). Nesta portaria podemos consultar o anexo com os valores a serem repassados para cada estado no ano de 2014, vemos que a quantia para o estado de Pernambuco é de 7.372.835,00 de reais (BRASIL, 2013).

O Fundo Nacional de Saúde também repassa ao Fundo de Saúde do ente federado os recursos para exames de CD4 e de carga viral, compra de insumos, como preservativos masculino e feminino, gel. Os procedimentos individualizados de diagnóstico, acompanhamento ambulatorial e internação são regulados pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001).

No que se refere à rede ambulatorial de assistência houve um crescimento progressivo. Foram instituídos, através do Ministério da Saúde, projetos de Serviços de Assistência Especializada-SAE, Hospital Dia e Assistência Domiciliar Terapêutica-ADT (VILLARINHO *et al*, 2012).

A Portaria Conjunta N°01 de 16 de janeiro de 2013, estabelece a classificação dos serviços de atenção às DST/HIV/AIDS, define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento; que compreende além do Serviço de Atenção Especializada (SAE), os Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA), os Centros de Referência e Treinamento (CRT), a Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT) e a Unidade Dispensadora de Medicamentos – UDM.

O Serviço de Assistência Especializado (SAE) tem caráter ambulatorial, que presta assistência aos portadores de HIV/Aids e outras DSTs, propiciando o vínculo do paciente portador com uma equipe multiprofissional ao longo de sua enfermidade. Sua implantação se deu de forma descentralizada, a partir de 1994, por meio de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), pelo Ministério da Saúde (MS), às coordenações locais de DST e Aids (BRASIL, 2006). Existem 35 SAE no Estado de Pernambuco.

Dentre as principais atividades desenvolvidas nos SAEs para as pessoas vivendo com HIV/Aids, vale destacar: as ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas aos pacientes e seus parceiros, a assistência clínica, e psicossocial individual e/ou coletiva, as referências para serviços de apoio diagnóstico e laboratoriais, assegurando a realização de

contagem de células CD4/CD8, quantificação de carga viral, exames de genotipagem, assim como outros exames pertinentes à assistência, a assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou a referência estabelecida para os mesmos, a assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo as referências e contra referências, organizada pela Rede de Atenção à Saúde – RAS.

Outro serviço que está situado tanto na assistência quanto na prevenção são os Centros de Testagem e Aconselhamento-CTA, que tem o papel de promover a identificação precoce do HIV. Existem 31 CTAs em Pernambuco, onde são diagnosticados os casos de HIV/Aids. Quando o resultado do teste é reagente, as pessoas com vírus são encaminhadas aos SAEs para acompanhamento e tratamento.

Para Villarinho e colaboradores (2012), a estruturação de uma rede assistencial em HIV/Aids, contemplando majoritariamente ações de média e alta complexidade não tem sido suficiente para garantir integralidade da atenção à saúde. Apontam ainda que a descentralização dos serviços talvez seja o maior desafio para que a luta contra o HIV/aids contemple a permanência dos princípios igualitários e a implantação de programas e estratégias estaduais e municipais, além das diferenças culturais, regionais e sociais.

De acordo com Mattos (2001), a resposta brasileira à Aids talvez seja a que mais se aproxima da integralidade, no sentido de abarcar tanto a perspectiva preventiva quanto a perspectiva assistencial. Pois assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os antirretrovirais sem descuidar das práticas preventivas. Concebendo a Aids como um mosaico de epidemias, envolvendo diversos modos de transmissão, abarcando um elenco abrangente de estratégias e intervenções.

Concordamos em parte com esta afirmação, pois a garantia de acesso aos medicamentos antirretrovirais não é suficiente, faltam medicamentos para tratar doenças oportunistas, acesso a consultas com especialistas, e a exames de alta complexidade. Além dos determinantes sociais que tem igual importância. É necessária uma moradia adequada, renda suficiente. Com relação às práticas preventivas, deve-se garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, principalmente, para que a resposta à Aids realmente demonstre eficácia.

Concordamos com Vieira (2011) que o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids exige pessoal e serviços qualificados, recursos suficientes para o atendimento dos cidadãos e a área da saúde não pode ficar à mercê dos desígnios da crise existente, sob pena de regressão na garantia de direitos.

No início, a epidemia brasileira era concentrada em camadas mais escolarizadas e com maior poder aquisitivo, e a população masculina era fortemente atingida. Atualmente, evidencia-se a desigualdade de gênero e relaciona-se o aparecimento da doença às condições de vida, de trabalho, educação, habitação, ou seja, evidenciando os aspectos econômicos e sociais (ROCHA, 2011).

A epidemia de Aids no Brasil surgiu em um momento político marcado pela redemocratização do país, de grande mobilização social. Inicialmente, o programa brasileiro adotou ações focalizadas e precárias e por não dar conta do enfrentamento da epidemia dividiu a responsabilidade com as ONGs/Aids que acabaram por realizar o que era papel do Estado. Contaram com o apoio e financiamento do Banco Mundial, que acreditava que estas organizações não-governamentais teriam mais facilidade em dialogar com as comunidades (SANTOS, 2014).

De acordo com Marques (2002) a evolução das políticas de saúde em relação ao HIV/Aids no Brasil caracterizou-se por fases distintas considerando-se o desenvolvimento dos conhecimentos científicos em relação à doença, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na construção das respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais.

Para Rocha (2003), as possibilidades para o enfrentamento da epidemia passam a ter que ser repensadas no cotidiano a partir de questões a respeito de qual projeto de desenvolvimento se quer para a humanidade e quais as garantias para usufruir os direitos humanos. Ressalta ainda que as causas estruturais do crescimento da epidemia de Aids sempre estiveram no âmbito do debate dos movimentos sociais que lutam contra ela. Apesar de o Brasil ter um programa modelo para muitos outros países, com boas respostas, tem um programa estruturado num contexto de reforma neoliberal do Estado, com privatizações, cortes de investimentos para saúde e sucateamento dos serviços.

Concorda-se com a autora acima que ao falar de desenvolvimento e Aids, refere-se a usufruir os direitos, vivendo a sexualidade, a reprodução, com acesso à informação, à prevenção e vivendo com HIV/Aids de forma digna e com qualidade de vida.

Para Grangeiro, Escuder, Castillo (2010) é necessário compreender o processo saúde-doença a partir de desigualdades. Compreensão que impõe a necessidade de aprofundar o conhecimento das relações existentes entre aspectos sociais, culturais, econômicos, geográficos. No campo da Aids houve a procura em romper com abordagens epidemiológicas tradicionais, que circunscreviam o risco de infecção às dimensões individuais e dificultavam a

apreensão de situações que influenciavam no crescimento da epidemia e nas diferentes formas como as populações eram afetadas.

O estudo realizado por Grangeiro, Escuder, Castillo (2010) tinha como objetivo analisar a magnitude e a tendência da epidemia em municípios brasileiros, buscando caracterizar a capacidade de resposta ao HIV nas áreas de prevenção e atenção à saúde. Neste estudo os autores apontam que as altas taxas da epidemia em municípios urbanos (ou como eles chamam os municípios com epidemias de grande magnitude), estão relacionadas ao uso de drogas, às desigualdades de gênero e à existência de unidades prisionais.

Com relação ao uso de drogas, o crescente aumento no uso do crack, associado ao não uso do preservativo, ao aumento da prostituição, influenciam a transmissão e mortalidade por Aids. Os autores citados acima destacam também as altas taxas de novos casos entre mulheres, que foram as mais altas em todos os perfis epidemiológicos observados por eles e corroboram os estudos que analisam a tendência de feminização da epidemia no Brasil.

Concluem em seu estudo que para ampliação dos resultados obtidos na resposta brasileira ao HIV será necessário estender ações programáticas a municípios estratégicos, com maior magnitude e tendência de crescimento da epidemia. Deverá também aprimorar o modelo de intervenção, com maior peso nas ações de prevenção, sem prejuízos às atividades de atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/Aids.

Decorridos pouco mais de 30 anos do surgimento da epidemia, os avanços tecnológicos, estudos e pesquisas, permitiram que, um cenário de doença desconhecida, sem cura, sinônimo de morte, com pouca oferta de medicamentos e tratamento de alto custo, se modificasse para um cenário de descobertas sobre a doença, controle e tratamento, a ponto da Aids ser considerada hoje como doença crônica, apesar de não ter cura e nem todos os soropositivos terem acesso ao tratamento em várias partes do mundo, entre eles países da África (SANTOS, 2014).

De acordo com Santos (2014) as tendências da Aids incidem sobre pessoas que vivenciam a negação de direitos, entre eles, o trabalho protegido, habitação, alimentação, educação, conseqüentemente tem negada uma saúde de qualidade. Além disso, os soropositivos têm de enfrentar o preconceito, a discriminação e o estigma existente sobre a doença, ocultando muitas vezes sua condição de portador do HIV.

Concordamos com Santos (2014) que o enfrentamento da Aids está vinculado a tensionamentos entre a universalidade e a focalização de direitos, pois ao mesmo tempo que se luta pela garantia de direitos sociais, que por si só já exige ações para além do setor saúde, é justamente este setor que executa quase que exclusivamente as ações no âmbito da Aids. Os

recursos para as áreas dos direitos sociais e humanos são incipientes, assim como as propostas de ações para a promoção da saúde em uma perspectiva ampliada. Pois a garantia de tratamento antirretroviral e a implementação de serviços de referência para atendimento não são suficientes.

Santos (2014) coloca ainda que o Estado focaliza ações nos eixos de diagnóstico e assistência. E as ações referentes à garantia de direitos humanos e sociais foram construídas com a parceria da sociedade civil organizada, através da abertura de editais para apoio aos projetos sociais. Mas entendemos que a garantia de direitos sociais e humanos de forma ampla, não deve se limitar ao repasse de recursos para execução de projetos, mas exige a participação de diferentes setores governamentais.

Ao analisar os documentos dos relatórios de resposta brasileira à epidemia, a autora aponta que a dimensão social da Aids é reconhecida e discutida, mas identificou que o eixo da promoção da saúde não foi referenciado e o de direitos fundamentais passou a ter a nomenclatura de direitos humanos. Afastando, assim, das discussões da Aids os determinantes sociais e não possibilitando a reflexão sobre a necessidade da intersectorialidade no enfrentamento da epidemia.

Enfrentar a Aids envolve questões para além do tratamento medicamentoso e controle da epidemia. É imprescindível contemplar nas discussões, entre outros: os determinantes sociais da saúde, as relações sociais, a questão da sexualidade e a discussão de quem deve garantir os direitos sociais. Sendo assim, incorporar a discussão da dimensão social no enfrentamento da epidemia é condição para efetivação do tratamento (SANTOS, 2014).

Um dos principais avanços no controle da epidemia de HIV/Aids consistiu na garantia da oferta de assistência especializada para pessoas vivendo com HIV/Aids, a partir da década de 1990, com políticas conhecidas como de acesso universal. É inegável que essas políticas tiveram impacto nas taxas de mortalidade associada à Aids. Contudo, ao comparar homens e mulheres e diferentes regiões, observa-se a desigualdade deste impacto no país. Além da redução inicial da taxa de mortalidade ter sido proporcionalmente mais significativa entre os homens, desde o final da década de 1990 a mortalidade feminina vem crescendo gradualmente (OLIVEIRA, 2009).

Fazendo uma análise crítica da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids, percebe-se ser importante integrar prevenção, cuidado e tratamento no âmbito do SUS, utilizando os direitos humanos como referência. Esta referência permite analisar situações de vulnerabilidade ao HIV/Aids no plano individual, social e programático, levando em conta as

reações de gênero e poder, sexismo e homofobia, racismo e pobreza, e pode também orientar o planejamento, a organização e a avaliação de serviços (PAIVA *et al*, 2006).

Concorda-se com Soares (2011), que a epidemia de HIV/Aids expressa as tendências do capitalismo contemporâneo em suas múltiplas relações e complexos da vida social. Os determinantes sociais ultrapassam a política de saúde, e por este motivo, uma política de promoção da saúde só pode ser minimamente estruturada por meio de políticas sociais amplas e universais de saneamento básico, habitação, educação, previdência social, trabalho, entre outros, que por sua vez, não são coerentes com as tendências atuais de minimização. Ou seja, não há uma efetivação dessas políticas nem muito menos das políticas de saúde e as direcionadas às pessoas com HIV/Aids.

Na contramão do cenário mundial, os dados brasileiros apontaram que a Aids está longe de ser controlada e que atingiu seus piores indicadores nesses mais de 30 anos da doença. Cresce o número de casos entre homossexuais, acompanhados da maior concentração da epidemia nos centros urbanos e aumento da razão masculino/feminina, devido a uma redução heterossexual, embora ainda percebam-se as taxas elevadas entre mulheres (GRANGEIRO, CASTANHEIRA E NEMES, 2015).

Estes autores apontam uma nova geração nascida em meados de 1990, que começou a apresentar taxas de incidência maiores do que as registradas logo após o boom da epidemia. Agora, as taxas de incidência e mortalidade são mais alarmantes.

Mas, para Grangeiro e colaboradores (2015) o que mais evidencia a re-emergência da doença no país é a tendência da mortalidade. Estudos sobre os efeitos dos antirretrovirais utilizados no cotidiano dos serviços de saúde mostram que pessoas tratadas nas fases iniciais da infecção apresentaram expectativas de vida próxima de pessoas não infectadas. Apontam ainda que o diagnóstico e tratamento universal de pessoas infectadas teria o potencial de eliminar a ocorrência de novas infecções.

Aqui vale citar um programa ambicioso das Nações Unidas, de convocar os países a implantar até 2020 o diagnóstico de 90% das pessoas com HIV, tratar 90% delas com ARV e fazer com que 90% das tratadas tenham carga viral indetectável. Esta proposta das Nações Unidas trouxe para o centro do debate a capacidade dos sistemas de saúde em absorver um grande contingente de pessoas infectadas e a qualidade do cuidado prestado a elas. Desde o início da epidemia, uma rede de cuidado às pessoas infectadas foi implantada no país, baseada nos princípios da integralidade e interdisciplinaridade. Mas, nos últimos anos, parte dessa rede tem sido penalizada, devido ao subfinanciamento do SUS e ao enfraquecimento da resposta à Aids (GRANGEIRO, CASTANHEIRA E NEMES, 2015).

Os autores acima concluem sua análise dizendo que a experiência brasileira na resposta à Aids contribuiu para consolidar convicções de que o sucesso das estratégias de cuidado está fortemente relacionado às políticas de promoção à saúde e dos direitos humanos. Destacam a preocupação de que após anos de indicadores mais positivos, a resposta à Aids no Brasil volte a mostrar indícios de re-emergência, especialmente, quando os conhecimentos científicos e a comunidade internacional apontam para o controle mais efetivo da epidemia no mundo.

A resposta a essa situação deve conjugar experiências bem sucedidas da resposta à Aids, com as oportunidades abertas pelos novos conhecimentos produzidos no campo da prevenção e do cuidado à Aids (GRANGEIRO, CASTANHEIRA E NEMES, 2015).

No Brasil, inicialmente, a epidemia de HIV/Aids afetou de maneira desproporcional mais os homens que as mulheres, diferentemente da África sub-sahariana, que atingiu as mulheres desde o início. Julgava-se que, no Brasil, a epidemia estaria basicamente restrita aos homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis (BASTOS, 2001). Ainda de acordo com o autor citado acima, com o tempo foi evidenciado o papel das desigualdades sociais e de gênero na contínua transformação da epidemia brasileira, com uma participação cada vez maior das mulheres.

A epidemia de HIV/Aids surgiu no Brasil num período de crise econômica e social, foi expressa pelas tendências de capitalismo. Apesar da Política de HIV/Aids ser reconhecidamente uma referência mundial, no que se refere ao acesso a medicamentos ARV e aos serviços de atenção especializada, está inserida na política de saúde e por isso não está alheia aos seus conflitos e contradições. Sofrendo com as tendências de privatização e mercantilização dos serviços, a precarização do trabalho na saúde, subfinanciamento e ênfase na ação assistencial precarizada, focalizada e fragmentada. Além da precária integralidade das ações em saúde (SOARES, 2011).

Fica claro que o acesso aos antirretrovirais e a uma equipe multiprofissional especializada em HIV/Aids não é garantia de qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV/Aids, principalmente, para as mulheres que estão inseridas em um contexto de pobreza, desigualdade de gênero e privação de direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Apesar da epidemia de HIV/Aids vir atingindo as mulheres desde o início, nos anos 1980, apenas na década de 1990 é que a incidência na população feminina passou a aumentar e a ter maior visibilidade, proporcionando discussões para seu enfrentamento. Com a pressão do Movimento Feminista e entidades da sociedade civil com atividades em HIV/Aids é que o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST e HIV/Aids elaborou ações de resposta ao aumento dos casos em mulheres. Na segunda metade da década de 1990, foram

lançadas as primeiras campanhas dirigidas às mulheres, através do incentivo ao uso de preservativos com seus parceiros.

O movimento feminista lutou ativamente pela implementação de políticas específicas para as mulheres, incluindo as soropositivas. O aumento de mulheres infectadas com o vírus HIV trouxe para discussão questões como sexualidade e saúde reprodutiva. O movimento feminista adicionou à sua luta o direito à saúde sexual e reprodutiva como uma forma de enfrentar a feminização da epidemia da Aids, exigindo das instituições governamentais políticas mais eficazes de atenção integral à saúde da mulher.

## **CAPÍTULO 2**

### **2.1 Mulheres e HIV/Aids: elementos importantes para discussão**

A perspectiva de gênero é um conceito de grande importância para se discutir o enfrentamento da feminização do HIV/Aids, claro que sem deixar de lado outras categorias com igual relevância, como, desigualdade social e econômica, racismo, classismo, raça, etnia, patriarcado, orientação sexual. Este tema é amplamente debatido pelos movimentos feministas e se transformou em bandeira de luta no Brasil, desde a década de 1990, período que se percebeu o aumento na taxa de incidência nas mulheres.

O uso da noção de gênero implica considerar as relações entre os sexos, as relações de poder e de hierarquia. As relações de gênero podem constituir-se como elementos tanto da organização social, quanto das relações de poder, de dominação e de subordinação, que são construídas nas culturas, a partir da distinção de masculino e feminino, estabelecendo e organizando as relações sociais em geral (BANDEIRA, 1999).

O conceito de gênero foi mencionado primeiramente pelo estudioso Robert Stoller, em 1968, mas o conceito não prosperou logo em seguida. Foi a partir de 1975, com um artigo de Gayle Rubin, que estudos de gênero frutificaram, dando origem a uma ênfase pleonástica em seu caráter relacional e a uma nova postura adjetiva, ou seja, a perspectiva de gênero. Mas como bem aponta Saffioti (2004), embora não tenha formulado o conceito de gênero, Simone de Beauvoir mostra que só lhe faltou a palavra, pois em sua famosa frase “*Ninguém nasce*

*mulher, mas se torna mulher*”<sup>7</sup>, presente no livro *O Segundo Sexo*, estão os fundamentos do conceito de gênero.

No referido livro, Beauvoir (1980) constrói uma desnaturalização do que é ser homem e mulher, a partir de três pontos: o biológico, a psicanálise e o materialismo histórico, os três trazem contribuições para descobrir a mulher. Na reflexão biológica, a autora discute a representação da fêmea no reino animal e qual espécie de fêmea se realiza na mulher. No caso do homem e da mulher, o pensamento por muito tempo era que o pai não participa da concepção do filho, com o advento do patriarcado, o macho reivindica sua participação na reprodução, o papel da mulher passa a ser o de carregar e alimentar a semente viva, o pai é o único criador. Para Beauvoir a mulher é a mais individualizada das fêmeas, aparece também como a mais frágil, que vive mais dramaticamente seu destino e que se distingue mais profundamente do macho. É também a mais alienada das fêmeas e a que recusa mais esta alienação. O esclarecimento dos dados biológicos se dá à luz do contexto ontológico, econômico, social e psicológico.

Sob o ponto de vista da psicanálise não é a natureza que define a mulher, esta é que atribui sentido à natureza. Traz para a discussão a ideia do complexo da castração, tanto para o homem quanto para a mulher, sendo mais dolorosa para a mulher. A maternidade vem como uma alternativa para restituir sua autonomia, lhe trazer poder, ter uma função. Beauvoir (1980) afirma que não basta dizer que a mulher é uma fêmea, sua consciência de feminilidade é definida no seio da sociedade de que é membro. Ela recusa o método da psicanálise, mas sem rejeitar suas contribuições, isso porque restringe a sexualidade a um dado, a prova de que esta atitude é limitada é a pobreza nas descrições relativas à libido feminina. Situa a mulher de forma distinta, colocando-a num mundo de valores e atribui às suas condutas uma dimensão de liberdade.

Para o materialismo histórico a humanidade não é uma espécie animal, é uma realidade histórica. A sociedade humana toma para si a natureza. A mulher não poderia ser considerada apenas um organismo sexuado, os dados biológicos só terão importância se assumirem um valor concreto, econômico. O homem torna-se senhor dos escravos, da terra e proprietário da mulher.

A autora Robin (1993), também trouxe importantes contribuições para as discussões de gênero. Ela abordou os aspectos da vida social e os nomeou de sistema sexo/gênero, que

---

<sup>7</sup> Frase esta que foi inclusive tema na prova do ENEM de 2015, o que gerou muito comentários, negativos e positivos, demonstrando que as questões de gênero e de luta por direitos das mulheres continua em pauta, e apesar de alguns avanços, muito ainda há para se avançar.

caracteriza-se como um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e na qual essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas. Segundo Rubin, a opressão das mulheres não foi tão estudada ou debatida quanto a opressão de classe e houve uma tentativa de aplicar a análise marxista à questão das mulheres. Mas explicar a utilidade das mulheres ao capitalismo é uma questão, no entanto, afirmar que essa utilidade explica a gênese da opressão da mulher é bastante diferente; pois as mulheres são oprimidas em sociedades, independentes de serem capitalistas ou não.

Para Saffioti (2004), o conceito de gênero não se resume a uma categoria de análise, como muitas estudiosas pensam. Mas, também diz respeito a uma categoria histórica. O conceito de gênero não explicita, necessariamente, desigualdade entre homens e mulheres. A hierarquia é apenas presumida.

Concordamos com a autora que existem feministas adeptas do conceito de patriarcado, as fanáticas pelo conceito de gênero e as que trabalham considerando a história como processo, admitindo a utilização do conceito de gênero para toda a história, como categoria geral, e o conceito de patriarcado como categoria específica de determinado período. Aí residiria um grande problema teórico, impedindo uma interlocução adequada e esclarecedora entre as feministas.

Em geral, pensa-se que a primazia masculina está em um passado remoto, ou seja, as desigualdades atuais entre homens e mulheres são resquícios de um patriarcado não mais existente ou em seus últimos estertores. De fato, como os demais fenômenos sociais, o patriarcado também está em permanente transformação. Apesar do homem não ter mais, no plano jurídico, o poder sobre a vida e a morte da mulher (sua esposa), os homens continuam detendo poder sobre as mulheres, principalmente em relacionamentos possessivos, em que ela pode morrer caso queira romper com esse homem (SAFFIOTI, 2004). Exercem poder também na relação íntima, privando a mulher de poder de negociação da prevenção. Quando ela acaba deixando exclusivamente para o parceiro a tomada de decisão.

Saffioti (2004) recorre a Pateman (1993), para abordar a distinção entre o contrato social e o contrato sexual. O primeiro remonta a uma história de liberdade e o segundo a uma história de sujeição/dominação, restrita à esfera privada. O que a autora nomeia de contrato original é tanto um contrato social quanto sexual. Cria o direito político dos homens sobre as mulheres e também sexual, no sentido do estabelecimento de um acesso irrestrito do homem ao corpo da mulher.

Para a superação exigem-se transformações radicais no sentido da preservação das diferenças e da eliminação das desigualdades, quanto às quais a sociedade é responsável. Não se pode separar a noção de gênero das interseções políticas e culturais em que é produzido e mantido. A insistência em um sujeito estável do feminismo, compreendido como uma categoria uma das mulheres, gera múltiplas recusas a aceitar essa categoria. Percebe-se a associação de gênero às mulheres, ao homem é atribuído o geral. A mulher está dentro da figura do homem, sem autonomia (BUTLER, 2003).

Não se pode negar que o poder seja central na discussão de determinada fase histórica do gênero. Mas se faz imperativo entender que o poder pode ser democraticamente partilhado, gerando liberdade, ou criando desigualdades. Definir o gênero como instância privilegiada de articulação das relações de poder exige o destaque das duas modalidades essenciais de participação nessa trama de interações, dando a mesma importância à integração por meio da igualdade e à integração subordinada. É importante averiguar a existência da igualdade, ao longo da história da humanidade, como forma de poder das mulheres hoje subordinadas, como uma categoria social (SAFFIOTI, 2004).

Pois parafraseando Saffioti (2004), empoderar-se equivale, num nível bem expressivo de combate, a possuir alternativas, sempre na condição de categoria social. O empoderamento individual acaba transformando as empoderadas em mulheres-álibi, o que joga água no moinho do (neo) liberalismo: se a maioria das mulheres não conseguiu uma situação proeminente, a responsabilidade é dela, porquanto são pouco inteligentes, não lutaram suficientemente, não se dispuseram a suportar os sacrifícios que a ascensão social impõe, num mundo a elas hostil.

Optamos por não aprofundar a discussão a respeito de empoderamento feminino, embora o que já discutimos até aqui tenha contribuído. Entendemos o empoderamento feminino como o fortalecimento das mulheres e luta por igualdade de gênero, mas de forma coletiva e não individual. A obtenção de poder ou empoderamento irá viabilizar às mulheres soropositivas ou não, o rompimento com a dominação masculina e melhores condições de exercer controle sobre seu corpo, sua sexualidade e reprodução.

O patriarcado é também importante para essa discussão, pois nos dá subsídios para entender a relação desigual de poder entre homens e mulheres. O conceito de patriarcado é antigo e não é necessariamente um aporte das teorias feministas. Pode estar relacionado com um sistema de poder e de domínio dos homens sobre as mulheres. Para algumas feministas o patriarcado é a manifestação e institucionalização do domínio do homem sobre as mulheres, os filhos e a família, domínio este que se estende a sociedade em geral (FACIO, 1999).

O patriarcado fomenta a guerra entre as mulheres, funciona como uma engrenagem quase automática, que pode ser acionada por qualquer um, inclusive as mulheres, sem necessariamente a presença do homem. Este fato pode ser exemplificado pelo filme, *Lanternas Vermelhas*, em que o patriarca necessariamente não precisa aparecer para que a máquina do patriarcado se mova, ele exerce seu poder através das mulheres (suas esposas).

Para Rubin (1993) o patriarcado é outra proposta de nome para o sistema de sexo/gênero. O patriarcado é uma forma específica de dominação masculina. Qualquer que seja o termo que utilizamos, o importante é desenvolver adequadamente a organização social da sexualidade e a reprodução das convenções de sexo e gênero. O patriarcado é um sistema cultural amplo e o capitalismo para existir necessita dele, eles são coextensivos.

O conceito de gênero é entendido como muito mais vasto que o patriarcado, na medida em que no segundo as relações são hierarquizadas entre seres socialmente desiguais, enquanto que o gênero compreende também as relações igualitárias. Desta forma, o patriarcado é um caso específico de relações de gênero, em termos históricos, é um recém-nascido.

O patriarcado tem como base o controle e o medo para obter poder, atitude/sentimento que formam um círculo vicioso. Há dominadores (as) e dominados (as). Os (as) primeiros (as) não eliminam os (as) segundos (as), nem pode ser este seu intuito. Para continuar dominando, devem preservar seus (suas) subordinados (as). Nunca se mencionou a não-existência de sistemas mais amplos que o patriarcado. Pessoas podem se situar fora do esquema de dominação/exploração das classes sociais ou de raça/etnia. Ninguém, nem mesmo homossexuais masculinos e femininos, travestis e transgêneros, ficam de fora do esquema de gênero patriarcal (SAFFIOTI, 2004). Ou seja, o patriarcado expande-se por todo corpo social, perpassa todas as áreas de convivência social.

A recusa da utilização do conceito de patriarcado permite que este esquema de exploração-dominação difunda-se e encontre formas e meios mais insidiosos de se expressar. Ou seja, ganha terreno e se torna invisível. É veementemente negado, levando a atenção de seus participantes para outras direções.

Saffioti (2004) e Patemam (1993) defendem que as discussões feministas tendem a permanecer dentro das fronteiras dos debates patriarcais sobre o patriarcado. E que é urgente que se faça uma história feminista do conceito de patriarcado. Abandoná-lo significaria a perda de uma história política que ainda está para ser mapeada.

Ao que tudo indica as feministas americanas parecem ter utilizado o termo “gênero” primeiro, procurando insistir na qualidade fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. Rejeitando o determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou

“diferença sexual”. Estavam preocupadas porque a produção dos estudos femininos centrava-se sobre as mulheres de forma muito estreita e isolada, então utilizaram o termo “gênero” para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico. As mulheres e os homens eram definidos por termos recíprocos e não se poderia compreender um ou outro através de estudo isolado (SCOTT, 1995).

Para Giffin, o desenvolvimento do conceito de gênero no âmbito dos estudos da mulher, opera uma desconstrução das categorias “sexo feminino/sexo masculino”, apontando a naturalização de aspectos sociais antes fundidos com os aspectos biológicos nestas duas categorias (GIFFIN, 1994). Percebe-se aí a necessidade de se combater as explicações biológicas, que eram hegemônicas, que o corpo feminino não determinava a condição social da mulher.

Data do século XVIII a luta das mulheres por direitos e igualdade, apesar de conquistas como o direito ao voto e à educação. Essas conquistas trouxeram às mulheres de muitos países uma nova condição de inserção social. Entretanto, no início do século XX, a igualdade entre as mulheres e os homens não existia de fato, e pode-se dizer que não existe até hoje. Ávila (2002) afirma que as mulheres eram privadas do acesso à esfera pública, cabendo-lhes as privações do lar, camufladas pela noção de um espaço de privacidade ou intimidade, isentas da responsabilidade de cuidar de si mesmas, estando sujeitas a seus maridos/senhores. A cidadania era para quem tinha propriedades e negada aos pobres, o mesmo ocorria com os escravos e as mulheres porque seus deveres domésticos e com os filhos eram considerados impedimentos à participação política. Às mulheres cabia o espaço privado e aos homens o espaço público.

Ávila e Correa (1999) destacam a ausência da crítica da desigualdade como um componente das relações sociais baseadas na dominação de sexo que hierarquiza as relações de gênero como relações de poder e constitui uma das bases fundamentais da ordem liberal. Essa ordem seria desafiada, porém, pela teorização feminista dos anos 1960 e 1970, que elabora a ruptura com a ordem social existente.

Fizemos até aqui uma breve introdução dos elementos que consideramos importantes para subsidiar nossa discussão sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, pois a discussão das relações de gênero inicialmente deu forças a luta do movimento feminista e de mulheres por autonomia sobre seus corpos, saúde integral e igualdade de gênero.

A partir da década de 1960, no Brasil, o movimento feminista deu início ao processo de politização das questões relativas ao corpo, sexualidade e reprodução. No centro desta

politização estava a concepção do corpo como algo profundamente moldado (PORTELLA, 2009).

A tríade corpo-sexualidade-reprodução está no interior da discussão do campo feminista, cada um com a devida importância. Essa tríade foi constituída sob orientação de duas ideias básicas, enquanto foco central da ação feminista que viria a instaurar uma nova compreensão a respeito dos conceitos de cidadania e democracia. A primeira faz referência à constatação de que a subordinação e a opressão de gênero se dão em grande medida através do controle do corpo das mulheres. É através da posse, do domínio e do controle do corpo das mulheres pelos homens que se ordenam muitas das práticas sócio-culturais em nossa sociedade. Além disso, através de mecanismos específicos e diferenciados, o corpo das mulheres vem sendo socialmente controlado também pelas normas religiosas, científicas e, especialmente, a medicina (PORTELLA, 2009). A segunda ideia parte da crítica à subordinação das mulheres, sendo necessário desnaturalizar, e trazer para o campo da cultura e das relações sociais as desigualdades entre homens e mulheres, com o intuito de transformá-las na direção da igualdade de gênero (PORTELLA, 2009).

O movimento feminista traz a ideia de reapropriação do corpo contida na afirmação “nosso corpo nos pertence”, chamando a atenção para o caráter de objeto do corpo feminino entendido como a face mais visível de subjugação das mulheres. A perspectiva de cidadania plena das mulheres se daria a partir da naturalização da sexualidade e da reprodução, exige a desconstrução do paradigma que biologiza o feminino no social, demarcando o lugar da mulher no privado e limitando sua ação na esfera pública (PORTELLA, 2009) (ÁVILA e CORREA, 1999).

As necessidades e experiências das mulheres nos campos da sexualidade e da reprodução passaram a ser um dos principais projetos do feminismo contemporâneo, entre as décadas de 1970 e 1990.

Ser mulher, ter um corpo de mulher em nossa sociedade, significa responder a uma série de apelos que o ideário da cultura estabeleceu, ter um corpo dócil, desejante, harmonioso, uma sexualidade sadia, e ao mesmo tempo, estar inserida, como atriz social, num sistema pautado pela subordinação do corpo feminino, submetido a práticas sexuais normativas. A diferença traduzida em opressão/subordinação se põe, portanto, na positividade do masculino e negatividade do feminino (BANDEIRA, 1999).

Para Bandeira (1999), o corpo tem significados e simbologias que podem variar em cada cultura ou grupo social, ou em cada tempo. É por isso que culturalmente se imagina e se dá sentido ao que é homem e ao que é mulher, de forma própria. Daí a necessidade de

desconstruir e mostrar a fragilidade e a polissemia dos conteúdos supostamente fixos, imutáveis e coerentes do masculino e feminino.

O trabalho reprodutivo é naturalizado como sendo atribuição das mulheres, fazendo com que não se percebam os ritmos, intensidade, exigência de capacidade criativa, de força, de inteligência que esse trabalho demanda. O corpo das mulheres é considerado mais acolhedor para as tarefas do cuidado das pessoas, e suas habilidades, mais apropriadas e inatas para realizar tarefas domésticas. Os homens são considerados desajeitados, impacientes.

Esse mesmo corpo, também considerado frágil, incompatível ou sem habilidades para as funções no mundo do trabalho produtivo, contraditoriamente é o corpo que enfrenta jornadas de trabalho intensivas, extensivas e intermitentes, formadas pelo trabalho produtivo e reprodutivo que carrega as crianças nos braços, mesmo nos períodos de gravidez, quando está em pleno trabalho de reprodução biológica, e assim, desempenha tarefas do trabalho social produtivo e reprodutivo (ÁVILA, 2011).

A sexualidade é uma construção histórico-cultural, e não haveria uma sexualidade única ou como parâmetro, mas diferentes performances que variam conforme as situações culturais e sociais. Para Bandeira (1999) foi, sem dúvida, a rebeldia feminina que, propositadamente, por meio do pensamento feminista, possibilitou o trânsito mais aberto e livre das sexualidades múltiplas. A proposta de ruptura com as práticas tradicionais da sexualidade faz visibilizar mediações entre um emaranhado de práticas tradicionais com novas modalidades consideradas modernas e atuais, porque mais satisfatórias em relação aos sujeitos.

A liberdade de decisão com relação à sexualidade e reprodução foi um ponto de partida através do qual se desdobrariam proposições as mais diversas, como novas produções e novos marcos legais, sobre o corpo feminino, novos serviços de assistência à saúde fundados a partir de parâmetros criados pelas próprias mulheres. A partir dos anos 1980, o campo da saúde das mulheres e direitos reprodutivos como temas privilegiados pelo movimento de mulheres assumiria um papel público e funcionaria como alavanca para pressionar as mudanças legislativas e as políticas públicas, tendo como mote a relação de poder do gênero.

Para Portella (2009), a palavra de ordem *nosso corpo nos pertence* é um chamado para romper com a alienação e para que as mulheres recuperem para si o lugar primordial da existência humana, o corpo. A desnaturalização do corpo e a dissociação entre sexualidade e reprodução deram forma à boa parte da ação feminista nas últimas décadas explicando, por exemplo, a ênfase política e teórica nas questões da legalidade do aborto, da disseminação dos contraceptivos e da liberdade sexual. A autonomização da esfera da sexualidade com relação à reprodução traz à luz o tema do prazer e da realização pessoal como componentes centrais

da vivência sexual, ao mesmo tempo em que desfaz a maternidade e o casamento como destinos inexoráveis de toda e qualquer mulher.

Ao falar do alargamento da sexualidade nos corpos, reconhece-se a existência de necessidades, libidos e desejos que não se restringem às “zonas erógenas” genitais tradicionais, mas que buscam outras formas de prazer e de gozo, de satisfação da libido, independentemente do exercício da função reprodutiva e que podem transcender os papéis de gênero tradicionais (ÁVILA, 2011).

Nos últimos quase 50 anos, o feminismo acompanhou muitas mudanças no campo da sexualidade e da reprodução que contribuíram para produzir não apenas novas concepções a respeito do que é ser mulher e do que é ser homem, como também contribuíram para a alteração do modo como se ordenam as relações de gênero em nosso país, na direção de uma redistribuição mais justa do poder entre mulheres e homens (PORTELLA, 2009).

Nas relações desiguais de poder existentes entre homens e mulheres são explicitadas as desigualdades de gênero, Aids e violência, direitos sexuais e direitos reprodutivos, reforçando a necessidade de aprofundar os estudos a respeito da violência de gênero contra a mulher e à sua vulnerabilidade a infecção da Aids. E até hoje esses temas recebem atenção do movimento feminino e de variados autores.

O gênero se encontra na base da maioria dos modelos epidemiológicos, utilizados para descrever o HIV/Aids. Dowsett (2006) afirma que uma das maneiras mais usuais de descrever o HIV/Aids é distinguir, como categoria primária de análise, a taxa de infecção entre mulheres e homens. Trata-se de um critério importante porque a taxa de infecção das mulheres vem crescendo mais rápido que a dos homens, em muitos países e regiões, incluindo o Brasil.

O autor afirma que essa diferença se dá, até certo ponto, devido à biologia feminina (em parte pelo fato das mulheres serem mais facilmente infectadas durante a relação vaginal que os homens e por ter uma maior concentração do vírus no sêmen). Porém, deve-se também a causas estruturais, pelo acesso desigual a recursos sociais e econômicos, o que leva as mulheres frequentemente à falta de poder, maior pobreza e desigualdade.

Quando surgiram os primeiros casos de HIV/Aids, no início da década de 1980, a epidemia foi estigmatizada como uma doença de gays, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, gerando uma gama de preconceito, rejeição, segregação e marginalização desses grupos. Esse e outros fatores, políticos e ideológicos contribuíram para o atraso na construção de políticas públicas para combater o crescimento da epidemia entre as mulheres, muitas das quais vivem em condições de pobreza e desigualdade (OLIVEIRA, 2009).

Apesar da transmissão do HIV ser generalizada entre homens e mulheres, ainda persiste, a ideia de associar a Aids à masculinidade, deixando camuflada a rápida disseminação entre as mulheres, uma vez que para elas a relação heterossexual aumenta em 8 vezes as chances delas se infectarem (OLIVEIRA, 2009). Esse fato se evidencia pela redução da razão por sexo (H:M), que no início da epidemia, em 1983, a razão H:M era de 38,0 homens para cada mulher infectada, no ano 1990 estava em 5,4 e no ano de 2013 estava em 1,9 (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2015).

Desde a década de 1980, a epidemia já era uma realidade para as mulheres, menos visível para elas que para os homens. A partir da década de 1990, a epidemia deixa de ser prioritariamente masculina e homossexual e a contaminação da população feminina passa a ter visibilidade. Apesar de os homens serem atingidos em maiores proporções, os casos femininos foram aumentando, gerando preocupação de ativistas e estudiosos do tema. Neste contexto, o movimento feminista que vinha na luta por atenção integral à saúde da mulher e direitos reprodutivos e direitos sexuais, já havia contribuído para a elaboração da PNAISM, integrou a sua luta a necessidade de políticas para enfrentar a feminização da Aids.

Tinha-se o mito de que a infecção por HIV/Aids estava restrita a grupos de alto risco. Mas com o passar dos anos e a evolução das pesquisas, percebeu-se que as mulheres e também as crianças estavam expostas a riscos cada vez maiores. No início da década de 1990, nos EUA, Europa Ocidental e África Subsaariana, a Aids era a principal causa de morte de mulheres jovens e de crianças (PANOS INSTITUTE; ABIA; SOS CORPO, 1993).

A epidemia de Aids no Brasil, em seus primeiros anos, atingiu de maneira desproporcionalmente maior os homens. Diferentemente da África Subsaariana em que atingiu duramente desde o início, as mulheres. Com o tempo, evidenciou-se o papel das desigualdades sociais e de gênero na contínua transformação da epidemia brasileira no sentido de uma participação proporcional cada vez maior dos mais pobres e das mulheres entre os novos casos de Aids.

As mulheres são mais vulneráveis ao vírus HIV do ponto de vista biológico, como dito anteriormente, e por serem mais assintomáticas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)<sup>8</sup>, que são facilitadoras da infecção por HIV (BASTOS, 2001).

Além de, ao longo dos anos, a epidemia de HIV/Aids assumir a tendência de feminização, também passou a ser heterossexual e pauperizada. Percebeu-se que as mulheres

---

<sup>8</sup> Aqui optamos por utilizar o termo “infecções sexualmente transmissíveis” (IST), ao invés de “doenças sexualmente transmissíveis” (DST), trazido por Bastos, uma vez que nem todas as infecções sexualmente transmissíveis têm expressão clínica (especialmente entre as mulheres). Contudo, as IST, mesmo quando não se evidenciam clinicamente, podem determinar uma ampliação substancial do risco de infecção pelo HIV. A nomenclatura IST vem predominando na literatura especializada mais recente.

infectadas estavam em relações heterossexuais de parceiro único, e que vivem em contextos sociais em que vários fatores potencializam suas vulnerabilidades às DST/IST e ao HIV/Aids. Podemos destacar a violência de gênero, em que a mulher não detém posse sobre seu corpo; a violência do racismo; a pobreza; a baixa escolaridade e a não garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (TAQUETTE, 2009).

As mulheres que estão se infectando são as mais pobres, menos escolarizadas, negras e pardas e com histórico de múltiplas violências. Concorda-se com Taquette (2009), que ser mulher na sociedade brasileira significa um contexto de vulnerabilidade ao HIV, devido às violências sexual e doméstica e a vários outros fatores, entre eles, a desigualdade de gênero, em que a mulher se encontra em posição inferior ao homem. Essa desigualdade se expressa de forma desfavorável às mulheres, pois resulta em menos acesso a emprego, educação, moradia e renda.

Outro importante fator de vulnerabilidade é a pobreza, que atinge mais as mulheres, pois são cuidadoras de toda família, o que as coloca numa posição de menor competitividade no mercado de trabalho e no acesso à renda.

Taquette (2009) coloca também que soma-se à violência doméstica/sexual, a desigualdade de gênero e a pobreza que acomete às mulheres, o estigma e a violação de direitos humanos. As mulheres são vistas pela sociedade e pelo setor de saúde apenas como mães, e não como sujeitos de direitos, incluindo a sexualidade desvinculada da reprodução. As imagens das mulheres que são difundidas mostram realidades discriminatórias e estereotipadas. Elas, principalmente as mais jovens, tem dificuldade de acesso a insumos e a orientações necessárias para sua saúde sexual e reprodutiva, o que as torna mais suscetíveis à infecção por HIV/Aids e outras DSTs (TAQUETTE, 2009). As profissionais do sexo, as lésbicas e as mulheres vivendo com HIV/Aids, também sofrem com o estigma e negação de direitos sexuais e direitos reprodutivos e não têm atendimento facilitado nos serviços de saúde.

As discussões em torno da relação das vulnerabilidades com HIV/Aids, tiveram início, de fato, nos anos 1990. Jonathan Mann é tido como referência no que se refere a este tema. Ele e outros autores (1992) introduziram o conceito de vulnerabilidade no campo do HIV/Aids. No Brasil temos como referência o estudioso Jose Ricardo Ayres. Ambos partem do pressuposto de que todas as pessoas são vulneráveis à infecção do HIV, e que a vulnerabilidade é maior ou menor dependendo do ambiente, dos valores pessoais, dos níveis de exclusão social, cultural e econômico (BASTOS, 2001).

Acrescentam que diante da soropositividade a vulnerabilidade ao adoecimento está associada à qualidade de vida, aos serviços públicos oferecidos e à sociedade civil organizada (REDE SAÚDE; GESTOS; SOS CORPO, 2003). Então, constrói-se, um conceito que relaciona um conjunto de ações para o enfrentamento da Aids, considerando as vulnerabilidades do contexto social e as vulnerabilidades institucionais.

Em tese de doutoramento defendida em 2011, Rocha também aborda a discussão acerca da vulnerabilidade das mulheres à infecção por HIV/Aids, refletidas por situações de pobreza, desigualdade de poder, exposição à violência sexual e doméstica, dificultando o acesso a serviços especializados de saúde, além da procura por ajuda. A autora coloca também que nas últimas décadas, o aumento no número de casos entre mulheres, muitas delas pobres, permitiu observar que desigualdade de classe, gênero e raça, incidem sobre a sexualidade e modos de vida.

As mulheres que vivem com Aids enfrentam a perversa associação entre as desigualdades de classe e as dimensões relacionadas à autoestima, ao preconceito no serviço de saúde, às desigualdade nas relações interraciais. Tais pontos são silenciados nas estratégias nacionais para o enfrentamento da Aids (ROCHA, 2011).

No contexto da Aids, o conceito de vulnerabilidade se aproxima do conceito de saúde presente nas políticas nacionais. A noção de vulnerabilidade, formulada no contexto da Aids, estabelecia uma relação entre ética, política e direitos como campos fundamentais para coibir o crescimento da epidemia (ROCHA, 2011).

As feministas inseridas na formulação de políticas públicas na área da saúde da mulher consideram-se pioneiras no uso do conceito integralidade da saúde, adotando a noção da mulher como sujeito, para além da reprodução biológica com a propósito de romper com o viés materno-infantil, para tanto, reivindicam a adoção do conceito de saúde integral (ROCHA, 2011).

De acordo com Rocha (2011), o campo da saúde no Brasil foi um espaço privilegiado de incidência política feminista nos anos de 1970/90. Nesse período, surgem inúmeras movimentações sociais, de mulheres, de negros, da defesa da saúde e meio ambiente, entre outras temáticas. Em meados de 1980 e 1990, o feminismo passa por avanços políticos-conceituais no campo da saúde e dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais. Contribui diretamente na implementação do PAISM, em 1984, e influencia o SUS para instituir um programa de saúde da mulher, com enfoque na autonomia das mulheres sobre seus corpos, sexualidade e saúde reprodutiva.

Com o intuito de manter as mulheres organizadas é criada a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RFS, no Brasil, com o objetivo de fomentar o debate crítico, a formação de suas filiadas e a elaboração de estratégias para avançar na agenda de políticas de saúde para as mulheres. A saúde passa a ser um campo estratégico de luta do feminismo e do movimento de mulheres organizadas (ROCHA, 2011).

Em meados dos anos 2000 foram elaboradas políticas específicas para o enfrentamento da feminização da Aids com enfoque nas vulnerabilidades que permeiam as mulheres, mas ainda são percebidas diversas falhas em sua aplicabilidade.

No ano de 2007, foi elaborado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs<sup>9</sup>, também com a contribuição do movimento feminista, o qual visa ampliar, por meio de ações intra e inter setoriais, os trabalhos que vêm sendo realizados na área de promoção aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, diagnóstico, assistência, prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids e apoio às mulheres que vivem com HIV e Aids. A elaboração deste Plano foi uma ação conjunta entre a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres<sup>10</sup> e o Ministério da Saúde, com a contribuição da sociedade civil, movimentos sociais, ONGs.

O Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs objetiva enfrentar a feminização por meio de ações integradas, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e movimentos sociais, nas esferas federal, estadual e municipal. As ações de implantação e implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST devem, portanto, partir da integralidade e intersetorialidade para a efetiva prevenção e controle das epidemias entre as mulheres e promoção de sua saúde.

Esse Plano tem como marco os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e se estrutura a partir das iniciativas históricas de organismos governamentais e movimentos sociais em todas as regiões do país.

---

<sup>9</sup> O Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DSTs foi elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de DST/Aids e da área técnica de saúde da mulher, no ano de 2007. Visa a nortear a implantação e a implementação de ações no nível federal, estadual e municipal. Seu objetivo central é a promoção da saúde sexual e reprodutiva, por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais com capacidade para acelerar o acesso aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das DST/Aids, para as mulheres das diferentes regiões do país.

<sup>10</sup> A criação, em 2003, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República (SPM/PR), foi um outro marco político. Com a finalidade de “assessorar, direta e imediatamente, o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres” e “elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e demais esferas de governo, com vistas à promoção da igualdade”, a SPM tem importante papel de articulador das políticas do Governo Federal voltadas para as mulheres.

Nos anos de 2009 e 2011 esse plano foi revisado e reeditado, conjugando esforços coletivos de debate participativo. A intenção foi de contribuir efetivamente para a alteração dos contextos de vulnerabilidade que tornam as mulheres mais suscetíveis à epidemia. A principal estratégia para sua reedição foi a realização de oficinas regionais com a participação de representantes de governo, de movimentos sociais, universidades, organismos internacionais e outros parceiros de todos os Estados. A partir destas oficinas foram incorporadas ao Plano de Enfrentamento agendas afirmativas construídas por mulheres com maior vulnerabilidade – profissionais do sexo, mulheres que fazem sexo com mulheres, mulheres vivendo com HIV/Aids e mulheres vivendo a transexualidade.

Reconhece que o enfrentamento à feminização da epidemia de Aids e outras DSTs implica no desenvolvimento de ações integradas, envolvendo as três esferas de gestão, instituições não governamentais e movimentos sociais. Apenas com a publicação desse Plano são consolidadas algumas estratégias em comum com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Mas é importante frisarmos que, devido principalmente à configuração de políticas focalizadas e à precarização nos serviços de saúde, as ações integradas não são efetivadas em seu cotidiano, seguindo, assim, a lógica da contrarreforma, com subfinanciamentos e privatizações que envolvem o setor saúde. E, muitas vezes, os direitos garantidos não são materializados concretamente na vida dessas mulheres.

O Plano de enfrentamento à feminização do HIV/DST/Aids tem como uma de suas estratégias o *Estímulo à inclusão do tema “viver com HIV/aids na perspectiva dos direitos humanos”, enfocando os direitos sexuais e direitos reprodutivos, nas atividades de educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, dando oportunidade à participação das PVHA como colaboradoras no processo*. Essa é uma importante estratégia, que na análise das entrevistas com os profissionais de saúde e no grupo focal realizado com mulheres, pudemos perceber que no cotidiano dos serviços não é bem assim que ocorre. A discussão entre profissionais de saúde e usuários a esse respeito é precária e individualizada.

A ideia de risco é um dos conceitos mais complicados da educação em saúde. A noção que cada pessoa tem de seu próprio risco de contaminação pelo HIV, tem muito pouco a ver com o risco real. Até pessoas que conhecem sobre o HIV e as formas de contaminação, muitas vezes não tomam as devidas precauções para o sexo seguro. Muitas mulheres, inclusive as ativistas escolarizadas, têm dificuldades na negociação do uso do preservativo com seus parceiros (PANOS INSTITUTE; ABIA; SOS CORPO, 1993).

À medida que o poder de barganha é menor, mais difícil é para as mulheres evitarem os riscos. Insistir no uso da camisinha gera o receio de colocar em risco a relação. Ao perderem

seus parceiros essas mulheres perderiam status, apoio emocional e suporte financeiro necessário para sua sobrevivência. As mulheres com filhos dependentes estão numa situação mais vulnerável (PANOS INSTITUTE; ABIA; SOS CORPO, 1993).

Mesmo após a sorologia positiva a dificuldade em exigir o uso do preservativo persiste, muitas vezes por medo de perder o parceiro ou sofrer violência. O mais grave é o medo de contar que é HIV+. Ou seja, percebemos que as mulheres continuam vulneráveis após se verem com HIV/Aids.

A epidemia de HIV/Aids recoloca em pauta a longa e histórica luta das mulheres por seus direitos reprodutivos. De acordo com texto publicado por Barbosa (1999), as mulheres vêm sendo diagnosticadas para o HIV quando grávidas, ao procurarem assistência pré – natal, devido à introdução como rotina do teste anti – HIV no pré-natal em grande parte dos serviços públicos de saúde.

Concorda-se com Taquette (2009) que para deter a feminização do HIV/Aids são necessários a garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos, o acesso universal a insumos de prevenção, o atendimento das DST/HIV/Aids. São imprescindíveis também ações de combate à pobreza, à baixa escolaridade, às desigualdades regionais, de gênero, raça e geração. E mais, as ações de prevenção devem contar com uma estratégia abrangente que inclua educação, informação e insumos. É preciso também abordar as populações mais vulneráveis com foco de gênero e a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids.

Fica claro que não se pode discutir a Aids e seu enfrentamento sem compreender os papéis de gênero e todas as implicações que esses têm nas relações entre homens e mulheres. É importante ter clareza que a vulnerabilidade, individual ou coletiva, ao vírus é variável e depende de inúmeros determinantes sociais, econômicos, culturais e biológicos. A vulnerabilidade feminina ao HIV necessariamente remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e ao imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do atual perfil da epidemia (BARBOSA, 1999).

## **2.2 Marco teórico-conceitual e Político dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**

Por volta da década de 1970, o movimento feminista ganhou força para abordar a saúde reprodutiva e saúde sexual como uma demanda em suas pautas de discussão. Dessa década em diante, foi sinalizada em Encontros, Convenções e Conferências internacionais, a

abordagem desta temática, tratando a saúde sexual e saúde reprodutiva na perspectiva de direitos sexuais e direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos, incluindo aí as mulheres vivendo com HIV/Aids.

Segundo a Rede Feminista de Saúde – RFS (2008), até meados dos anos de 1980, duas lógicas se alternaram no país. Primeiro adotou-se uma postura pró-natalista ao longo do século passado, e uma postura protetiva da maternidade, depois a lógica foi restritiva em relação ao exercício da autonomia das mulheres sobre seus corpos. O Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980, por não ter uma política oficial de planejamento reprodutivo, passou a permitir a difusão de métodos contraceptivos, enfatizando os métodos irreversíveis como a laqueadura tubária. Ao analisar os efeitos das desigualdades de gênero para a saúde das mulheres, a RFS observa que ao longo da história brasileira, os modelos de saúde pública responderam insatisfatoriamente às necessidades das mulheres no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo para a expansão da epidemia do HIV/Aids entre as mulheres.

O movimento de mulheres no Brasil orientou-se pela visão sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva e na perspectiva de direitos sexuais e direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos. *Por direitos sexuais entende-se a livre expressão e vivência da sexualidade sem violência, discriminações e imposições e respeito pleno pelo corpo do parceiro. Os direitos reprodutivos são concebidos como o direito das pessoas sobre a decisão, livre e responsável, de ter ou não filhos, como também o número de filhos e em que momento de suas vidas a mulher os deseja* (RFS, 2008).

Desde os anos de 1990 foi colocado para o movimento de mulheres e para o movimento feminista a utilização da categoria gênero tanto para compreender o impacto da Aids nas mulheres, como para a construção de políticas públicas que possibilitem a ampliação do poder das mulheres no campo dos direitos reprodutivos e direitos sexuais (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2003).

A linguagem dos Direitos Humanos busca integrar a tradição dos direitos subjetivos que correspondem à liberdade de ação do indivíduo com os direitos sociais que se referem às obrigações dos Estados em relação aos cidadãos (FRANÇA-JUNIOR *et al*, 2000).

Para falar sobre direitos humanos temos que pensar em sua origem e construção histórica. Autores clássicos discutiram amplamente os direitos humanos. Bobbio (2004) coloca que o reconhecimento e a proteção dos direitos do homem estão na base das Constituições democráticas modernas. Mas entendemos que esses eram direitos garantidos aos homens, apenas já que somente eles eram vistos como cidadãos. Com isso percebemos como a luta das mulheres por direitos é antiga.

Neste ponto concordamos com o referido autor, de que o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto justificá-los, mas o de protegê-los. Configurando-se como um problema político, e não filosófico. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, ou qual sua natureza ou seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para que, apesar de Declarações, Tratados e Convenções, eles não sejam continuamente violados. E isso é o mais difícil nos dias atuais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 representa culminância de um processo ético que teve início com a Declaração dos Direitos do homem e do Cidadão, a Declaração de Independência dos EUA e a Revolução Francesa, levando ao reconhecimento da igualdade essencial de todo ser humano, independentemente das diferenças de raça, cor, sexo, credo, língua, opinião, origem nacional ou social.

De acordo com Mondaini (2008), os direitos humanos devem ser compreendidos na atualidade, nos marcos do binômio formado pelas ideias de “universalidade” e “indivisibilidade”, ou seja, como um agregado de direitos que devem ser assegurados a todos os seres humanos, independentemente de suas diferenciações de caráter biológico-natural, cultural-ideal e econômico-material. Direitos esses adquiridos historicamente, no decorrer da modernidade, em quatro dimensões, a dos direitos civis, os direitos políticos, os direitos sociais e os direitos do povo.

A afirmação dos direitos é, ao mesmo tempo, universal e positiva: universal, pois os destinatários dos princípios nela contidos são todos os homens, e não mais os cidadãos deste ou daquele Estado; positiva, pois os direitos não deverão ser apenas proclamados ou idealmente reconhecidos, mas efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que os tenha violado.

Trindade (2011) traça a história social do conjunto de ideias que se convencionou chamar de direitos humanos, utilizando-se do materialismo histórico-dialético. Faz o resgate de fatos históricos já esquecidos por muitos, e aponta que sua lembrança é de suma importância para se compreender a gênese dos direitos inseridos nas Declarações, Constituições e Tratados. Tenta explicar os movimentos da história que, a partir das contradições existentes nos modos de produção feudal e capitalista, foram responsáveis pelo surgimento dos direitos humanos.

Destaca também que durante o século XIX a *“bandeira dos direitos humanos, aos poucos, na prática, mudava de mãos, e isso faria também mudar de caráter”* (Trindade, 2011, p. 115), os liberais tornavam-se cada vez mais conservadores no campo dos direitos.

Era garantida liberdade econômica aos empresários e liberdade de assalariamento aos trabalhadores. E a igualdade era apenas perante a lei, nada mais.

Dois momentos de crise dos direitos humanos são apontados: o primeiro ocorre na segunda metade do século XIX, com as crises cíclicas do capitalismo, período em que há um retrocesso das poucas conquistas no âmbito dos direitos econômicos, sociais e culturais; a segunda crise dos direitos humanos ocorre no período anterior à Segunda Guerra Mundial, quando o ideário fascista floresce, pois “*semeava em solo fértil*” (Trindade, 2011, p. 182).

Os desafios atuais dos direitos humanos se impõem pela guinada do neoliberalismo e do neo-desenvolvimentismo, que impõem a lógica do mercado e do estado mínimo, violando, muitas vezes, os direitos humanos. O que torna imperativo a adoção de novas estratégias para que os direitos humanos sejam reconhecidos, protegidos e não mais violados.

Os conceitos de Direitos Humanos e Cidadania vão se formando historicamente e variam no tempo a partir de conflitos e lutas sociais e políticas. Uma vez que a cidadania é, na sua origem, um conceito que exclui as mulheres, traz, certamente por isso, uma série de questões sobre a validade ou não do seu uso, como uma base sobre a qual projetos feministas podem se sustentar (ÁVILA, 2002).

A cidadania representada hoje, como uma referência de direitos que se estendem para homens e mulheres é, em si, uma profunda transformação no campo simbólico das relações de gênero. Assim a conquista de direitos pelas mulheres implica em transformações que não alteram só as relações diretas entre homens e mulheres, mas também as estruturas sociais e, portanto, a organização da vida social (ÁVILA, 2002).

O reconhecimento formal dos direitos das mulheres como direitos humanos revela o distanciamento entre a efetivação dos direitos e as condições de vida das mulheres em todo o mundo. As condições peculiares de exploração, opressão, discriminação e violência atingem mais diretamente as mulheres (MELO, 2011).

A saúde da mulher no âmbito do SUS e a incorporação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos recebem tratamento político abrangendo a histórica desigualdade de gênero e o papel da mulher como reprodutora circunscrita no ambiente doméstico (MELO, 2011).

A questão dos direitos sexuais e direitos reprodutivos segue de perto a questão da saúde sexual e reprodutiva, mas tem suas especificidades e sua própria história. Em primeiro lugar, é preciso destacar que a questão dos direitos tem uma dimensão diferente e, às vezes, mais ampla que a questão da saúde, apesar da saúde ser um direito humano fundamental (CORREA, JANNUZZI & ALVES, 2003).

Os direitos reprodutivos têm seu marco constitutivo localizado entre as décadas de 1970 e 1990. O início de sua formulação se deu a partir de ações e articulações internacionais do movimento feminista, que resultaram nas definições aprovadas, não sem conflitos, dos documentos das conferências do Cairo e de Beijing (PORTELLA, 2002).

O termo direito reprodutivo surgiu de forma mais explícita com a criação da Rede Mundial pela Defesa dos Direitos Reprodutivos das Mulheres, em 1979. Mas desde o início do século XX, era possível identificar a luta do movimento de mulheres pelo controle de sua capacidade reprodutiva. No ano de 1968, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Teerã, houve o reconhecimento do direito da pessoa a decidir sobre sua reprodução (TONELI, 2004).

Fica evidente que os direitos reprodutivos são essenciais para que as pessoas, em especial as mulheres, exerçam seus direitos à saúde, incluindo o direito a serviços integrais e de boa qualidade, que assegurem privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito. Seu conceito foi desenvolvido em resposta a questões demográficas e de saúde, opondo-se à imposição de metas populacionais, contraceptivas e conceptivas, e configurando-se como um passo à frente no que se refere ao conceito de saúde integral da mulher (CORREA & ÁVILA *apud* CORREA, JANNUZZI & ALVES, 2003).

A década de 1990 trouxe novos desafios com a realização de conferências internacionais, no âmbito das Nações Unidas. Destacaremos primeiro a II Conferência Internacional de Direitos Humanos, que ocorreu em Viena, 1993. Enfatizou que os direitos das mulheres são direitos humanos e, portanto, devem estar incluídos na agenda das políticas de direitos humanos dos Estados Nação. Os direitos humanos das mulheres passaram a incluir o direito a ter controle sobre a sua sexualidade e a decidir livremente, sem discriminações nem violência (RFS, 2008; DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) veio para consagrar, como resultados de longas negociações e várias articulações prévias dos movimentos de mulheres, a concepção de saúde reprodutiva como um direito humano e a ideia de que a reprodução não pode ser tratada isoladamente e sim abordada dentro de um contexto de políticas de desenvolvimento. Reconhece o papel central que a sexualidade tem e as relações entre homens e mulheres no que se refere à saúde e aos direitos da mulher (RFS, 2008); (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

A CIPD teve como marco principal a superação da perspectiva de saúde reprodutiva que enfatiza o controle da natalidade. Além de reconhecer a sexualidade enquanto uma esfera

positiva da atuação humana que inclui sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (TONELI, 2004).

O documento da CIPD destaca a decisão livre e responsável sobre o número, a oportunidade e o tempo entre um filho e outro. Destaca também o acesso à informação e aos elevados padrões de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminação, coerção e violência. Reconhecem como sujeitos de direitos reprodutivos além dos casais (heterossexuais), as mulheres solteiras, adolescentes, homens e pessoas idosas. Mas no relatório final da CIPD, não houve consenso para que os direitos sexuais fossem definidos e explicitados de forma separada, então eles foram incluídos e considerados nos direitos reprodutivos, mas sem destaque (RFS, 2008); (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

A Conferência do Cairo ocorreu após 200 anos de debates em torno de questões como demografia e economia. Sua plataforma de ação resultou em um consenso assinado por 179 países, e proporcionou uma mudança fundamental nos paradigmas das políticas populacionais estritamente para a defesa das premissas de direitos humanos, bem estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (CORREA, JANNUZZI E ALVES, 2003).

Por fim, como destaca a Rede Nacional Feminista de Saúde (2008) a relevância da CIPD deve-se à introdução de uma nova abordagem de direitos reprodutivos. É relevante também o reconhecimento expresso em seu documento final, do aborto inseguro como grave problema de saúde pública. Tema ainda tabu e digno de acaloradas discussões.

Um ano mais tarde, foi realizada a IV Conferência Mundial sobre Mulheres (Beijing, 1995), nela foi debatida a distância das mulheres dos espaços de poder e a relação entre o empoderamento de gênero e a superação dos desequilíbrios mundiais. A conferência enfatizou a importância de garantir os direitos de autonomia e autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres, que afetavam diretamente sua saúde sexual e saúde reprodutiva, como determinantes para a efetivação dos direitos reprodutivos para as mulheres (VENTURA, 2009).

Tanto o plano de ação da CIPD quanto a plataforma da Conferência de Mulheres introduziram o conceito de direitos reprodutivos na sua concepção, estabelecendo novos modelos de intervenção na saúde reprodutiva e de ação jurídica, comprometidos com os princípios dos Direitos Humanos. Em ambos, as reivindicações dos movimentos de mulheres tiveram o alcance institucional necessário para expandir suas ideias na área da intervenção da saúde reprodutiva (TONELI, 2004; VENTURA, 2009).

Essas duas conferências colocam que o conceito de saúde reprodutiva envolve bem-estar físico, mental e social relativo ao sistema reprodutivo. Assim, as pessoas devem ter assegurada uma vida sexual segura e satisfatória. A saúde sexual e reprodutiva ultrapassa em muito o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis, pois está apoiada na ótica mais ampla que coloca a atividade sexual como uma construção social da sexualidade que vai além de seus componentes biológicos e que inclui também, a proteção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (MS: CN/DST/Aids, 2002).

Apesar dos termos sexual e reprodutivo serem utilizados e mencionados conjuntamente, tem-se que deixar claro que tratam-se de dimensões distintas. A atividade sexual não implica, necessariamente, em reprodução. A reprodução geralmente, envolve a atividade sexual, mas com as novas tecnologias de reprodução, o sexo pode ser descartado (CORRÊA, JANNUZZI E ALVES, 2003).

O conceito de direitos sexuais é mais recente que os direitos reprodutivos, era uma novidade nos debates internacionais, ocorridos na década de 1990, que discutiam o significado e o exercício dos direitos humanos, sobretudo que tinha referência aos direitos da mulher (PETCHESKY, 1990).

Petchesky (1990) aponta que talvez os direitos sexuais tenham sido introduzidos progressivamente, acabando por se infiltrar no dicionário dos direitos humanos, tanto para que fossem reconhecidas as diversas orientações sexuais e sua legítima necessidade de expressão, quanto para ser uma espécie de código que, como os direitos reprodutivos, podem assumir significados diversos para diferentes pessoas, dependendo da posição de poder que ocupam, da orientação sexual, do gênero, da nacionalidade, e assim por diante.

De acordo com a autora, nenhum instrumento internacional relevante, anterior a 1993, fez qualquer referência ao mundo do sexo, ou seja, a sexualidade de qualquer espécie e suas manifestações estavam ausentes do discurso internacional sobre direitos humanos. Antes de 1992, nenhuma declaração elaborada nas conferências sobre as mulheres faziam referência à sexualidade da mulher, muito menos aos direitos sexuais.

Foi com a Declaração de Viena e a Declaração sobre Violência contra a Mulher, em 1993, que foi reconhecida a violência sexual como uma violação dos direitos humanos, e finalmente se reconheceu o termo “sexual” na linguagem dos direitos humanos. Mas foi na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, que a sexualidade começou a aparecer nos documentos internacionais como algo positivo, em lugar de algo sempre violento, insultante, ou santificado e escondido pelo casamento heterossexual e pela gravidez (PETCHESKY, 1999).

No capítulo 7 do relatório da CIPD foi adotada a definição da saúde sexual como parte integrante da saúde reprodutiva, afirmando que “as pessoas têm direito a uma vida sexual satisfatória e segura”, podendo decidir se, quando e com que frequência desejam se reproduzir. Esse capítulo refere também o poder limitado que muitas mulheres e adolescentes possuem sobre suas vidas sexual e reprodutiva e insistem para que os governos ofereçam uma vasta gama de serviços de educação voltados para a saúde reprodutiva e sexual, para possibilitar a elas agir de modo positivo e responsável no que diz respeito à sexualidade (PETCHESKY, 1999).

A IV Conferência Mundial da Mulher, em 1995, em sua plataforma de ação mostrou avanço no sentido de formular um conceito relativo aos direitos sexuais como parte dos princípios dos direitos humanos. Pela primeira vez as mulheres foram consideradas seres sexuais além de seres reprodutivos, detentoras de direitos humanos para decidir livremente sobre sua sexualidade, sem expressar qualquer qualificação referente à idade, estado civil ou orientação sexual. Mas os termos “direitos sexuais” ou “orientação sexual” não apareceram no documento, muito menos as palavras “lésbicas” e “gays”.

Correa, Jannuzzi e Alves (2003) colocam que o conceito de direitos sexuais é complexo e desenvolvido recentemente. Que as questões sexuais estão intrinsecamente ligadas às questões reprodutivas. Afirmam que a saúde sexual e a saúde reprodutiva, por exemplo, estão definidas de forma integrada nas Plataformas de ação do Cairo e de Beijing. Mas ao se falar de direitos sexuais e direitos reprodutivos, as questões de natureza não reprodutiva devem ser tratadas separadamente. O tema dos direitos sexuais traz à cena as questões da sexualidade e abre a possibilidade de separar sexo de reprodução.

A partir do momento que os documentos finais das Conferências do Cairo e Beijing reafirmaram o dever dos Estados na promoção da saúde sexual, independente da saúde reprodutiva, colocando a saúde sexual não só como integrante do direito, mas de outros direitos individuais e sociais fundamentais para se exercer a sexualidade e reprodução, favoreceu a ampliação gradativa dos direitos sexuais (VENTURA, 2009).

Para Ávila (2002), o feminismo contemporâneo em sua trajetória realizou uma conquista fundamental na transformação das relações de gênero, ao instituir as mulheres como um sujeito político do processo de transformação social. Uma vez que a construção desse sujeito produziu uma ruptura com a heteronomia do que se denomina condição feminina, trazendo para as mulheres a possibilidade de romper com a situação de vítimas ou de protegidas e com a fixidez de uma identidade imposta por essa condição.

Partindo da ótica do movimento feminista, o debate em torno da contracepção e do aborto, questões essas trazidas para a esfera pública, instauraram o conflito entre vários atores. No Brasil, as discussões que envolvem a descriminalização do aborto, vêm sofrendo e sendo reprimidas pelas entidades religiosas.

Ávila (2002) considera que os direitos reprodutivos devem se constituir justamente em mais um mecanismo de superação da pobreza e da desigualdade. A autora afirma ainda que sem a efetiva implantação de uma política social, o planejamento familiar está condenado a se reproduzir como uma prática social desigual do ponto de vista de classe e de gênero, pois, apesar de todos os meios legais assegurados, está longe de ser uma prática democrática na vida cotidiana, e do cotidiano das mulheres vivendo com HIV/Aids.

A Conferência de Beijing foi um evento que marcou a história do movimento de mulheres na sua luta pela afirmação dos direitos das mulheres como direitos humanos. As conquistas políticas por direitos e garantias formais são importantes porque servem de base para reivindicar e pressionar o poder público (ÁVILA, 2002).

Contraditoriamente, os direitos formalmente alcançados passam a ser uma conquista esvaziada de realização prática, incapazes de alterar, de fato, as condições de vida das pessoas, incapazes de se tornar um bem da vida cotidiana. Os direitos se tornam, assim, abstratos e podem ser usados como retórica para esconder os mecanismos de reprodução da desigualdade social (ÁVILA, 2002).

A autora considera que o movimento de incluir os direitos das mulheres nas plataformas internacionais, nas leis e nas políticas nacionais é fundamental. O caminho de volta, que traz esses direitos para o conhecimento e apropriação da população é indispensável, sem o qual a cidadania e os direitos humanos não ganham implantação real. Concorde-se com a autora, que a consciência de ter direitos faz com que o fato de ter um direito negado seja percebido como ultraje à condição de cidadã(o), e isso já altera a posição de alguém no mundo.

As Conferências e Consensos internacionais e os esforços do movimento de mulheres e feminista, trouxeram avanços no sentido de adequar a legislação e as políticas nacionais aos acordos do Cairo e Beijing e do reconhecimento do avanço ocorrido no Brasil desde meados dos anos 2000. Entretanto, com a elaboração de documentos governamentais e a criação de novos mecanismos de defesa dos direitos das mulheres, as brasileiras continuam sofrendo discriminações, violações e são vítimas de processos de exclusão em todos os níveis e esferas (RFS, 2008).

Com relação aos marcos brasileiros, destacaremos, inicialmente, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM, criado em 1983, a partir das reivindicações e com o apoio do movimento feminista e de Reforma Sanitária. O PAISM contribuiu para mudanças de paradigmas dos modelos de intervenção na saúde reprodutiva. O PAISM é considerado um avanço no que se refere à atenção integral à saúde da mulher.

Outro marco importante foi a própria Constituição Federal de 1988, que veio como um marco fundamental na constituição da cidadania das mulheres do ponto de vista legal, ao afirmar nos seus princípios, que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, garantiu também em seu texto uma série de outros direitos fundamentais específicos para as mulheres (ÁVILA, 2002).

O governo brasileiro incorporou diversos Pactos, Convenções, Tratados e outros acordos internacionais, dentre eles as conferências que ocorreram na década de 1990. Como marcos nacionais da saúde integral e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres soropositivas ou não, podemos destacar:

- ✓ A Lei de Planejamento Familiar (nº 9.263 de 12/01/1996), que representa um item importante na agenda dos direitos reprodutivos, que também se estendem a várias outras dimensões da vida reprodutiva. O governo brasileiro foi um ator importante na defesa dos direitos reprodutivos na Conferência do Cairo e se comprometeu mais uma vez com o direito ao planejamento familiar. No processo de garantia do planejamento familiar como ação de saúde pública e como lei, nas décadas de 1980 e 1990, a questão da contracepção foi a que mobilizou mais discussões e conflitos. Atualmente a lei de planejamento familiar é implementada através da Política Nacional de Planejamento Familiar (2006/2007);
- ✓ Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência sexual contra as Mulheres e Adolescentes – Ministério da Saúde, destinada a atender as vítimas de violência, prevê abordagem intersetorial e interdisciplinar. Prevê também a Notificação Compulsória (lei nº 10.778 de 24/11/2003);
- ✓ A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PNAISM, criada em 2004, é voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras). Uma de suas estratégias é a promoção conjuntamente com

o PN-DST/AIDS, da prevenção e do controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina. O PAISM foi incorporado a esta política;

✓ Norma Técnica de Atenção Humanizada do Abortamento, 2005 – Ministério da Saúde prevê o acolhimento digno e respeitoso, baseado na promoção da autodeterminação e autonomia;

✓ Portaria nº 1.071, de 09 de julho de 2003. Os estados, o Distrito Federal e os municípios qualificados para o recebimento do incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DSTs, poderão pleitear recursos adicionais para a disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os primeiros seis meses de vida, como importante ação para redução da transmissão vertical do HIV.

✓ Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, 2004 – objetiva mobilizar atores sociais, governamentais e não governamentais em torno de um conjunto de ações;

✓ Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005. O documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar.

✓ Lei Maria da Penha (nº 11.340 de 2006) criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da CF e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher;

✓ Proposta de Projeto de Lei para a Revisão da Legislação Punitiva e Restritiva ao Aborto no Brasil-2006.

✓ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, 2007 – objetiva promover a saúde integral da população negra, dando prioridade às desigualdades étnico-raciais, o combate do racismo e as discriminações, nas instituições e serviços do SUS;

✓ Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids 2007 apresenta estratégias e ações para enfrentar a feminização da Aids;

✓ O Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva buscou abordar a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida e de saúde das pessoas

e o papel fundamental que as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva. Elaborado no ano de 2013. Esta publicação teve a finalidade de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Apresenta orientações para o planejamento reprodutivo de pessoas vivendo com HIV/Aids, o qual deve acontecer num contexto de respeito aos Direitos Sexuais e aos Direitos Reprodutivos dessas pessoas e a escolha livre e informada.

✓ Lei nº 12.984 de 02 de junho de 2014, define como crime a discriminação dos portadores do vírus HIV e doentes de Aids. Constitui crime punível com reclusão de 1 a 4 anos, e multa, as condutas discriminatórias contra o portador do vírus HIV e doente de Aids.

Estas normas, leis ou políticas contribuíram para o avanço nas discussões a respeito dos direitos das mulheres por saúde integral, igualdade e direito de decidir sobre sua sexualidade e reprodução. São resultado de uma longa luta dos movimentos feministas e de mulheres, que ainda não acabou. É importante continuar lutando contra os retrocessos para assim seguir em frente. Principalmente no atual contexto político e econômico do país.

De um modo geral, os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos seguem os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Estão inscritos nas diversas leis internacionais, nacionais e nos documentos consensuais sobre Direitos Humanos. Entretanto, trazer o debate das questões reprodutivas para o campo do direito tem sido alvo de críticas por parte de alguns setores envolvidos com o tema. Se, de um lado, a perspectiva dos direitos tem o caráter de horizonte ético e político para as questões reprodutivas, de outro, sua universalidade pode camuflar as diferenças e especificidades de grupos particulares (OLIVEIRA, 2003).

Para Corrêa e Petchesky (1996), o discurso sobre direitos humanos tem sofrido duros ataques por autores e autoras feministas, marxistas e pós-modernos. As críticas vão em direção ao caráter indeterminado da linguagem do direito; de estar fundamentado segundo a lógica de grupos hegemônicos e dominantes; de apontar para um individualismo que supõe escolhas e barganhas individuais potencialmente iguais; de que as diferenças de condições econômicas de raça, gênero ou outras circunstâncias sociais são, por vezes, tomadas como invisíveis.

Estas autoras afirmam ainda que os direitos sexuais e direitos reprodutivos estão no terreno do poder e do recurso: **poder** de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e **recursos** para levar a cabo tais decisões de forma segura. O que envolve necessariamente as noções essenciais de *integridade corporal* ou *controle sobre o próprio corpo*. Estão também em questão, as relações que se tem com filhos, parceiros sexuais, membros da família, a comunidade e a sociedade, ou seja, o corpo existe em um universo socialmente mediado. Os direitos sexuais e direitos reprodutivos compreendidos como “liberdades privadas” ou “escolhas”, perdem o sentido, principalmente, para grupos sociais mais pobres e privados de direitos, quando estão ausentes as condições que permitem seu exercício.

Os direitos reprodutivos são tanto direitos subjetivos (como o direito à liberdade e a não discriminação) como se referem às obrigações dos Estados em assegurar condições necessárias para sua efetivação e, portanto, são também direitos sociais, como o acesso à saúde e a educação, dentre outros.

De acordo com Villela e Nilo (2011), a saúde reprodutiva é compreendida apenas como acesso a pré-natal e atenção ao parto, para os quais as ações de prevenção da transmissão vertical são entendidas como suficientes; saúde sexual é traduzida como diagnóstico e tratamento das infecções de transmissão sexual, e a abordagem do HIV/Aids como acesso aos antirretrovirais. O crescimento da epidemia entre as mulheres se deve a uma complexa combinação de pobreza, violência, falta de informação e práticas sexuais inseguras. São afetadas pela epidemia principalmente pela falta de garantia dos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

As autoras citadas acima destacam também que apesar de no Brasil haver planos e políticas direcionados à saúde integral das mulheres e também aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, percebe-se um problema quanto a sua aplicação. Que pode ser explicado por falta de vontade política, de capacidade técnica, de orçamento específico, de disposição ou interação entre os setores do governo. As políticas de saúde são direcionadas para as mulheres – mães, sem uma abordagem acerca de sua saúde sexual e reprodutiva. O que acaba influenciando o trabalho dos profissionais de saúde, que muitas vezes não enxergam as mulheres como seres sexuais, principalmente as mulheres com HIV/Aids.

Enquanto proposta, as políticas públicas voltadas para os direitos sexuais e direitos reprodutivos incluem todos os indivíduos. Considerando os estigmas e aspectos de vulnerabilidade, percebe-se a necessidade de formular novas políticas afirmativas para esses

direitos, promovendo a permanente educação profissional e criação e ampliação de acesso a serviços destinados ao planejamento familiar que, no Brasil, parecem estar em sua maioria destinada à primazia da contracepção.

Apesar do direito sexual e direito reprodutivo ser reconhecidamente um direito humano, as mulheres soropositivas encontram inúmeras questões e obstáculos na hora que decidem engravidar, tais como a não efetivação das políticas específicas para as mulheres, a falta de profissionais especializados, precariedade nos serviços de saúde, insuficiente assistência às mulheres que decidem engravidar, entre outras. É necessário pensar as demandas trazidas por estas mulheres para além das questões de controle da epidemia e da transmissão vertical.

Concordamos com Freitas e Nery (2014), que a mulher com HIV/Aids deve ter o direito de fazer suas escolhas sexuais e reprodutivas, pela anticoncepção ou concepção. É um direito garantido por lei, e existem orientações e protocolo do Ministério da Saúde embasando os profissionais de saúde em como realizar o planejamento familiar de soropositivos, no sentido de prevenir uma gravidez ou mesmo de planejar ter um filho com baixo risco de contaminação pelo vírus. Porém, o que em geral acontece nos serviços de saúde é a pouca discussão sobre aspectos ligados à sexualidade, com baixo nível de informação sobre métodos anticoncepcionais, bem como alternativas para concepção. Muitos profissionais de saúde temem estar estimulando a disseminação do vírus com a gestação, indo de encontro ao controle epidemiológico.

Sabendo-se que uma quantidade considerável das mulheres vivendo com HIV/Aids está em idade fértil e que o desejo de ter filhos é algo culturalmente cultivado, a estruturação dos serviços técnicos e humanos preparados para o aconselhamento, anticoncepção e planejamento familiar são necessários, para que estas mulheres HIV+ façam suas escolhas reprodutivas de maneira consciente e segura. A convivência com o vírus HIV deve ser ponto central no direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres com o vírus. Porém, a maioria delas tem pouco ou nenhum acesso às informações, aos serviços de atenção integral à saúde e às ações que permitam o exercício de sua cidadania. Entre os desafios para uma melhor assistência está a qualificação dos profissionais, pois muitos ainda sentem dificuldades na abordagem de questões relativas à sexualidade, à saúde sexual e saúde reprodutiva e aos direitos reprodutivos de pessoas que vivem com HIV (FREITAS E NERY, 2014).

Devido à aproximação com as questões de HIV/Aids e ao crescimento da feminização da epidemia em meados da década de 1990, observamos que a saúde sexual e saúde reprodutiva ainda não é tratada no âmbito da saúde integral, prevalecendo a prevenção e o tratamento como forma de enfrentar a epidemia na população feminina. Por haver um

aumento nos casos femininos com HIV/Aids, as discussões a respeito da saúde sexual e reprodutiva para as mulheres soropositivas se tornaram relevantes e ganharam força, a partir da luta do movimento feminista e de outros segmentos da sociedade civil também interessados nos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

Concorda-se com o relatório da pesquisa coordenada por Vieira, intitulada “*Acesso aos serviços de saúde de referência para HIV/Aids no Brasil, África do Sul e Moçambique*” (2013), que o acesso à saúde sexual e reprodutiva tem sido e continua a ser essencial para a resposta à Aids e os governos têm a responsabilidade de fornecer serviços de saúde pública focalizados nas necessidades das famílias, particularmente das mulheres e das crianças. Também é fundamental rever as leis e as políticas que têm um impacto adverso à implementação de programas bem-sucedidos, efetivos e que garantam acesso à prevenção do HIV, de tratamento, cuidado e apoio às pessoas que vivem com HIV e são afetadas pelo vírus.

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos de pessoas com HIV/Aids não diferem de outras pessoas, haja vista que o desejo de ter filhos é considerado no Brasil um direito autônomo, que inclui todos, inclusive os portadores de infecções e doenças crônicas, mas o preconceito permanece arraigado. Enquanto para mulheres HIV/Aids negativa, a maternidade é socialmente esperada e estimulada, às mulheres soropositivas, parece ser negado o direito ao desejo de ter filhos.

## **CAPÍTULO 3**

### **3.1 Processo da Pesquisa – Caracterização metodológica**

Esta pesquisa possibilitou aprofundar e apreender o debate acerca das contradições e conflitos presentes em nosso problema de estudo. Optamos por utilizar neste estudo a pesquisa de natureza qualitativa, com o uso de técnicas de entrevistas semiestruturadas individuais com os profissionais de saúde e grupo focal com as mulheres que utilizam o serviço de saúde.

Este estudo está fundamentado em elementos da Teoria Social Crítica, uma vez que a interpretação dos dados estará pautada na compreensão da totalidade social, “totalidade esta que buscou incorporar o movimento das contradições da realidade objetiva e aproximar-se da essência do objeto de estudo, assim tornando-o consciente, em seus fundamentos, condicionantes e limites” (NETTO, 2009).

Tanto o pesquisador quanto o profissional que realiza pesquisa deve possuir uma visão global da dinâmica social concreta. Precisa conjugar o conhecimento do modo de produção capitalista com a sua particularização na nossa sociedade. É necessário também encontrar as principais mediações que vinculam o problema específico com que se ocupam, com as expressões gerais assumidas pela “questão social” no Brasil contemporâneo e com as várias políticas sociais que se propõem a enfrentá-las.

O conhecimento dessas políticas sociais é indispensável para contextualizar a intervenção e a mediação que darão a pesquisa. O pesquisador deve apropriar-se criticamente do conhecimento existente sobre o problema específico com o qual se ocupa. Para isso deve dominar a bibliografia teórica, a documentação legal, a sistematização de experiências, as modalidades das intervenções institucionais e instituintes, as formas e organizações de controle social, o papel e o interesse dos usuários e dos sujeitos coletivos envolvidos (NETTO, 2009).

Portanto, é necessário partir do real para ir em direção à essência, para assim iniciar a apropriação do objeto. Por isso, deve-se ir além de como o problema está posto. Nesse percurso, identificam-se as determinações do objeto com o fim de desvendar sua essência (KOSIK, 1976). Compreender a garantia de acesso a direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres soropositivas em uma perspectiva marxista implica aprofundar as determinações desse objeto, ir em direção da sua essência, ou seja, é preciso ir além da aparência ou da forma como o problema se apresenta no cotidiano do serviço de saúde, é necessário buscar as conexões e determinações que constituem esse fenômeno.

No que se refere à análise da realidade do objeto de estudo, realizamos aprofundamento teórico sobre conceitos e categorias que orientaram o processo de pesquisa, como: totalidade social, contradição, historicidade, contrarreforma do Estado, política de saúde, direitos reprodutivos, direitos sexuais, desigualdade de gênero, integralidade, vulnerabilidade, planejamento familiar, entre outros.

Fizemos uso de dados quantitativos, principalmente os de fonte secundária (tais como dados epidemiológicos disponibilizados em boletins epidemiológicos), mas, sobretudo, nossos procedimentos metodológicos e nossa análise foram fundamentalmente qualitativas. A

pesquisa qualitativa é um meio para explorar e para entender a importância que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano (CRESWELL, 2010). Como procedimentos metodológicos fizemos uso de:

✓ **Análise documental** – Esta técnica de análise é utilizada em pesquisa social. Existe uma ampla variedade de fontes documentais à disposição do pesquisador. Os documentos, lidos como a sedimentação das práticas sociais, tem o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente ou em longo prazo; constituem também as leituras particulares dos eventos sociais. Falam-nos das aspirações e intenções dos períodos aos quais se referem e descrevem lugares e relações sociais de uma época na qual podíamos não ter nascido ainda ou simplesmente não estávamos presente (MAY, 2004). Este autor coloca ainda que os documentos fornecem uma fonte de dados importante para entender os eventos, processos e transformações nas relações sociais, eles são centrais para entender e explicar as relações sociais.

Em nossa pesquisa realizamos análise de dados, leis, políticas, programas, planos, a respeito de Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, saúde integral da mulher, relações desiguais de gênero. Fruto de muita luta ao longo de anos, por parte da sociedade civil, principalmente do movimento feminista e de mulheres, que sempre lutaram por garantia de direitos e pela igualdade de gênero, influenciando a elaboração de algumas leis, programas e políticas abordados ao longo dos capítulos anteriores.

✓ **Revisão bibliográfica** - abarcando referências, artigos, pesquisas, teses, dissertações sobre tendências do HIV/Aids; da feminização; um levantamento de documentos produzidos por diferentes autores com relação às práticas reprodutivas saudáveis adotadas por mulheres vivendo com HIV/Aids, perpassando uma abordagem das estratégias tomadas quanto à elaboração de políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva; políticas sociais; contrarreforma, precarização, subfinanciamento da saúde, gênero, saúde integral da mulher, planejamento familiar. Consideramos em nossa pesquisa a influência do movimento feminista e de luta por direitos das mulheres. Debruçamo-nos sobre a literatura (sob a perspectiva de diferentes autores, ora concordando ora discordando), que aborda esses temas.

✓ **Entrevista Semi-estruturada** – Esta é uma metodologia de coleta de dados amplamente aplicada, é essencialmente uma técnica ou método para estabelecer ou descobrir que existem perspectivas, ou pontos de vista sobre fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista (GASKELL, 2002). Realizamos entrevistas:

- Com integrantes da equipe multiprofissional, dentre eles, (1) assistente social, (1) psicólogo, (1) enfermeiro(a), (1) infectologista, (1) ginecologista do SAE do Hospital Correia Picanço

para identificar as ações adotadas para garantir às mulheres vivendo com HIV/Aids os direitos reprodutivos e direitos sexuais no cotidiano do serviço.

✓ **Grupo Focal** – Esta técnica de coleta de dados está também presente em pesquisas qualitativas. A coleta dos dados é realizada através de interações grupais ao se discutir tópicos especiais. De acordo com Gondim (2003), como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e entrevista em profundidade. Ainda de acordo com Gondim (2003) *“O uso dos grupos focais está relacionado com os pressupostos e premissas do pesquisador. Alguns recorrem a eles como forma de reunir informações necessárias para a tomada de decisão; outros os vêem como promotores da auto-reflexão e da transformação social e há aqueles que os interpretam como uma técnica para a exploração de um tema pouco conhecido, visando o delineamento de pesquisas futuras”*. Em nosso estudo realizamos um grupo focal com mulheres adultas que realizam tratamento no SAE-Hospital Correia Picanço.

De acordo com Minayo (2001) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Preocupa-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### 3.1.2 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos e legais vigentes foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012. O projeto de pesquisa foi aprovado em setembro de 2015, com a CAAE - 47485015.3.0000.5208, sem nenhuma alteração sugerida pelo relator. Com o parecer consubstanciado em mãos, entregamos uma cópia ao serviço de saúde em que foi realizado o trabalho de campo e entregamos outra cópia na Secretaria Estadual de Saúde, conforme solicitação desta. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética. Será enviado ao Comitê de ética um relatório final após a defesa desta dissertação. Será agendado um encontro com os participantes da pesquisa para que os resultados sejam apresentados.

### 3.1.3 Breve caracterização do SAE – Hospital Correia Picanço

O Hospital Correia Picanço (HCP) é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Situa-se no bairro da Tamarineira. Fundado em 1974, com o nome de Hospital Gildo Neto, atendia casos de Meningite Meningocócica (epidemia que ocorreu no início da década de 1970). Além de meningite realizava atendimento nos casos de leptospirose, hepatite, cólera e sarampo, tornando-se assim hospital de referência para as doenças infectocontagiosas.

A partir dos primeiros casos de HIV/Aids, em 1986 o hospital realizava atendimentos aos soropositivos apesar de ainda não ter sido designado formalmente para atendimento dessa patologia.

O HCP possui atualmente três serviços de referência pensados para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids, como indicado na política de enfrentamento da aids em 1999. **O ambulatório (SAE)**, que tem o destaque de oferecer atendimento ambulatorial exclusivo; **O hospital**, setor de internação e triagem/plantão 24 horas, e o **Hospital-Dia**. O setor hospitalar<sup>11</sup> e o Hospital-Dia são de acesso a todos os pacientes, independente de realizar o tratamento ambulatorial no HCP. Já o ambulatório é de acesso apenas para as pessoas cadastradas para acompanhamento contínuo (SANTOS, 2014).

O Serviço de Atendimento Especializado (SAE-HCP) - é um ambulatório climatizado, com 11 consultórios, 01 consultório odontológico, 01 sala da gerência, 01 farmácia, uma recepção e 03 salas de espera.

De acordo com informações fornecidas na entrevista da enfermeira/gerente do SAE, a equipe multiprofissional é formada por médicos infectologistas (13), neurologista (2), psiquiatra (2), dermatologista (1), ginecologista (1), e odontólogos (as) (2); além de enfermeiros(as) (4), farmacêutica (2), assistentes sociais (1), psicólogas (8) e nutricionista (1); 03 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de dentista, 02 técnicos de farmácia e 04 recepcionistas, 01 médico do trabalho que atende às exposições e acidentes de trabalho, atua também como médico do trabalho no serviço, 02 funcionários responsáveis para busca e devolução dos prontuários do arquivo para o ambulatório e 01 auxiliar de serviços gerais. Contavam com um cardiologista, que trabalhava em regime de contrato, mas o contrato

---

<sup>11</sup> O setor hospitalar atende também casos de meningite (adultos e pediátricos).

acabou e o profissional não foi substituído até o momento da entrevista; quando o usuário necessita desse especialista é encaminhado para outro serviço.

Já o setor hospitalar possui 36 leitos para internamento, distribuídos em 14 enfermarias que comportam de 2 a 3 leitos. Desses, quatro enfermarias e 10 leitos são de isolamento respiratório. Existem ainda 5 leitos de Unidade de Terapia Intensiva.

Pacientes que necessitam de procedimentos como hidratação, administração de medicamentos e hemoterapia sem a necessidade de internação são encaminhados pela triagem ao Hospital-Dia – espaço com 10 poltronas que funciona de 8 a 17 horas, de segunda a sexta-feira.

Os procedimentos do Hospital-Dia podem ser realizados em serviços de saúde da atenção básica, próximo ao local de residência do paciente, porém, se percebe através do cotidiano profissional e por relatos dos usuários, uma resistência de alguns serviços de saúde e profissionais de atender pacientes com Aids e isso é uma realidade presente no cotidiano das pessoas que vivem com HIV/aids, sobretudo, os residentes no interior que precisam vir para Recife ( SANTOS, 2014).

Os exames disponíveis no HCP, além dos laboratoriais, são: eletrocardiograma, endoscopia, ultrassom e raio X. Já exames de alta complexidade, como tomografia e ressonância, são referenciados para o setor privado e custeados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES). Atualmente têm atendido à demanda dos pacientes que necessitam desses exames, segundo informações da gerência do ambulatório do HCP. Já exames como cintilografia e densitometria óssea são também disponibilizados pela SES, mas há um limitado número de vagas ( SANTOS, 2014).

Concorda-se com Santos (2014) que, apesar da maior disponibilidade de serviços para atendimento no âmbito da saúde curativa, ainda existem dificuldades como, por exemplo, faltam leitos para internação; agendas para atendimento com infectologista com muitas demandas, o que inviabiliza consultas em curto prazo para os pacientes de primeira vez e retorno dos pacientes em acompanhamento; falta de medicação para doenças oportunistas, que é enviada ao HCP pela SES/PE. Acrescentamos que o acesso a direitos sexuais e direitos reprodutivos também são difíceis e precários. Não ocorre a discussão aberto do tema, acarretando práticas isoladas por parte dos profissionais de saúde, para informar acerca de direitos sexuais e direitos reprodutivos.

### **3.1.4 Sujeitos da Pesquisa e Critérios de escolha**

O serviço de saúde escolhido foi o Hospital Correia Picanço por ser um hospital de referência no estado de Pernambuco para tratar HIV/Aids em pessoas adultas e por manter um SAE. É importante destacar que o HCP já foi nosso campo em pesquisa anterior. A aproximação com o serviço de saúde foi realizada através de uma assistente social do próprio serviço, que também participou da pesquisa. A partir de conversa com a profissional foi cogitado o interesse em realizar o trabalho de campo no referido serviço.

Fomos informadas pela direção do HCP que teríamos que dar entrada com o pedido para realizar a pesquisa na Secretaria Estadual de Saúde, especificamente na Diretoria Geral de Educação em Saúde, para receber a carta de anuência que autorizaria que a pesquisa fosse realizada no HCP. Demos entrada na solicitação conforme orientado no mês de junho de 2015 e no mês seguinte a carta foi emitida e anexada ao projeto o qual foi submetido ao Comitê de ética da UFPE ainda em julho de 2015. O projeto passou pela reunião do comitê de ética no mês de setembro e foi aprovado sem pendências.

Após a devida aprovação do comitê de ética o trabalho de campo foi iniciado. Com a valiosa orientação da assistente social do SAE, identificamos os profissionais com os quais iríamos realizar as entrevistas e as mulheres para o grupo focal. Essa profissional foi importante para realizar a mediação entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, tendo em vista que a pesquisadora não era do serviço de saúde. A escolha foi aleatória, de acordo com disponibilidade e interesse tanto dos profissionais quanto das mulheres.

Foram escolhidos 5 profissionais para aplicar a entrevista, dentre eles, infectologista, ginecologista, psicólogo, enfermeiro (que também assume a função de gerente do SAE) e assistente social (a assistente social que auxiliou na identificação dos sujeitos da pesquisa não foi a profissional entrevistada).

O principal critério de inclusão foi trabalhar no SAE. Estes profissionais foram escolhidos, pois entendemos que estas são especialidades que estão diretamente relacionadas à garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos no âmbito do cotidiano dos serviços de saúde. Foi elaborado um roteiro norteador, com questões abertas que deixaram os participantes livres para trazer informações que achassem pertinentes.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em dias distintos, de acordo com a disponibilidade de cada profissional. O TCLE foi lido, após a leitura foi assinado pelo profissional e pesquisadora, e o profissional ficou com uma cópia do termo. Conforme foi previsto nas considerações éticas, a entrevista foi realizada em sala fechada, com a presença apenas da entrevistada e da pesquisadora. A duração das entrevistas ficou em torno de 20 a 30

minutos. A transcrição foi realizada após cada entrevista na tentativa de não perder nenhuma informação importante.

- Perfil dos profissionais de saúde entrevistados

Os profissionais de saúde entrevistados compõem a equipe multiprofissional do SAE-HCP. Foram escolhidos 5 profissionais, das áreas de infectologia, enfermagem, serviço social, psicologia e ginecologia. Essas especialidades foram escolhidas por considerarmos que sua atuação é central, no bom atendimento e acesso a serviços de saúde, especificamente na garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos para mulheres vivendo com HIV/Aids. Os profissionais entrevistados trabalham em média há 10 anos no HCP, apenas uma profissional atua desde 1993 no serviço. Aqui iremos delinear um pouco do perfil desses profissionais, suas impressões com relação à formação da equipe multiprofissional, e qual a rotina de atendimento à demanda existente no serviço. Obtivemos essas informações a partir das primeiras perguntas do roteiro. Nossa intenção com isso foi identificar se os profissionais entrevistados percebem alguma deficiência da política de saúde refletida em seu cotidiano de trabalho.

Ao questionarmos sobre a demanda atendida no SAE, a médica infectologista coloca que é:

*“Muitíssimo maior (risos), a gente tem consultas marcadas com intervalos muito longos. A gente tem uma demanda muito grande, porque quase todos os serviços que não têm atendimento para HIV encaminham pra cá. Mesmo os serviços dos interiores que tem atendimento (tem o SAE) encaminha pra cá, muitas vezes a gente tenta mandar esse paciente de volta, mas muitas vezes a gente não consegue, porque não tem enfermeira, não tem médico, não tem alguém que receba ele no serviço de origem, então a demanda é imensa e a equipe é pequena”* (Entrevista infectologista, 2015).

Em sua fala percebemos que a demanda no ambulatório é muito alta se comparada com o número de infectologistas que trabalham no serviço e em relação à equipe em geral. As consultas são marcadas com intervalos muito longos. A equipe multiprofissional é formada por profissionais concursados e contratados, o que gera um déficit na equipe quando o contrato acaba e esse profissional não é repostado. [...] *por exemplo, a gente tinha um cardiologista que era contrato, o contrato terminou e nunca mais veio ninguém, a gente tem esse déficit* (entrevista infectologista, 2015). Outra dificuldade apontada tanto por esta profissional, quanto por outras entrevistadas, foi com relação à demanda encaminhada por

outros serviços e/ou municípios, incluindo os que têm SAE, o que acarreta um aumento na demanda. Pois os serviços de saúde na maioria das vezes direcionam os casos de diagnóstico HIV positivo para o HCP. Com a ampliação dos SAEs pelos municípios nos últimos anos, esse cenário vem mudando. A equipe tenta direcionar essa demanda de volta para os municípios com SAE.

A ginecologista que acompanha as mulheres no ambulatório do HCP é a única no serviço, atende toda a demanda. Ao questionarmos se o fato de ser a única ginecologista no serviço interfere em sua atuação, ela diz que:

*“não, a única coisa que não dá para fazer é a parte de pré-natal, aí a gente encaminha pro IMIP, eu encaminho pra lá. Mas assim, a parte ambulatorial de ginecologia e os pareceres lá dentro dão para ser comigo só”* (entrevista ginecologista, 2015).

Por não realizarem o pré-natal no SAE-HCP as mulheres grávidas são encaminhadas ao IMIP ou CISAM. Essa profissional atende no ambulatório 3 vezes na semana, o que dá em média 100 mulheres por mês. A rotina é basicamente ouvir/tratar as queixas e pedir exames quando necessário. O exame preventivo é encaminhado para outro serviço, normalmente ela encaminha para o CISAM ou as mulheres realizam esse exame no PSF.

*“é, o atendimento é três vezes por semana. Eu acho que dá umas 100 pacientes por mês. [...] assim, as pacientes que eu atendo aqui, é mais para... seria como se fosse uma paciente que não tivesse HIV, é para tratar as queixas dela e pedir os exames. Prevenção não é feita aqui, é encaminhado, aqui faz só as ultrassonografias”* (entrevista ginecologista, 2015).

Na entrevista com a assistente social nos foi passado que a equipe do serviço social é pequena em relação à demanda. No momento da entrevista tinham cinco assistentes sociais para toda demanda tanto do hospital quanto do ambulatório, que não conseguem dar conta dos 2 turnos (manhã e tarde) no ambulatório, como deveria acontecer. E no hospital existe uma defasagem, principalmente no final de semana.

*“[...]a gente tem uma equipe pequena, que realmente a gente não consegue estar nos dois turnos (manhã e tarde) no ambulatório, que é o que deveria ser. E no hospital existe um déficit, que fica sábado à tarde e domingo o dia todo, sem serviço social. Então realmente a gente lida com esse “buraco”. Atualmente somos cinco para toda a demanda do hospital. São duas efetivas, uma contratada e duas plantão extra”* (entrevista assistente social, 2015).

No ambulatório é realizado o acolhimento de primeira vez e são dadas orientações diversas de acordo com a demanda espontânea. Vejamos o que a profissional nos traz de informação a esse respeito:

*Em nível de ambulatório, a mulher quando tem o diagnóstico de HIV, ela chega bastante fragilizada, a gente faz um acolhimento muito bom, coisa que um médico com todo seu conhecimento às vezes não consegue transmitir. A gente tem toda aquela acolhida de explicar o que é o vírus, dizer para ela que ela não se sinta diferente, ela poderia e pode ser eu no futuro. Que a partir do momento que você tem uma relação sexual desprotegida com qualquer pessoa, você vai estar vulnerável, né?! Então é importante esse acolhimento nesse sentido, para ela não se sentir diferente e nem sentir que procurou aquilo (entrevista assistente social, 2015).*

A equipe de psicologia é composta por 8 profissionais, duas são diaristas e as outras trabalham em regime de plantão e são concursadas. Vejamos o que a profissional nos traz em sua fala:

*“nossa psicologia não atende só no ambulatório, a gente atende no ambulatório e hospital. Tem dois dias de ambulatório e o resto a gente fica lá dentro. Então, dentro do possível estamos com todos os profissionais meio sufocados. Como a gente faz muito paciente em terapia, terapia é horário marcado, é no mínimo meia hora para cada paciente. Então a gente só faz seis atendimentos por dia, dos pacientes de ambulatório. Mas sempre que tem intercorrência já vem agendado. Por exemplo, hoje eu deveria estar lá dentro, já tive duas intercorrências aqui. Então, estamos lá e vem pra cá, tá aqui, vai para lá...onde acontece intercorrência. E ainda existe aquela história de pacientes, que acha que ir pra psicólogo/psiquiatra é porque é louco. Aí tem uma demanda, mas não é tanto, se eu for responder o volume de pacientes que a gente atende aqui é quase 8 mil, não dá, mas também a gente não tem mais horário para tanta gente” (entrevista psicóloga, 2015).*

Fica nítido nessa fala que a alta demanda de atendimento e a deficitária quantidade de profissionais prejudica a qualidade do atendimento. Esse é um reflexo de um sistema de saúde deficitário, que atua de forma precarizada.

Atendem também os familiares quando necessário. Relata que têm dificuldades em realizar grupos com os/as pacientes, o único grupo que tem é o de adesão ao tratamento.

*“existe de adesão, né?! Grupo com fins psicológico a gente não faz, porque não temos nem local pra isso. A gente não pode nem usar o auditório porque tem escada, nem todo*

*paciente vai ter condições de subir, então não adianta fazer o grupo” (entrevista psicóloga, 2015).*

Quando perguntamos se ela participa do grupo de adesão, a resposta foi:

*“não, porque os dias que tem o grupo, eu não estou no hospital. Tem uma psicóloga que coordena... Então no grupo, são vários temas abordados, que ajudem na questão da adesão mesmo do tratamento” (entrevista psicóloga, 2015).*

O fato de o auditório não ter acessibilidade dificulta a realização dos grupos, pois muitos pacientes estão com algum comprometimento físico gerado em muitos casos por uma doença oportunista. Por trabalharem em regime de plantão, também dificulta a atuação conjunta dos profissionais. Essas questões nos fazem refletir que os profissionais de saúde do serviço não conseguem articular suas ações seja em direitos sexuais e direitos reprodutivos, ou em outras temáticas, devido, muitas vezes, a problemas estruturais e deficiência da própria política de saúde, que priorizam ações fragmentadas e individualizadas.

A profissional de enfermagem também atua como gerente do SAE. No que se refere à demanda atendida no SAE, sua fala é a seguinte:

*“É assim, para o atendimento nós temos uma história de uma certa demanda espontânea. Como assim? Toda paciente que chega para atendimento, ela é HIV positivo, por que como nós somos um serviço de atendimento especializado, então a paciente que vem pra cá, ela já vem com o teste positivo. Essa é a situação da que chega, ela sendo positiva, ela é atendida pela enfermagem, é cadastrada no mesmo dia, são marcados todos os exames, é marcado o infectologista. E nessa consulta com a enfermagem são identificadas todas as necessidades que ela precisar. Já caso o paciente está internado no hospital e tem uma parceira que nunca fez o exame e foi diagnosticado recentemente, esta mulher, é, vem aqui pra o ambulatório, pro SAE, é acolhida pela psicologia e é testada, a gente faz o pré-aconselhamento e pós-aconselhamento do exame” (entrevista enfermeira, 2015).*

Avalia que a equipe é suficiente para atender à demanda. Mas em outro momento da entrevista coloca que atualmente contam com aproximadamente 8 mil usuários cadastrados e essa demanda é grande em relação à equipe.

Fala da profissional de enfermagem:

*“Nós precisamos de mais profissionais, principalmente infectologista, pra o atendimento. Nós devemos estar com quase 8.000 pacientes cadastrados no serviço. Já passaram aqui no serviço quase 14.000 pacientes, foram cadastrados, provavelmente transferidos, vieram a óbito e realmente hoje*

*temos isso, cerca de 8.000 pacientes em acompanhamento, e só em terapia antirretroviral 7.100. Se eu não me engano é maior que o centro de referência de São Paulo, o Emílio Ribas” (entrevista enfermeira, 2015).*

No atendimento ocorre certa demanda espontânea, na maioria das vezes as mulheres já vêm com o diagnóstico positivo. Se ela for procedente de um município que tenha SAE ela é encaminhada para esse serviço, mas algumas preferem permanecer no SAE-HCP, muitas vezes por medo de iniciar o tratamento no município de origem e assim sua condição sorológica ser exposta à comunidade. Ficando no SAE-HCP, essa mulher é cadastrada, marca-se a consulta com infectologista e os exames.

Na consulta de enfermagem são identificadas suas necessidades. Pode também passar por psicóloga e/ou assistente social. No caso do (da) paciente internado no hospital com diagnóstico recente ou em acompanhamento no ambulatório, seu parceiro (a) pode ser testado no próprio SAE-HCP, recebe o pré e pós-aconselhamento. Essa ação é adotada para que esta pessoa não se perca e no caso de ser HIV positiva inicie logo seu tratamento. Toda medicação, de ARV ou não, prescrita no serviço é dispensada na farmácia. Até as medicações prescritas em outros serviços são dispensadas sem problema.

Fala da enfermeira:

*“Tudo aqui, toda medicação que for prescrita aqui dentro do serviço, ele pega aqui. Até mesmo de uma necessidade, que se ele é do posto e for outro médico fora, e passa uma receita, e ele não consegue comprar, mas ele vem com essa receita para gente, e tem o remédio na farmácia, a gente dispensa sem problema nenhum” (entrevista enfermeira, 2015).*

A profissional coloca que um dos objetivos da equipe multiprofissional é fazer com que o paciente resolva tudo no serviço. Que ele não precise ir para outros serviços, pois encontram muitas barreiras, principalmente na atenção básica. Um dos motivos é o fato de serem soropositivos e alguns profissionais de saúde não terem habilidade em lidar e tratar com esse público. Vejamos sua fala:

*“um dos objetivos do nosso trabalho aqui é fazer com que o paciente resolva tudo aqui. Que ele não precise ir pra outros serviços, e principalmente a atenção básica. Porque já tem tantos problemas, tantas dificuldades em relação à burocracia que existe, quanto à assistência. Que tem gente que em alguns locais não tem uma assistência adequada. Tem a equipe, mas a assistência é deficitária. Então a gente faz com que ele resolva tudo aqui, se puder” (entrevista enfermeira, 2015).*

Destaca a burocratização na saúde, e as dificuldades de referência e contrarreferência, o que torna a assistência deficitária. [...] *a gente procura ver as referências e contrarreferências, para que a gente encaminhe esse paciente para o lugar correto, e não fique perambulando solto na saúde.*

Relata falta de alguns medicamentos para doenças oportunistas, às vezes os ARVs também estão em falta. Não vem tendo problema com repasse de verbas. Mas estão com problemas no quadro de profissionais. Vejamos sua fala:

*“não, repasse de verbas até que está vindo direitinho. Mas estamos com problema de profissional, há um certo tempo, que a gente aqui do ambulatório pela demanda, apesar de ter diminuído, porque quando todo paciente chega para gente, a gente começou a fazer uma triagem, a partir do momento que começou a abrir outros SAEs, como nós hoje estamos com 32 SAEs incluindo o Correia Picanço, em todo estado. Então, todo paciente que chega pra gente, ele vai ser triado de onde é que ele mora. Então essa demanda para gente... a gente tinha 700/800 paciente novos /ano, hoje a gente está com 500 pacientes novos/ano. Então deu uma diminuída depois que abriu outros SAEs. Mas isso não quer dizer que a demanda de uma certa forma diminuiu. Não diminuiu, porque os profissionais são os mesmos de 2007 e 2008, a gente não recebeu mais outros profissionais. Principalmente, quanto a infectologistas. Tanto é que dentro do serviço nós temos 7.100 pacientes em terapia antirretroviral”* (Entrevista Enfermeira, 2015).

A descentralização dos serviços de atenção à pessoa com HIV/Aids é um fator favorável, mas a assistência deficitária e a composição da equipe reduzida faz com que os usuários recorram aos SAEs dos centros urbanos. E não impede que no SAE-HCP, que é o serviço que focamos nosso campo de pesquisa, tenha um alto número de usuários acompanhados e tratados, acarretando um longo intervalo entre uma consulta e outra, num intervalo de 3 a 4 meses, como colocaram alguns profissionais entrevistados.

Essas primeiras informações trazidas pelos profissionais entrevistados permite perceber que a política de saúde privatizada, precarizada, subfinanciada, que segue os moldes de favorecimento do capital, influencia perversamente a política de HIV/Aids no Brasil, e particularmente em Pernambuco. Gera deficiência na qualidade no atendimento aos usuários, com alta demanda e baixa oferta de serviço. Assim, as mulheres acompanhadas no SAE têm seus direitos negados e as ações que garantam direitos sexuais e direitos reprodutivos são individualizadas e fragmentadas.

Percebemos nas entrevistas a necessidade de contratação de mais profissionais para dar conta da demanda existente, e assim melhorar e agilizar o atendimento e, sobretudo capacitação para enfrentar as atuais contradições e tendências da epidemia, principalmente para a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres soropositivas. Pois o tratamento não deve estar pautado apenas no acesso a medicamentos antirretrovirais, mas deve considerar outros aspectos que envolvem os usuários do serviço de saúde.

- Perfil das mulheres que participaram do grupo focal

O critério de inclusão para as mulheres participarem do grupo focal foi realizar tratamento no SAE. As mulheres poderiam ou não ter filhos, nem tinham que manifestar desejo de engravidar para participar.

Foram convidadas 10 mulheres para formar o grupo focal. Elas foram abordadas no próprio ambulatório e informadas do objetivo da pesquisa e a data que seria realizado o grupo focal. Mas no dia agendado 3 mulheres não puderam comparecer, ou seja, contamos com a participação de 7 mulheres. Fato este que não prejudicou o bom andamento do grupo focal. Foi elaborado um roteiro norteador, mas com a liberdade de trazer informações que iam além das perguntas. O grupo focal teve a duração de 2h20 minutos. A pesquisadora levou um lanche, que foi realizado antes do início do grupo, nesse momento ocorreram as apresentações de maneira informal, como uma forma de aproximação e deixar o ambiente mais descontraído. Após o lanche e as apresentações, o TCLE foi lido, os objetivos da pesquisa foram expostos e as dúvidas foram sanadas, as mulheres assinaram, cada uma ficou com uma cópia. Conforme previsto nas considerações éticas, o grupo focal foi realizado em sala fechada, apenas com a presença da pesquisadora e das mulheres que concordaram em participar. Após a realização do grupo a transcrição foi feita para que não se perdesse nenhuma informação importante.

As sete mulheres entrevistadas no grupo focal são residentes da Região Metropolitana de Recife-RMR, sendo duas de Olinda, uma de Jaboatão dos Guararapes e quatro da capital pernambucana. A faixa etária delas foi de 23 a 49 anos, seguindo a tendência nacional e estadual para faixa etária de mulheres com HIV/Aids. Nenhuma delas concluiu o ensino médio, quatro delas pararam os estudos antes mesmo de concluir o ensino fundamental e não demonstraram interesse em retomar. Uma está no 2º ano do ensino médio e duas delas retomaram os estudos através de programas oferecidos pela Secretaria de Educação, que visam elevar a escolaridade de quem não tenha concluído o ensino fundamental e médio.

No que se refere à inserção no mercado de trabalho, apenas uma delas está trabalhando, como embaladora em supermercado, e recebe um salário mínimo. As demais entrevistadas consideram-se do lar, sendo que duas recebem o Benefício de Prestação Continuada-BPC; uma aguarda o deferimento do auxílio doença, teve que colocar a empresa onde trabalhava na justiça, pois a demitiram enquanto estava afastada devido à doença; uma tem suas necessidades providas pelo companheiro e a outra por seu filho que mora com ela.

Essas informações a respeito de escolaridade, idade, atividade laborativa, local de residência foram respondidas por elas, a partir das primeiras perguntas do roteiro.

As mulheres entrevistadas convivem com o vírus HIV, em sua maioria há mais de 10 anos, sendo o diagnóstico mais recente há 4 anos e o diagnóstico mais antigo há 17 anos.

Todas as mulheres entrevistadas tem filhos, o número varia entre 1 e 4 filhos. Duas delas expressaram o desejo em engravidar novamente, após a sorologia positiva, principalmente a mais jovem do grupo, que tem 1 filha de relacionamento anterior, e gostaria de engravidar do atual companheiro, que também é soropositivo.

O grupo de mulheres entrevistadas tem o perfil da tendência da epidemia no Brasil. De mulheres jovens e em idade produtiva e reprodutiva, do lar e sem vínculo empregatício formal, sobrevivem de benefícios que podem ser cortados caso sejam avaliadas como aptas às atividades laborativas, ou ainda, são mantidas por companheiro ou familiares. Adquiriram o vírus por via sexual, a maioria por maridos/companheiros ou parceiros sexuais estáveis. Mulheres que não perceberam e não percebem sua vulnerabilidade, pois cumpriam o papel que se esperava delas, de monogâmicas e dedicadas ao lar e a família.

Percebemos em nossas análises a influência/presença das tendências de heterossexualização, pauperização e feminização. Fica claro, a partir da entrevista, que a dependência financeira é uma realidade na vida das mulheres do grupo, bem como a pouca escolaridade. Fatores esses que contribuem para o desconhecimento de seus direitos, principalmente os direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Aqui concordamos com Castilho e Chequer (1997), que as populações marginalizadas, sobre as quais recaem a grande maioria das doenças endêmicas, as patologias decorrentes da fome e ausência de saneamento básico, vêm cada vez mais se infectando com o HIV. Isso traz como agravante a dificuldade ao acesso aos serviços de saúde e à informação de um modo geral e à informação sobre saúde de um modo individual. Dificulta também o acesso das mulheres vivendo com HIV/Aids aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Gostaríamos de deixar claro que os profissionais de saúde e as mulheres que participaram da pesquisa, bem como seu respectivo perfil apresentado acima, não representam

o perfil do SAE – HCP, por esta ser uma pesquisa qualitativa, não objetivamos traçar um perfil do serviço de saúde. As entrevistas individuais e entrevistas com grupo focal, em conjunto com o material acumulado em todo o processo de elaboração desta dissertação foram um meio de nos aproximarmos do objeto de pesquisa.

Os dados coletados com as entrevistas e grupo focal nos possibilitaram compreender a realidade envolta na garantia dos direitos das mulheres no cotidiano dos serviços de saúde, o acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, a atenção integral à saúde da mulher, bem como a lógica que esta por trás da negação desses direitos no cotidiano dos serviços de assistência especializada às pessoas vivendo com HIV/Aids.

Este processo de idas e vindas, leituras e reflexões, aproximações e reaproximações reflete os resultados que iremos dar continuidade na discussão, a partir da análise das tendências do movimento da realidade no cotidiano das mulheres com HIV/Aids com relação aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

### **3.2 Estratégias adotadas pela equipe multiprofissional para viabilizar o acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres vivendo com HIV/Aids**

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos são garantidos através de leis e políticas, conquistados através de muita luta do movimento feminista e de mulheres. São facilmente encontrados em cartilhas, que apresentam protocolos direcionados à profissionais de saúde. Mas no cotidiano dos serviços de saúde é apresentada uma rotina na qual os direitos mencionados acima não fazem parte. Pelo menos não da maneira que eles são apresentados. Para a boa atuação dos profissionais de saúde que trabalham com pessoas vivendo com HIV/Aids é imperativa a viabilização de estrutura e pessoal suficiente para atender à demanda existente. Bem como a capacitação continuada, a qual não ocorre e os profissionais acabam agindo individualmente e de acordo com a demanda.

As questões das entrevistas giraram em torno das estratégias adotadas pela equipe e as dificuldades que enfrentam no dia a dia e se sua conduta é afetada. Questionamos a existência de protocolo referente a direitos sexuais e direitos reprodutivos, capacitação dos profissionais, orientações quanto a planejamento familiar e atenção integral no serviço.

Quando questionamos se os profissionais passaram por capacitação ou discussão com relação a direitos sexuais e direitos reprodutivos, apenas uma profissional referiu ter participado, no caso, a psicóloga que já participou de capacitações promovidas pela SES e por movimentos da sociedade civil que atuam em HIV/Aids.

*“já faz um tempo. Faz um tempão, na verdade. Teve pela secretaria estadual, mas também já participei pelo SOS Corpo. foi convite. E eu acho que alguma coisa com o pessoal da “Gestos” eu também participei. Mas assim, a atualização faz um tempão que a gente não tem, pelo menos não chegou até a gente não. Até mesmo pelo SOS Corpo nunca mais recebi”* (entrevista psicóloga, 2015).

Podemos perceber nessa fala a dificuldade que os profissionais dos serviços de saúde têm em se manter atualizado. E que muitas vezes uma discussão como essa vem de movimentos da sociedade civil, quando deveriam vir prioritariamente do Estado.

A assistente social afirma já ter lido alguma coisa a respeito dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, mas nada específico.

*“Eu não sei a equipe como um todo, mas a gente do serviço social, não. Nunca participei, mas li alguma coisa. Alguma coisa que você vê na internet, mas nada de pegar um material específico”* (entrevista assistente social, 2015).

O mesmo foi relatado pelas demais profissionais entrevistadas.

Também não há o conhecimento da política nacional de direitos sexuais e direitos reprodutivos, nem da política de planejamento familiar; *“não, eu nunca tive acesso à política, nunca procurei. Mas assim, o que eu entendo, do senso comum”* (entrevista assistente social, 2015).

*“Especificamente não, sei algumas coisas do direito, mas se você me perguntar se eu estou por dentro, pode ser que eu esteja enganada. Não posso dizer que sim, e tem coisa que falta ainda saber”* (entrevista enfermeira, 2015).

Percebe-se o uso de técnicas que priorizam a prevenção da transmissão vertical. Alguns profissionais foram categóricos em responder que nunca ouviram falar dos referidos direitos. As discussões/orientações a respeito de sexualidade e reprodução de mulheres HIV+ giram em torno de prevenção e riscos de transmissão vertical. As profissionais colocaram que o serviço não tem um protocolo específico de estratégias referentes a direitos sexuais e direitos reprodutivos. De acordo com a infectologista as ações são individuais. Cada profissional define o que fazer conforme a demanda trazida pela usuária. Vejamos sua fala:

*“O que a gente faz no dia a dia é em torno do preservativo e se tiver o desejo de ter filho, a gente encaminha, mas não tem*

*um protocolo, é uma coisa muito individual. Cada um que decide se vai mandar ou não” (entrevista infectologista, 2015).*

A psicóloga coloca que segue as orientações de protocolos do Ministério da Saúde...  
 “A gente segue a questão do que o ministério diz para o HIV, você não pode proibir uma mulher de engravidar se ela deseja” (entrevista psicóloga, 2015).

As ações da ginecologista no serviço são as seguintes:

*“Já fiz as minhas orientações baseadas assim, em protocolos de outros serviços, mas não daqui. E tento manter um diálogo com a infectologista da paciente para saber qual a condição clínica dela e qual o melhor momento dela engravidar” (entrevista ginecologista, 2015).*

As ações giram em torno do uso de preservativo, quando uma mulher expressa o desejo de engravidar é encaminhada a um serviço de referência que tenha maternidade. Normalmente vão para o CISAM ou IMIP, pois conta com médico obstetra. Dependendo do profissional que a acompanha ela é orientada e segue para o outro serviço com todas as informações necessárias e taxas de carga viral e CD4 em mãos. As informações a respeito de planejamento familiar ficam a cargo da ginecologista que atua no HCP.

A infectologista entrevistada nos contou um pouco de sua rotina de atendimento que não é necessariamente a dos outros médicos infectologistas.

*“já, eu tenho vários afilhados (risos), por incrível que pareça, são mais os homens que preferem e querem que as mulheres tenham filhos, ou que eles querem ter filho. E de uns dois anos para cá, eu tive acho que oito casais que tiveram filhos e foi tudo bem, foram orientados e referenciados para o CISAM que é para onde normalmente eu encaminho. [...] é uma coisa que eu diferencio pra mulher, que é perguntar se já tem filho, se quer ter. Isso é uma coisa que eu sempre pergunto para um paciente, que vem a primeira vez, sendo mulher, pra fazer esse planejamento” (entrevista infectologista, 2015).*

São adotadas as orientações do protocolo ACTG 076, e tanto a infectologista quanto ginecologista, passa para as mulheres os procedimentos que serão adotados até depois do nascimento do bebê. Após os testes e orientações as mulheres são encaminhadas ao CISAM ou IMIP. Tentam orientar de forma clara sobre os riscos e benefícios de engravidar sendo soropositiva. Após o parto retornam ao SAE-HCP. Em alguns casos elas ficam no serviço em que o filho será acompanhado, para evitar que a mulher abandone o próprio tratamento. Mas

devido à sobrecarga no IMIP, estão priorizando que todas as mulheres retornem para o serviço de origem.

Para ela essas orientações são dadas mais pelo infectologista que por outros profissionais. Ela refere não saber o quanto os outros profissionais estão a par das questões de prevenção de transmissão vertical.

*“Não, em equipe não. E essa orientação normalmente é feita pela gente mesmo. A não ser que chegue com uma demanda específica para enfermagem ou para psicologia, entendeu? Mas eu não sei te dizer se o pessoal da enfermagem ou da psicologia tem essa orientação de é possível, que dá pra fazer, eles sabem que tem o serviço, mas não sei como eles orientam”* (entrevista infectologista, 2015).

Nessa fala percebemos que realmente não há uma integração nas ações dos profissionais, talvez até pela demanda ser muito alta e o quantitativo de profissionais ser pequeno, fragilizando as estratégias de prevenção, sexualidade e reprodução. Fica tudo individualizado.

Coloca que o mais comum é a inseminação caseira, nos casos em que o homem não tem o vírus, após a ejaculação na camisinha, o sêmen é aspirado com uma seringa e depois introduzido na mulher, de preferência em seu período fértil. Outro método é a relação sexual tradicional, atrelada ao uso da medicação, para isso é importante que a carga viral esteja indetectável, daí a importância do acompanhamento com a equipe para as devidas orientações. Das formas que as mulheres que ela acompanha, relata o seguinte:

*“é, inclusive desses pacientes que tiveram filhos, duas foram mulheres, uma que meio por descuido, mas ela já sabia de todas as orientações, então ficou mais tranquila. Meio por descuido segundo ela né?! Que teve uma falha na tomada do anticoncepcional. E outra porque quis mesmo. Agora, é muito mais, muito infinitamente mais simples, o homem que tem HIV e a esposa não ter, e aceitar correr o risco de ter o filho do que o contrario. A mulher que tem o HIV e o marido é negativo, dificilmente ela consegue convencê-lo de que pode dar certo. É muito complicado!”* (Entrevista infectologista, 2015).

Nem todos os profissionais se sentem a vontade em liberar o uso da camisinha para concepção, pois não é 100% garantido que o parceiro negativo não vá correr riscos de infecção. Tanto a infectologista quanto as demais entrevistadas relatam que as mulheres normalmente engravidam via relação sexual sem preservativo.

A infectologista traz uma questão interessante do seu cotidiano de atendimento. Quando o homem é HIV+ e a mulher negativa é muito mais simples ela aceitar correr o risco

de infecção ao tentar engravidar do que o contrário. A mulher HIV+ tem mais dificuldade em convencer o parceiro negativo, o que expressa a relação desigual entre homens e mulheres. Em que as mulheres se colocam em risco para dar um filho a seu parceiro. Numa ideia de amor romantizado, que inicialmente coloca a mulher em risco ao HIV e a induz a achar que só se sentirá plena dando um filho a esse homem. A pressão pode ser mais forte quando ela não tem filhos com esse parceiro.

O atendimento às mulheres é considerado integral por parte das profissionais entrevistadas;

*“Na medida do possível, sim. É como eu volto a dizer, a gente tenta fazer com que tudo que ela tenha direito, seja atendido aqui no serviço. (entrevista enfermeira, 2015)*

*“Eu acho que o serviço ele consegue atender muito a demanda dos pacientes. Com relação aos hospitais que eu vejo, assim, os pacientes daqui tem muita atenção, muito mais do que fora” (entrevista ginecologista, 2015).*

Mas percebemos que a noção de integralidade está na prioridade em viabilizar aos usuários a realização de todos os seus procedimentos, tais como consultas, exames, dispensação de medicamentos, incluindo os que não são ARV, no SAE. Embora esse seja um diferencial positivo do SAE/HCP em relação a outros serviços de referência e que não pode ser negado, percebemos a fragilidade nas ações direcionadas à saúde integral da mulher, e principalmente, as referentes a direitos sexuais e direitos reprodutivos. Pois integralidade deve considerar a pessoa como um todo e procurar satisfazer todas as suas necessidades, que fazem parte da política de saúde integral para as mulheres, incluindo as mulheres HIV+. A única que expressou opinião diferente foi a assistente social; *“É mais focado no tratamento da doença”* (entrevista assistente social, 2015), que acredita que o atendimento não é integral e prioriza o tratamento, deixando outras questões para segundo plano.

Não se pode negar a existência de uma equipe multiprofissional no SAE, que dá todo o suporte possível aos usuários, mesmo estando em um contexto de trabalho precarizado, com pouco quantitativo de profissionais, déficit em capacitações e atualizações e grande demanda para atendimento. Mas o que não se pode negar também é que a discussão a respeito de direitos sexuais e direitos reprodutivos não existe no cotidiano do serviço. As ações tomadas com uma mulher que quer engravidar vão depender do médico infectologista que a acompanha, em primeiro lugar. Ou seja, as orientações quanto aos riscos e benefícios de se engravidar sendo soropositiva ou o exercício da sexualidade ocorrerão de acordo com o profissional que a acompanha.

Vimos a partir da entrevista com a infectologista e na fala de uma das mulheres entrevistadas a diferença entre a atitude de uma profissional que dá as devidas orientações para uma mulher que quer engravidar e o profissional que simplesmente nega esse direito. E o desconhecimento da mulher fortalece e legitima essa negação.

No que se refere às orientações sobre métodos contraceptivos, a infectologista normalmente orienta o uso do preservativo. Se houver a necessidade de uso de anticoncepcional, ela é encaminhada para a ginecologista do SAE. Nem todas as mulheres utilizam o anticoncepcional, é mais indicado às mulheres jovens. De acordo com as profissionais não há nenhuma interação entre seu uso com o ARV. Percebem que as mulheres adotam um método de prevenção, principalmente a camisinha masculina e que as mulheres têm mais medo de infectar seu parceiro, elas insistem mais no uso. Mas na maioria das vezes é o parceiro que não quer usar, mesmo sabendo que ela é HIV+, chegando a afirmar que esta seria uma prova de amor. As profissionais tentam orientar as mulheres dos riscos que isso pode trazer.

*“às vezes eu até brinco, olhe fale para ele assinar um documento dizendo que não quer usar preservativo” “E pelo que me parece, pelo que elas relatam, a mulher tem mais medo de contaminar o homem, digamos assim, e insiste mais no uso de preservativo. A maioria das vezes é o parceiro que não quer usar, mesmo sabendo da condição da paciente, acha que não é legal” (Entrevista infectologista, 2015).*

Ao questionarmos se as mulheres são estimuladas ou desestimuladas a engravidar, uma parte das profissionais acredita que são mais estimuladas, mas a infectologista afirma ser a que mais orienta e encaminha, se comparar com os outros médicos que negam categoricamente. Vejamos sua fala:

*“Eu acho que são desestimuladas. Confesso a você, que não fico confortável com essa ideia, ainda tem esse resquício, mas aqui eu acho que sou a pessoa que mais faço isso. Que mais oriento” (entrevista infectologista, 2015).*

Embora ela ainda sinta certo desconforto com esta questão, independente do médico dizer que não pode engravidar, essa mulher pode fazê-lo se assim desejar. E os riscos estão em justamente ela não receber as devidas orientações e acompanhamento. Normalmente o parceiro é também orientado quanto aos riscos e benefícios, mas outros familiares são orientados apenas se procurarem o serviço.

Questionamos se no serviço ocorre algum estímulo à laqueadura tubária ou ao aborto, se esses temas já foram problematizados com as usuárias por serem soropositivas. Todas as profissionais entrevistadas afirmam que não. A infectologista coloca que:

*“não, essa questão, na verdade eu confesso a você que nunca abordei isso. A não ser...eu tenho paciente que tem oito filhos, então aí, eu peço “pelo amor de deus” para...pela própria condição porque ter oito filhos não é uma coisa simples, mas por ser HIV, não. Nunca pensei nessa possibilidade, de por ser HIV vai fazer laqueadura, não”* (entrevista infectologista, 2015).

A ginecologista acrescentou que apenas uma mulher que acompanhava relatou ter induzido aborto,

*“Só teve uma paciente que falou claramente que fez aborto, mas não era porque tinha HIV e sim porque era garota de programa, não sabia quem era o pai, já tinha dois filhos e ela diz que fez. Mas só foi esse caso. Porque é uma coisa também, que existe muita resistência de falar sobre o aborto, elas não falam”* (entrevista ginecologista, 2015).

Mas percebemos no final de sua fala que o aborto não facilmente comentado, principalmente por ser considerado crime no Brasil, ainda é feito clandestinamente.

O planejamento familiar é discutido pela ginecologista, até mais que por outros profissionais. Normalmente essa demanda é encaminhada para ela. As mulheres geralmente a procuram para falar de prevenção, sexualidade e reprodução. Muitas relatam que o infectologista diz que ela não deve engravidar. Para essa profissional quando a mulher expressa o desejo de engravidar fica mais fácil adotar uma conduta e para isso tenta conversar com o infectologista dessas mulheres, mas muitas vezes não consegue, principalmente por incompatibilidade de horário.

Essa profissional afirma não ter muitas mulheres com vontade de engravidar, que digam: *“eu quero ter um filho, qual o melhor momento para isso?”* (Entrevista ginecologista, 2015), muito pelo fato de não terem informações/orientações para engravidar de forma segura para ela, o parceiro e o bebê. Aponta a presença do medo quando elas dizem: *“mas eu não quero ter, porque tenho medo de morrer e deixar meu filho ou ele nascer com o vírus”* (Entrevista ginecologista). Com relação às dificuldades a profissional diz o seguinte:

*“é, mas assim, o que eu posso fazer, eu sempre converso com elas, é que assim, a gente tem uma grande dificuldade aqui... eu digo aqui é no SUS que seria a paciente com HIV e o marido sem HIV, é muito difícil para uma pessoa que não tem HIV ter relação com uma pessoa com HIV sem camisinha. Então, o ideal seria ela fazer uma reprodução assistida para engravidar, mas isso no termo do SUS é inviável. O IMIP que é o único hospital que aceita, não está fazendo, por conta dessa crise, e mesmo quando fazia essa triagem, as mulheres com HIV não eram incluídas. Porque*

*existe uma fila muito grande, e tem que ser abaixo de 35 anos só, e maioria das vezes essas pacientes não tinham acesso a fazer a reprodução. Então assim, eu preciso realmente de um protocolo que diga como seria nesse caso, quando o marido não tem HIV e a paciente pode, por exemplo, estar com a carga viral indetectável, está com CD4 e CD8 bons, se a gente pode liberar camisinha. Porque eu já perguntei várias vezes aos infectologistas e só um disse que nesse caso pode liberar, mas que ele não orienta”. (Entrevista ginecologista, 2015).*

Coloca também sua preocupação com os parceiros negativos que não querem utilizar o preservativo, que isso pode ocorrer porque não se veem em risco, pois ainda há a crença de que só “gay” pega, ou por não terem ou compreenderem as informações passadas nos serviços de referência. Acrescenta que nas consultas quando a mulher vai com seu parceiro, os dois recebem orientação sobre prevenção. Mas quando ela vai sozinha não sabe até que ponto ela passa essas informações para ele.

*“tem alguns que chegam aqui com a esposa e eu explico que não é assim e tal. Mas tem umas que a paciente vem só, e eu não sei até que ponto elas informam pra ele ou se elas não informam. Isso é uma coisa que fica muito assim na relação, né? Muitas referem medo de contar pra o parceiro e acabar eles não ficando mais com elas” (entrevista ginecologista, 2015).*

Pois muitas referem o medo de serem abandonadas ou por contar que é HIV+ ou por insistir no uso do preservativo. Percebemos esses conflitos no grupo focal.

É inegável a escolha de se expor ao risco para não ficar sozinha, por achar que outro homem não vai lhe querer. Há ainda a dificuldade que as mulheres têm em negociar o uso do preservativo. Essa dificuldade é fortalecida em mulheres que tinham seus direitos negados antes mesmo da soropositividade, fato esse que as expôs ao vírus.

A ginecologista orienta quanto aos métodos contraceptivos, que procura ver com a mulher qual o melhor. Recomenda o uso de preservativo e anticoncepcional, pois ouviu muito que a camisinha estourou e essa é a principal justificativa de terem engravidado, ou podemos dizer que é uma estratégia. Não é recomendado o uso de Dispositivo Intrauterino-DIU, pois as mulheres soropositivas são mais suscetíveis a doenças inflamatórias pélvicas. Percebe que as mulheres adotam um método contraceptivo, mas coloca que quando elas querem engravidar, elas o fazem.

De acordo com a ginecologista, os casos de mulheres que descobrem o HIV em estágio avançado da gravidez ou até no parto, diminuíram. Considera que se a mulher tiver

acesso a um pré-natal, em um PSF, esse número diminui. É mais comum pacientes que descobrem ou porque o companheiro adoece ou porque ela mesma adoeceu.

Com relação às orientações dadas de forma clara sobre os riscos e benefícios de ter um filho sendo HIV+, ela diz o seguinte:

*“Olha, eu confesso que isso aí, eu preciso trabalhar mais, sabe? Porque eu vejo realmente pacientes que estão bem, do ponto de vista clínico do HIV, e que elas tem uma sobrevivência enorme e tal, a gente não pode lhe dizer que é uma sentença de morte o HIV. Mas também tem uma parte que a gente não sabe se essa paciente vai ter mesmo condições de cuidar dessa criança. Também, eu acho que na maioria das vezes é pelas condições sociais, familiares, por elas não ter um apoio da família. Então assim, eu sempre falo pra elas, veja se você tem condições. Se o filho vai atrapalhar em alguma coisa em relação a você se cuidar, se você vai continuar vindo para as consultas, se tratando, tomando seus remédios. Porque é agora que você vai ter que realmente se esforçar para ficar bem, que você vai ter uma criança que vai depender anos e anos de você. Aí assim, isso eu deixo muito claro para elas. Aí algumas tem medo disso, aí decide...agora, as que não tem nenhum filho, são mais enfáticas de que querem ter o filho. Aí eu digo não, então tenha seu filho” (Entrevista ginecologista, 2015).*

As orientações da enfermagem em relação à vida sexual e reprodutiva saudável giram em torno do auto cuidado e da saúde, o controle da carga viral e nível de CD4, os riscos para o bebê, no caso de uma gestação, tudo isso na primeira consulta. Quando a mulher já expressa vontade de engravidar, a enfermeira entrevistada coloca que as primeiras orientações são dadas pelo infectologista. Citou a técnica mais utilizada pelos casais para engravidar, a inseminação caseira, sob orientação médica, com todos os cuidados necessários.

*“Quanto ao infectologista, dependendo dessa vontade dela e se o parceiro é negativo ou positivo, isso tudo é explicado e orientado. São condutas diferentes. Quando ela é positiva e o marido é negativo, a gente orienta que pode ser feito com a seringa (a fecundação), a gente explica como pode ser feito. Mas, existe, a gente já tem esse tipo de orientação. Quando os dois são positivos, o médico orienta para acompanhamento, a gente tinha como encaminhar para o CISAM, que tem uma médica que faz o acompanhamento desses pacientes, para que seja feito no melhor momento possível e carga viral indetectável com todos os cuidados. E dependendo até, porque aqui no estado nós não temos lavagem do espermatozoides, só tem em São Paulo. Mas que seja de uma forma com supervisão, bem cuidadosa mesmo” (entrevista enfermeira, 2015).*

Essa conduta de inseminação caseira é adotada porque em Pernambuco não tem a lavagem do sêmen, essa técnica é utilizada em São Paulo. Outra técnica recomendada para os casais sorocordantes e sorodiferentes é a reprodução assistida, mas em PE, o único serviço que realizava não funciona mais. quanto aos casais soropositivos, não eram inseridos na lista de triagem.

De acordo com a assistente social entrevistada, o atendimento do Serviço Social no ambulatório é realizado no intuito de diminuir o momento de fragilidade que o diagnóstico causa. Coloca que muitas vezes o médico não consegue dar o acolhimento necessário. E elas conseguem. Explicam o que é o vírus, que elas não devem se sentir diferentes ou culpadas, que qualquer pessoa está sujeita a isso, caso tenha uma relação sexual desprotegida.

Para ela o estigma da doença melhorou hoje em dia, pois as mulheres em relacionamentos estáveis vêm adquirindo o vírus, diferente do início da epidemia que afetava quem tinha vários parceiros. Na verdade percebemos ao longo desta pesquisa que as mulheres em relações estáveis não se veem em risco e por isso não se previnem, o que gera uma falsa segurança para elas.

A assistente social entrevistada não passou por qualquer capacitação que aborde direitos sexuais e direitos reprodutivos, nem conhece a política. As orientações giram em torno da prevenção com o uso de preservativo. Também não existe um protocolo ou estratégias que orientem sobre o tema. Não conhece os procedimentos para uma mulher HIV+ engravidar, tem alguma noção da carga viral ter que estar indetectável, mas não sabe como funciona... *“mas aí é aquilo, a gente fica aqui no mundo da gente e encaminha a pessoa, como quem diz: não cabe a mim, encaminha achando que ela será bem atendida, e vai ter esse atendimento no lugar adequado”* (Entrevista assistente social, 2015).

Com relação à discussão por parte do Serviço Social a respeito do planejamento familiar, ela diz que: *“Não. A gente realmente precisa ver isso. É uma questão que a gente ainda não se voltou”*. (Entrevista assistente social, 2015).

Questionamos se o pouco quantitativo de assistentes sociais influencia nessa dificuldade em abordar e problematizar determinados assuntos, a sua resposta foi:

*“É. E também pelo perfil, porque não é feito aqui, é em outros hospitais. Mas aqui tem muitas mulheres, soropositivas, que nem sabem que podem ser mães. Então, se elas não sabem, a gente como serviço social, podemos estar propondo isso. Nunca pensei nisso! Você que está trazendo isso para mim agora. Bolar um trabalho, material informativo, um grupo de espera que informe, tipo: “você sabia que você pode ser mãe?” Realmente a gente nunca*

*pensou nisso, e não temos um trabalho desenvolvido nessa linha não*". (Entrevista assistente social, 2015).

Mais uma vez percebem-se as dificuldades dos profissionais em relação à rotina sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos. As ações são fragmentadas, individualizadas, de acordo com a demanda espontânea. As ações devem ir além da garantia da gestação, pois os direitos reprodutivos, especificamente, procuram garantir mais.

Como já colocamos anteriormente, a psicóloga entrevistada foi a única que passou por capacitação em direitos sexuais e direitos reprodutivos, oferecida pela SES e movimentos da sociedade civil. Talvez por isso ela pareça ter mais noção a respeito do tema, sem o foco apenas na prevenção e riscos da transmissão vertical. Os psicólogos atuam no pré e pós-teste, quando realizado no serviço, principalmente nos parceiros/as das pessoas acompanhadas no SAE. Realizam também atendimento diário no ambulatório. Esses profissionais também não seguem nenhum planejamento de rotinas para orientar sobre prevenção, planejamento familiar, métodos contraceptivos, reprodução.

Procuram conversar com as mulheres HIV+ que querem engravidar para que considerem tudo, se preparem física e emocionalmente, até porque não será possível amamentar o bebê e isso gera um desgaste emocional, de ter que se explicar para família, parceiro, vizinhos, que desconhecem sua sorologia. Uma das estratégias usadas para proteger a mulher que não quer contar sua sorologia é dizer que ela está tomando antibióticos e por isso não pode amamentar.

O atendimento para abordar planejamento familiar, sexualidade e reprodução é realizado individualmente. Há dificuldade em realizar grupo de discussão, principalmente, por não ter lugar disponível, pois o único auditório não é acessível a todas as pessoas. Outro fator que dificulta a condução de grupo é o horário de trabalho dos profissionais. Conforme as outras entrevistadas, afirma que as orientações são dadas por cada profissional, não há trabalho em conjunto. O que pode gerar um conflito para a usuária que pode ouvir diferentes orientações.

Quanto ao uso de preservativos e poder de negociação da mulher ela diz o seguinte:

*“não usa nem o feminino. Se com o masculino já tem essa dificuldade, o feminino a gente orienta, mostra como colocar, tudo, mas ainda existe uma grande resistência ao feminino. Porque é aquela questão, o poder de barganha da mulher não é dos melhores. Aí tem aquela história: “ou porque você estava querendo me trair ou porque não confia em mim”. E é difícil as pessoas entenderem que uso de preservativo não está atrelado à falta de confiança ou à traição, e não só para evitar filhos. Aí eu costume muito*

*dizer pra elas, “se teu marido não cuida da saúde dele, ele não vai cuidar da tua, a responsável é você cuidar da tua saúde, como também a tua felicidade não depende dele, depende de você”. A gente tem uma cultura aqui no nordeste meio machista, é muito cultural”. (Entrevista Psicóloga, 2015).*

Com relação aos homens que não querem utilizar o preservativo mesmo sabendo que a mulher é soropositiva, a fala da profissional é:

*“Já teve caso de quem não era soropositivo adquirir o vírus. Mas por incrível que pareça, já peguei casais aqui dizendo assim: “mas é minha prova de amor.” Aí a gente fala: “existem outras formas de se provar que ama ele ou ela, sem necessariamente você se expor”. Se você perguntar para ele ou ela, vai dizer que preferia não ter, mesmo com as medicações e mesmo depois que o corpo se adapta, é complicado você passar a vida toda tomando medicação. Porque ainda hoje tem pessoas que se tratam e não contam para os companheiros que são positivos. É uma situação delicada, porque a gente tem também o limite. Eu não posso estar acompanhando o paciente 24h, o máximo que a gente pode fazer é orientar e falar dos riscos. E é crime, na hora que ele sabe que tem e transa com alguém sem proteção, ele tem consciência disso” (Entrevista Psicóloga, 2015).*

Quando questionamos se ela percebe a participação do companheiro ou da família quando uma mulher quer engravidar, ela refere que alguns familiares desconhecem a sorologia, e os que sabem têm um pouco de receio inicialmente, mas acabam apoiando. Coloca que o maior receio é de passar o vírus para o filho.

Orientar sobre os procedimentos para evitar a transmissão vertical não é suficiente. As mulheres necessitam conhecer seus direitos sexuais e direitos reprodutivos para assim estarem fortalecidas na tomada de decisões, como a exigência do uso do preservativo, o momento de engravidar, ter mais autonomia e controle sobre seu corpo, sua sexualidade e reprodução. Apesar da luta por esses direitos ser relativamente longa, para as mulheres HIV+ ainda é recente. Há pouco tempo essas mulheres não poderiam engravidar, eram privadas completamente, ou engravidavam sem planejamento, com todos os riscos. Com as mudanças e evolução do tratamento, as pessoas vivendo com HIV/Aids deixaram de ter uma sentença de morte, e a partir da luta de movimentos da sociedade civil que atuam em HIV/Aids, foi possível discutir e problematizar questões que iam além do tratamento medicamentoso, viabilizando direitos e garantindo acesso a serviços de saúde.

As mulheres estão sujeitas a uma saúde privatizada, precarizada, que inicialmente afirma direitos, mas na prática os nega. Que não fornece os subsídios necessários para atuação

integral dos profissionais de saúde, acarretando em ações/estratégias fragmentadas e individualizadas, tornando-os reféns desse sistema, tanto quanto os usuários que atendem.

### **3.3 Percepção das mulheres vivendo com HIV/Aids da garantia ou negação dos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos no cotidiano do SAE**

As mulheres que participaram do grupo focal, seguem a tendência brasileira de mulheres com HIV/Aids, sem vínculo empregatício formal, ou são sustentadas por familiares, ou companheiro ou recebem benefício social. Apresentam baixo nível de escolaridade, a maioria abandonou os estudos no ensino fundamental.

Fica claro de início que a baixa escolaridade, renda e condições sociais precárias, dificulta a obtenção de conhecimento quanto a seus direitos, e as formas de acessá-los e exerce-los. Os direitos sexuais e direitos reprodutivos estão inseridos nesse contexto.

Iniciamos o grupo focal indagando como elas descobriram que estavam com HIV/Aids e se sabiam com quem foi. Do grupo formado por sete mulheres, todas foram via relação sexual. Apenas duas delas não pegaram com parceiro/companheiro. Uma foi com um parceiro eventual que conheceu em uma festa, e após esse sexo desprotegido iniciou um relacionamento com ele.

*“eu tinha bebido, lembro que pedi para ele usar camisinha, mas ele não usou e aceitei...ele sabia que tinha HIV e não contou. Tive os sintomas depois de um mês, tive diarreia que não passava, aí ele me trouxe para cá. Quando soube entrei em desespero aqui mesmo. Tenho muito ódio dele. Ele não fez isso só comigo, faz com outras também”* (Entrevistada M1, 2015).

Após ter seu diagnóstico positivo ela o terminou o relacionamento.

A outra mulher era profissional do sexo, afirmou não saber em que momento ocorreu. Sempre usou preservativo, mas acredita que tenha “estourado” em algum momento, talvez na prática do sexo anal.

*“Eu não sei como eu me contaminei, porque na época, há 11 anos eu era profissional do sexo, e fazia exame todo ano, às vezes, duas vezes no ano, porque acontecia algum acidente. Sempre usei camisinha nas relações, mas acontecia a prática do sexo anal, e por uma dessas vezes que fui fazer o exame, com 15 dias eu fui chamada pra repetir, fiquei meio temerosa, mas fui, colhi novamente, depois de 8 dias tinha*

*dado positivo. Não sei com quem eu me contaminei, porque quem trabalha como profissional do sexo que se contamina não sabe com quem pegou, tem vários parceiros, pode ser no sexo oral, como eu disse a camisinha pode romper, e minha imunidade devia estar baixa” (Entrevistada M2, 2015).*

As demais mulheres entrevistadas estavam em relacionamentos estáveis, e adquiriram o vírus de seus parceiros, descobriram quando eles adoeceram e elas tiveram que fazer o teste ou quando elas mesmas ficaram doentes. Antes de se descobrirem com HIV nunca pensaram nessa possibilidade ou no risco.

Uma delas descobriu na segunda gestação, ao realizar o pré-natal em PSF, quando ainda morava em São Paulo. Conforme ela mesma descreve abaixo:

*“faz 17 anos, eu tive meu menino prematuro, e eu não tinha ainda o HIV. Aí eu peguei a barriga dos gêmeos, fui fazer o pré-natal, e fiz o exame, aí acusou que eu tinha, mas não me disseram, me mandaram do posto para o hospital grande né. Quando eu cheguei em casa, contei para ele e ele disse que era mentira. E eu disse que se existe ou não existe a doutora tinha dito para ir eu, ele e o menino mais novo. A gente foi, fez os exames, ele disse que queria que abrisse logo o do menino, que o dele podia ficar por último. O médico abriu e não deu nada, ele foi o primeiro filho, tem 17 anos hoje, o que nasceu prematuro de 6 meses. Abriu o meu, deu positivo que já tinha dado né, e o dele também deu positivo. Ai eu disse tá vendo...ele disse que não ia fazer tratamento que não queria saber disso, o médico disse que a gente tinha que usar camisinha e ele disse que não ia usar, aí eu disse então nem vai adiantar eu fazer tratamento, vivendo com tu e tu sem usar nada. Sei que ele não usou. Ele faleceu. Mas foi porque mataram ele. E não teve nada, nenhuma doença e nunca foi internado. (entrevistada M7, 2015).*

Ao ouvir esses relatos percebemos o quanto é difícil para as mulheres, principalmente, em relacionamentos estáveis, negociar o uso de preservativo e de exercer sua sexualidade de forma saudável. As mulheres entrevistadas não têm noção do que sejam direitos sexuais ou direitos reprodutivos, nem planejamento familiar. É nítida a falta de autonomia dessas mulheres. Apenas uma delas tem alguma noção do que são direitos sexuais e direitos reprodutivos por já ter participado de grupos em movimentos da sociedade civil, citou ter frequentado a GTP+. Ela, dentre as outras, parecia a mais informada quanto à prevenção, contracepção e concepção. Demonstrou também ter conhecimento quanto aos seus direitos. *“Eu não sei a fundo. Tenho uma amiga que trabalha em ONG e ela me diz tudo, se tem um*

*direito novo, ela me passa. Esse direito que você tá falando aí é de mulheres que são soropositivas e querem ser mãe* (Entrevistada M2, 2015).

Destacamos a importância dos movimentos sociais que defendem os direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids, dando subsídios para tanto mulheres quanto homens conhecerem e reivindicarem seus direitos, não apenas o direito ao acesso ao medicamento antirretroviral. Particularmente os movimentos feministas atuam na autonomia da mulher e luta por igualdade de gênero, saúde integral, promoção da saúde e garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos, como forma também de prevenção do DST/HIV/Aids.

Antes mesmo de se descobrirem soropositivas, o uso do preservativo era realizado apenas nas primeiras relações sexuais, ou nem isso. Ou com o intuito de prevenir uma gravidez indesejada. No relato de uma das entrevistadas, por saber que tinha dificuldade em engravidar, ela abdicou do uso de camisinha com um “ficante fiel” como ela mesma o rotulou.

*“Eu tinha um ficante fiel, e com o tempo eu comecei a desconfiar dele, depois descobri que ele usava droga, não me prevenia, nova, num fogo danado. Aí pensei quer saber tenho dificuldade de engravidar então não vou me prevenir, mas achei ele meio suspeito e pensei em fazer o teste”* (Entrevistada M4, 2015).

O risco de ter uma DST/HIV/Aids não era tão relevante, ou preferiam não pensar nisso, até que se depararam com a realidade. No caso da mulher citada acima, foi com esse companheiro que ela adquiriu o vírus.

Após a sorologia positiva, algumas dessas mulheres têm a sexualidade afetada, tanto que optam por não ter mais um parceiro. Duas das entrevistadas relataram não ter tido nenhum tipo de relacionamento ou transa eventual, principalmente por medo de passar o vírus para a outra pessoa, por ter que contar que é soropositiva ou por não saber como agir se o parceiro que não sabe sua sorologia sugerir não usar a camisinha.

*“Vai entrar para uns 3 anos que eu não estou com ninguém, porque para mim depois que o pai dos meninos faleceu, eu fico pensando que eu conheço um rapaz, e ele não quer usar camisinha. Porque os homens não querem usar camisinha. Eu não tenho coragem de contar. Então eu evito o máximo”.* (Entrevistada M7, 2015)

*“Você começa a sair com a pessoa, e vai ter mais intimidade, aí quando você diz que vai ter que usar a camisinha, ele pode não querer....e como faz?... Nem todos gostam de usar camisinha. Mas você tem que prevenir para que o outro não*

*pegue, e tem que se prevenir, para não pegar outra doença”.*  
(Entrevistada M5, 2015)

*“No meu corpo não, mas com relação à minha sexualidade eu fiquei dispersa. Quando você descobre que tem um problema desse, você fica com medo de sair com alguém, de contaminar aquela pessoa”* (Entrevistada M2, 2015).

Outras criam algumas estratégias para usar o preservativo com seus parceiros eventuais. *“Atualmente não tenho companheiro, estou em recesso. Tem que usar camisinha, se não quer usar, eu corro. Digo que não sou ligada e tem que usar camisinha, que não me dou com anticoncepcional”.* (Entrevistada M4, 2015).

As mulheres vivendo com HIV/Aids têm que lidar cotidianamente com o medo de exercer sua sexualidade, de fazer sexo sem culpa e com todo cuidado. Tem dificuldade em exigir o uso da camisinha e de ir embora caso o parceiro não queira usar. Tanto que muitas se privam de construir um relacionamento com alguém.

Das mulheres no grupo que estão em relacionamento estáveis; uma vive com o companheiro que também é soropositivo e o casal usa preservativo, o que é indicado mesmo o casal sendo HIV+, ela afirma que ele aceita usar e ela ainda toma anticoncepcional, por indicação médica, pois ela é jovem e para o caso da camisinha romper. Podemos supor que a aceitação em usar preservativo por parte de casais jovens é mais fácil, pois foram uma geração que tiveram mais acesso a informações de prevenção, diferente de pessoas mais velhas que têm maior resistência.

A outra mulher do grupo tem um companheiro que não é soropositivo. Teve medo de contar para ele que era HIV+ no início do relacionamento e bolava estratégias para continuar usando o preservativo, como podemos ver em sua fala:

*“Não foi eu que contei para o meu parceiro hoje, ele mexendo nas minhas coisas descobriu a minha medicação. Ele queria ter relação comigo sem preservativo. No início do nosso relacionamento, toda vez que a gente ia ter relação eu inventava alguma coisa para usar o preservativo. Eu dizia que tinha ido a ginecologista e que ela me disse que estava com um nódulo no colo do útero, que tinha que ter relação com preservativo. E ele sempre perguntava, tu não vai ficar boa disso nunca não é...e eu dizia, não, eu vou ficar boa, mas tem que ter paciência, porque a doença para chegar é rápido, mas para ir embora demora. Aí toda vez eu ia e inventava uma conversa. Eu estava com ele há algum tempo, mas fiquei com medo de contar pra ele, mas eu protegi ele, do jeito que eu pude, eu cuidei dele de todas as maneiras. Então hoje a gente está junto e ele não é soropositivo porque eu fiz de tudo. Quando o companheiro sabe fica tudo mais fácil”.* (Entrevistada M2, 2015).

A terceira mulher do grupo em relacionamento estável nos trouxe um relato dos mais difíceis no grupo. O seu parceiro não era soropositivo e desconhecia sua sorologia. Quando eles começaram o relacionamento, ele não quis usar a camisinha e ela acabou aceitando. E agora não sabe como contar.

*“Eu tenho medo, medo que ele me mate. Porque quando eu comecei a sair com ele, pedi muito para ele usar camisinha. Quando uma pessoa pede para usar camisinha, é porque algum problema tem. Mas eu pedia tanto a ele, bota a caminha, eu não te conheço, tu não me conhece....e ele não, vamos assim. Aí eu desisti de usar....vai sem camisinha mesmo....ai eu tenho medo assim, de agora contar e ele fazer alguma coisa comigo....porque é o mesmo que aconteceu comigo, porque eu tenho vontade de matar o cara que me contaminou, não sei a reação dele”. (Entrevistada M1, 2015).*

Mesmo com as orientações dadas quanto aos métodos de prevenção/contracepção e a importância em se prevenir e prevenir o outro, algumas mulheres têm dificuldades em seguir algum procedimento, tanto que preferem abdicar de vida sexual, por não ter autonomia em exigir o uso da camisinha. Percebemos que a psicóloga e ginecologista são as profissionais a que elas recorrem mais e sentem maior facilidade em conversar.

Há uma gama de contradições e conflitos, que envolvem a negação dos direitos, a dificuldade em negociar o uso de preservativo, que acarretam riscos à saúde física, mental e favorecem a violência.

Após o início do tratamento relatam se sentirem à vontade com seus corpos e não sentiram mudanças no sexo e sentem prazer na relação sexual, mas sofreram um pouco com alguns efeitos colaterais do ARV, como perda de peso, manchas e caroços na pele, diarreia, que foram resolvidos após a troca de medicamento. No geral, todas se cuidam, não bebem, não fumam. Vão às consultas periodicamente e realizam os exames necessários.

O exame preventivo (citologia e colposcopia) é realizado em outro serviço, normalmente são encaminhadas para o CISAM, mas uma delas faz no PSF, pois confia na enfermeira de lá, que sabe sua sorologia. Boa parte dos outros exames e procedimentos são realizados no SAE/HCP mesmo, preferem fazer tudo no SAE porque confiam e sabem que não vão sofrer discriminação. Estão adaptadas ao serviço e não sentem dificuldades no tratamento em si.

*“eu não gosto de fazer preventivo no posto não. Porque tenho vergonha. E elas ficam comentando, aí eu não quero*

*fazer lá. Eu fiquei com mancha preta. E quando estou estressada o cabelo cai”* (entrevistada M1, 2015).

*“Olhe eu faço prevenção no posto lá perto da minha casa, mas a moça que faz, a enfermeira, ela sabe que eu tenho, mas ela já disse logo a mim que ficava entre nós duas. Que não ia contar a ninguém. O resto eu faço tudo aqui. A única coisa que não faço aqui é a prevenção. No meu corpo o que mudou foi que apareceram umas manchas, eu morria de vergonha de sair na rua, meu cabelo também caiu”* (Entrevistada M5, 2015)

*“Não faço nada no posto. Não confio em ninguém lá. A prevenção faço no CISAM, a ginecologista me encaminha pra lá”* (Entrevistada M4, 2015).

*“Eu faço tudo aqui. Dermatologista, ginecologista”* (Entrevistada M3, 2015).

Com relação ao suporte familiar, contaram sua sorologia para alguns parentes mais próximos, como pais, filhos, irmãos/irmãs, mas esta não é a realidade de todas. As que têm companheiro referem ter suporte por parte deles. Preferem não contar para vizinhos por receio de sofrer discriminação ou que espalhem. Tomam seus medicamentos, embora em algum momento uma ou outra já tenha interrompido o tratamento.

*“Aqui, da minha médica, minha mãe, meus irmãos, mas eles não me perguntam nada, me tratam como se eu não tivesse nada. Apoio de algumas poucas amigas que eu tenho”* (entrevistada M7, 2015).

Todas as mulheres que participaram do grupo focal, já têm filhos, pelo menos um. Algumas já com a prole definida e não desejam engravidar novamente; *“Não quero mais ter filho. Já tenho dois criados”* (Entrevistada M5, 2015).

Todas referem a maternidade como um momento importante e de reafirmação em suas vidas. Todas tiveram filhos antes da sorologia. E o momento de contar a sorologia para os filhos foi difícil.

*Tive medo de contar para o meu filho. Quem contou pra ele foi minha irmã que estava comigo no hospital. Eu contei pra minha filha, nem ela sabia, nem o marido dela sabia. Quando eu contei, eu vi que ela mudou, começou a chorar e eu também. Eu disse para ela não ficar triste porque eu estava me cuidando direitinho, tomando meus remédios, e não ia morrer nem tão cedo. Hoje em dia para ela é normal e para o meu menino também* (Entrevistada M5, 2015).

Apenas uma engravidou após o diagnóstico positivo. Um dos quatro filhos que teve nasceu soropositivo, devido à má aceitação que ela teve ao medicamento durante a gravidez, então passou o tempo indicado para que as chances da criança nascer sem o vírus fossem maiores.

*“Quando eu cheguei aqui, depois de 4 anos, eu peguei a barriga de novo, tomei a medicação, mas a demora era eu tomar, botava tudo para fora. Toda medicação que eu tomava enjeitava. Ai ele nasceu soropositivo. Porque meu organismo rejeitava a medicação, eu não conseguia tomar e não vomitar.”* (Entrevistada M7, 2015)

Questionamos se a médica nunca pensou em mudar a medicação, sua resposta foi:

*“mudava, mas não conseguiu. Ai a médica disse que não adiantava mais tomar. Com os gêmeos não aconteceu isso, tomei normal. E eles não têm nada”* (Entrevistada M7, 2015).

Quando questionamos se elas receberam alguma orientação do serviço de como engravidar de forma saudável e segura. A fala de uma delas foi a seguinte:

*“Não. Ela disse que se fosse por ela eu não teria. Porque já tinha eu e meu marido”*(Entrevistada M3, 2015).

Questionamos se ela tinha desejo de engravidar. Essa foi sua resposta:

*“Pretendia engravidar, mas a médica disse: para que você ter filho, já não basta você e seu marido ter esse problema. Ela disse que por ela não me aconselhava eu engravidar....perguntou se eu já estava grávida....eu disse que não...e ela disse que se eu já tivesse grávida ia me encaminhar para IMIP. Eu sinto vontade de ser mãe, mas tenho medo”*. (Entrevistada M3, 2015).

As outras mulheres relataram já ter obtido informações a esse respeito, em algum momento, mas não foi do infectologista, e sim da ginecologista ou psicóloga. Afirmam não querer engravidar novamente, ou porque são laqueadas ou por já ter prole definida, por não ter parceiro fixo e não querer arcar com as responsabilidades da criação de um filho sozinha, como já havia ocorrido com uma delas anteriormente.

O preconceito e discriminação fazem parte de suas vidas, mesmo que de forma velada. A mulher que ouviu da médica que não deveria engravidar por ser soropositiva, afirmou se sentir discriminada. Vejamos:

*“Da médica, quando disse que queria engravidar, disse para não engravidar. Que não precisava, mesmo eu expressando o desejo. Ai me retrai, nem falo mais nada com ela. Não pergunto mais”* (Entrevistada M3, 2015).

A negação fez com que ela se retraísse e não abordasse mais o assunto. Desconhecia que poderia engravidar de forma segura. No momento do grupo inclusive, outras mulheres a orientaram ir para uma determinada médica que era “mais legal”. Vemos que o que resta para a mulher é aceitar a sentença de não engravidar e sufocar seu desejo ou procurar outro médico que tenha uma conduta diferente, evidenciando mais uma vez o que dissemos anteriormente, a respeito das condutas individualizadas.

As estratégias utilizadas por elas para não serem discriminadas ou sofrer preconceito é não contar sua sorologia, contam para parentes mais próximos e de sua confiança. E quando vão a algum outro serviço de saúde realizar algum procedimento, também não contam. Por isso preferem focar suas necessidades no SAE. Mas relataram já ter sofrido preconceito por um vizinho/a que sabia sua sorologia e espalhou para comunidade.

*“eu tinha uma vizinha que o filho dela queria ficar comigo, e ela ficava dizendo que eu tinha Aids. Um dia ela viajou e eu fui para lá, a gente teve relação e usou camisinha, mas ele não jogou fora, ai quando ela voltou encontrou e desconfiou que ele estava comigo, e ficou dizendo bem alto que eu tinha Aids”* (Entrevista M1, 2015).

De acordo com as mulheres entrevistadas a violência não está presente em seu cotidiano. Mas a partir de suas falas percebemos que muitas vezes elas não veem a violência ou não entendem que o que passam em determinado momento é uma violência. Pois ter medo que o companheiro a mate se souber sua sorologia, não conseguir negociar o uso do preservativo, ter atendimento negado em serviço de saúde por ser soropositiva, ter sua condição sorológica divulgada abertamente sem seu consentimento por vizinhos ou profissionais de saúde são expressões da violência, causadas pela vulnerabilidade da mulher, e da relação desigual de poder existente entre casais. E pela deficiência e despreparo de alguns profissionais em alguns serviços de saúde. Inclusive uma delas coloca que não sofre violência porque quem sabe sua sorologia é seu filho e suas irmãs.

As orientações para uma gestação saudável são muito importantes, pois assim a mulher estará ciente dos riscos e benefícios de se ter um filho sendo HIV+. Ela vai compreender melhor a necessidade do pré-natal, de tomar medicação durante a gestação, como será o parto, pós-parto e compreender porque não deve amamentar o bebê. Tendo noção dos riscos elas não terão dúvidas quando decidirem engravidar ou não.

*“Esse é o meu medo, eu sinto vontade, mas tenho medo, já basta eu e meu marido, se tiver mais o bebê. E a médica é muito grossa, é difícil conversar com ela. Já tentei trocar de médico, mas não consegui”*. (Entrevistada M3, 2015).

Não discutir esses assuntos abertamente, gera medo e frustração, e o risco de engravidar sem orientação alguma. Cria uma barreira entre a usuária e o profissional de saúde. A atuação da equipe multiprofissional é primordial nesse processo. O profissional deve orientar sem rotular a mulher ou lhe negar o direito à reprodução, tendo em vista que é possível engravidar e que é ela que deve decidir se quer ou não ter filhos após a sorologia. É importante também que essas mulheres tenham as informações necessárias para exercer sua sexualidade de forma plena e saudável.

Ser mulher/mãe com HIV/Aids é muito difícil para estas mulheres. Têm dificuldades de criar uma ligação de confiança, o medo é constante em suas vidas.

*“Ser mulher com HIV é horrível, a gente sente um medo de tudo”.* (Entrevistada M4, 2015).

*“eu tenho medo do meu parceiro saber. Eu digo a ele que ele vai morrer comigo. Mas ele não me pergunta. Se ele perguntasse eu contava. Eu peço muito a Deus para ele não ter nada”.* (Entrevistada M1, 2015).

*“Ser mulher é ruim, tenho medo de arrumar alguém e ter que contar que sou soropositiva”.* (Entrevistada M5, 2015).

*“É difícil arrumar um parceiro né....contar para ele”.* (Entrevistada M7, 2015).

A mulher sente medo de ter um parceiro, de contar que é soropositiva, medo de sofrer e fazer o outro sofrer, principalmente os filhos. Medo de morrer e não acompanhar crescimento dos filhos e netos. Medo de sofrer violência, e do abandono. Esses medos seriam minimizados se ela obtivesse as devidas orientações quanto aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Não expressam necessidade de muitas mudanças no serviço, mas com relação às mulheres que querem engravidar, gostariam que os profissionais orientassem e explicassem melhor as formas seguras de se ter um filho. Ao invés de dizer que não devem engravidar.

O direito à sexualidade e reprodução saudável é, muitas vezes, abertamente negado por alguns profissionais de saúde, sob a justificativa do risco da transmissão vertical, ou até por falta de conhecimento. Boa parte das mulheres não tem acesso a informações sobre sexualidade e saúde reprodutiva. E não percebem a negação desses direitos, porque simplesmente não os conhecem. Com isso o controle sobre seus corpos e as decisões que devem tomar para uma sexualidade e reprodução segura, apesar do HIV, se tornam limitadas.

Vemos uma lógica perversa nas estratégias adotadas no serviço, de fragmentação das ações, o desconhecimento e despreparo dos profissionais de saúde e das próprias mulheres. As práticas são individualizadas (caso a caso). A negação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, entre outros direito que devem garantir a saúde integral. A saúde que é privatizada, precarizada e subfinanciada nega concretamente o acesso à informação e às técnicas para ter vida sexual e reprodutiva saudável, com isso são adotadas soluções caseiras, gerando mais riscos às mulheres. Contraditoriamente recorre-se a instituições privadas, com todos os seus critérios de inclusão, para garantir um direito constitucional que deve ser gratuito e de qualidade.

### **3.4 A Lógica das estratégias, significados e práticas em direitos sexuais e direitos reprodutivos para mulheres vivendo com HIV/Aids**

Por muito tempo, as mulheres estavam restritas à condição de filhas e posteriormente de esposas, depois mães, dentro de um espaço definido pelo homem. A partir de muitas lutas as mulheres conseguiram priorizar seus objetivos pessoais, tais como, carreira, independência financeira, embora elas tenham que, na realidade, conciliar a vida profissional, do mundo público, com trabalho invisível do privado/doméstico.

Concordamos com Saldanha (2003) que o fato da epidemia de HIV/Aids vir atingindo mais as mulheres em idade reprodutiva, aliado à importância que a transmissão vertical do vírus tem na dinâmica de sua disseminação entre a população feminina, vem produzindo uma série de desafios e desdobramentos para a saúde reprodutiva e saúde sexual que nem sempre são tratados em sua complexidade e abrangência. Com isso, o quadro de saúde reprodutiva já precário, é agravado por outras DSTs, por um uso equivocado de métodos contraceptivos, pelo recurso indiscriminado à esterilização cirúrgica e partos cirúrgicos, práticas clandestinas do aborto e pela manutenção de elevados índices de mortalidade materna e por câncer de colo de útero e de mama.

As novas demandas geradas pela epidemia de HIV/Aids surgem em serviços de saúde deficitários e em meio a uma crise de financiamento do setor que, tem respondido a esses impasses de maneira precarizada, setorializada e verticalizada, priorizando a prevenção da transmissão vertical, sem considerar a mulher enquanto sujeito de direito.

Podemos dizer que, de modo geral, os direitos reprodutivos, têm por base o reconhecimento do direito básico, de casais e indivíduo, em decidir de forma livre e responsável sobre seu desejo de ter ou não ter filhos. Acrescenta-se o direito de receber informações e meios para tomar essas decisões, sem sofrer discriminação, coerção ou violência, tal como se estabelece nos documentos de direitos humanos. (PORTELLA, 2002). Esses direitos reprodutivos estendem-se às pessoas vivendo com HIV/Aids.

Portella (2002) ressalta ainda o fato de que os direitos reprodutivos reportam a aspectos da vida privada e à intimidade, objetivando criar condições para que a igualdade e a justiça estejam presentes também nessas relações. Ainda que o espaço doméstico sempre tenha sido tratado na esfera pública e regulado no campo do direito e da política, a diferença está na participação das mulheres no debate atual. Sendo assim, a luta pelos direitos reprodutivos e direitos sexuais tornou visível uma série de situações injustas vividas na intimidade, cujas consequências negativas atingem a saúde e o bem estar, sobretudo das mulheres, incluindo as soropositivas, mas dos homens também.

A existência de direitos formulados, leis aprovadas e condições materiais, entretanto, não são suficientes. É necessário que o sujeito, neste caso, as mulheres vivendo com HIV/Aids, conheçam seus direitos, deseje-os, reivindique-os e sejam capazes de acessá-los e exercê-los. É necessário que as mulheres HIV+ sejam compreendidas como sujeitos de direito que têm capacidade de decidir sobre a própria vida. Cabe aos serviços de saúde de referência elaborar estratégias, práticas, ações e fornecer informações claras quanto aos riscos e benefícios de engravidar sendo soropositiva, dar o devido acolhimento, assistência e condições para que estas decisões sejam tomadas da melhor maneira.

Os serviços de saúde de referência para tratar pessoas vivendo com HIV/Aids, que contam com uma equipe multiprofissional e estrutura para atender seus usuários, poderão dar um melhor suporte a essas pessoas. Percebemos nas entrevistas que o SAE/HCP conta com equipe multiprofissional completa e boa estrutura física no ambulatório, conforme já foi exposto anteriormente. Mas tem dificuldade de atuação interdisciplinar nas ações.

Atualmente existem mecanismos técnicos nos serviços de saúde, para as mulheres HIV+ que desejem engravidar, através de protocolos específicos, que orientam quanto ao uso do medicamento específico. Há também o recurso da reprodução assistida que particularmente em Pernambuco não funciona, pois o Hospital IMIP, o único serviço no estado que conta com essa técnica encerrou as atividades devido à crise financeira. É importante destacar que a reprodução e sexualidade de mulheres soropositivas vão além do sucesso técnico, o posicionamento dos profissionais de saúde é primordial, pois ser a favor ou

contra faz toda diferença no atendimento das mulheres vivendo com HIV/Aids que desejem engravidar. Muitas vezes seus valores morais e opiniões pessoais se sobrepõem à competência técnica fornecida no serviço de saúde.

Com relação à prática contraceptiva, a atenção deve estar direcionada à interação medicamentosa entre antirretrovirais e anticoncepcionais; à necessidade de adesão ao uso de preservativos para auto preservação e do parceiro(a), seja ele/a soroconcordante ou sorodiferente, independente do uso de outro Método Anticoncepcional-MAC e ao risco da Transmissão Vertical. Nesse contexto, é crucial que as mulheres com HIV/Aids que desejem ter filhos ou realizar a contracepção tenham acesso à informação para que possam fazer suas escolhas e o uso adequado dos MACs mais indicados para tal situação, bem como o planejamento adequado da gestação (EVANGELISTA & MOURA, 2011).

É sabido que boa parte dos casos de Transmissão Vertical-TV pode ser evitada se as medidas preconizadas para prevenção de TV, aliadas aos cuidados pré-concepcionais específicos para mulheres com HIV/Aids forem adotadas. O Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, que tomou por base o Protocolo Aids Clinical Trial Group (ACTG-076) apresenta métodos eficazes para evitar a transmissão vertical, tais como: realizar o exame anti-HIV no pré-natal; uso de antirretrovirais (ARV) na gestação, trabalho de parto e parto, tratamento da criança por 42 dias após o nascimento e a não amamentação reduzem a transmissão vertical de 25% para 2%, desde que iniciado o uso do ARV a partir da 14ª semana de gestação (EVANGELISTA E MOURA, 2011). Ou seja, não tem sentido negar o direito dessa mulher à reprodução no âmbito do serviço de referência. Daí a importância em se identificar o vírus antes da gestação ou pelo menos bem no início, por isso é tão importante que seja amplamente ofertado o teste anti-HIV durante o pré-natal, de forma eficaz e eficiente.

Mas antes mesmo de seguir esse protocolo para ter uma gestação segura, a mulher vivendo com HIV/Aids necessita ter ciência dos riscos e benefícios de uma gravidez em suas condições, para que ela o faça de forma consciente. E para que ela decida se realmente quer engravidar. A postura e as práticas do serviço de saúde de referência são importantes nesse momento.

Percebemos ao longo desta pesquisa que as estratégias, seus significados e práticas não prioriza a discussão aberta dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres vivendo com HIV/Aids no cotidiano do serviço de saúde. Apesar de existirem planos, diretrizes, cartilhas direcionadas aos profissionais de saúde, não ocorre capacitação ou atualização desses profissionais, nem a discussão de novas técnicas que viabilizem e

desmistifiquem a sexualidade e reprodução de mulheres HIV+. As ações são pontuais, fragmentadas e individuais, de acordo com a demanda ou necessidade da mulher atendida. Variam também de acordo com o profissional que realiza o atendimento. Predomina o uso da camisinha para prevenir a disseminação do vírus e o risco de transmissão vertical.

Por outro lado, a mulher HIV+ que já vem de um ciclo de negação de direitos, não tem noção do que sejam direitos sexuais e direitos reprodutivos. A negação evidencia-se de maneira aberta, quando o profissional diz que ela não devia engravidar por ser soropositiva e pode ser velada quando não tem noção de que tem os referidos direitos. A mulher está exposta a diversas vulnerabilidades; de gênero, institucional, sociais, por causa de violência. É imperativa a necessidade das mulheres HIV+ receberem informação acerca da saúde sexual e saúde reprodutiva e de ações para vivência dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. E devem ser tratadas de forma igualitária, indiscriminada e sem preconceito.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As políticas sociais criadas para enfrentar o crescimento da epidemia de HIV/Aids, desde a década de 1980, foram centradas no controle epidemiológico e na prevenção. No entanto, uma série de contradições na implementação e eficácia dessas políticas vêm sendo observadas por diversos pesquisadores e especialistas. Desde a década de 1990, a epidemia de HIV/Aids vem atingindo as pessoas mais pobres, com baixa ou nenhuma escolaridade, e as mulheres estão incluídas nesse grupo.

A classe trabalhadora está sofrendo com os impactos de um modelo de contrarreforma do Estado, que privatiza, precariza e diminui os serviços públicos, desregulamenta o mercado e restringe a implantação de políticas públicas universais. As tendências da política de saúde brasileira na atualidade expressam bem as necessidades do capital de investimento na área dos serviços de saúde seja por fora do SUS, via mercado expressamente privado e mercantilizado – com planos e seguros saúde, redes de hospitais privados, rede de farmácias, indústria medicamentosa e de equipamentos de saúde, etc. Seja por dentro do sistema público, através das contratações/ contratualizações e/ou convênios com instituições privadas lucrativas e não lucrativas, na perspectiva das terceirizações e parcerias público-privado (SOARES, 2010).

As políticas para as pessoas vivendo com HIV/Aids também sofrem esses impactos, com ações focalizadas, evidência de diagnósticos tardios, falta de medicamentos para tratar doenças oportunistas, e em algum momento os antirretrovirais, consultas em grandes intervalos, pouco quantitativo de profissionais de saúde em relação à demanda atendida. Tal processo tem contribuído decisivamente com a negação da atenção integral ao cuidado da saúde da mulher, especificamente aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Assim, muitas das dificuldades identificadas com relação aos SAEs são expressões de velhas tendências da política de saúde brasileira, evidenciadas bem antes da constituição do Sistema Único de Saúde – o que denuncia o momento de retrocesso que estamos vivendo. Parte desse retrocesso na política, é expresso, inclusive, pelo aumento dos níveis de infecção pelo HIV/Aids nos últimos anos (SOARES *et al*, 2016). Estudiosos e ativistas acreditam que o enfrentamento do HIV/Aids não é mais o mesmo e vive de glórias do passado.

Todos os cidadãos e cidadãs têm direito à saúde sexual e reprodutiva, independente de condição sorológica. Entretanto, os direitos das mulheres com HIV/Aids nem sempre são reconhecidos e priorizados nas políticas e nos programas, sobretudo os direitos reprodutivos. É preciso garantir acesso à informação correta, transmissão em linguagem acessível e adequada às diferentes realidades e necessidades; acesso aos serviços, insumos e tecnologias, bem como a qualidade e resolutividade das ações e práticas (ENGENDER HEALTH E UNFPA, 2008).

As discussões em torno da sexualidade, no interior de documentos internacionais de direitos reprodutivos, trouxeram o reconhecimento da situação de vulnerabilidade das mulheres, tendo como pressuposto os direitos reprodutivos. Já na década de 1960 houve o reconhecimento dos direitos das mulheres, a partir de muita luta do movimento feminista e de mulheres. Mas é na década de 1990, com conferências de direitos humanos, população e desenvolvimento e a Conferencia Mundial de Saúde da Mulher, que houve o reforço da necessidade de proteger os direitos ligados a direitos sexuais e direitos reprodutivos, além do direito à saúde, à integralidade, à proteção contra violência, à descriminalização do aborto, entre outros (RIOS, 2006).

A gravidez no contexto da infecção pelo HIV/Aids é um tema ainda muito polêmico, especialmente entre alguns profissionais de saúde. As justificativas geralmente giram em torno do risco da transmissão vertical. E não consideram as decisões das pessoas vivendo com HIV/Aids. Há prevalência do uso do preservativo para o controle da doença, o que acaba suprimindo as demandas reprodutivas e sexuais. O diálogo aberto proporcionaria às mulheres o exercício de seus direitos e traria projetos de vida e felicidade (SILVA, ALVARENGA E

AYRES, 2006). Acrescentamos que os profissionais de saúde necessitam de capacitação, atualização e técnicas adequadas para atender aos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/Aids. O que não vem sendo possível na atual lógica que fundamenta a política de saúde.

Muitas mulheres não tem acesso a informações sobre sexualidade e saúde reprodutiva. Com isso o controle sobre seus corpos e sobre a tomada de decisões para sexualidade e reprodução segura, apesar do HIV/Aids, se tornam limitadas.

Para que as mulheres vivendo com HIV/Aids possam exercer direitos sexuais e direitos reprodutivos de forma plena nos serviço de saúde, é necessário que ocorram capacitações, procedimentos, protocolos para os profissionais de saúde, que incluam a promoção e proteção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos sob a perspectiva da igualdade de gênero.

Percebemos ao longo desta pesquisa que as mulheres com HIV/Aids necessitam receber mais informações sobre a saúde sexual e reprodutiva, e ações que as façam vivenciar direitos sexuais e direitos reprodutivos, no âmbito do serviço de saúde de referência, para que assim tenham tratamento mais igualitário, sem discriminação ou preconceito.

Consideramos importante realizar mais estudos que abordem questões de gênero, sexualidade e reprodução de mulheres vivendo com HIV/Aids, para que possamos entender melhor a intensidade das dificuldades enfrentadas nessas áreas. Pois assim será possível trabalhar melhor o não uso do preservativo, mesmo sabendo da necessidade, e a transmissão para o parceiro, para que as mulheres possam reelaborar suas experiências de autocuidado e prevenção. E para que tenham mecanismos que lhes possibilitem exigir e exercer seus direitos integralmente.

As necessidades das mulheres no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos não são atendidas pelos modelos de saúde pública, mesmo havendo um arcabouço teórico e jurídico que viabiliza a implementação de leis, políticas, programas, planos e cartilhas. Na prática, no dia a dia dos serviços de saúde isso não ocorre. De forma deliberada, as mulheres vêm tendo seus direitos sexuais e direitos reprodutivos negados, passando ao largo das leis e políticas que as “protegem”. É imperativa a discussão no âmbito dos serviços, para compreender o impacto da epidemia nas mulheres e para ampliar o seu poder no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. O que quer dizer, ter ou não ter filhos, acesso a diversos meios contraceptivos e poder usá-los sem constrangimentos ou coerção. Relacionar-se livremente com quem desejar e desfrutar de vida sexual satisfatória e sem riscos, sendo HIV positiva ou não.

Consideramos que mesmo com os avanços obtidos com a elaboração da Política Nacional de DST/Aids, no que se refere à saúde das mulheres expressa objetivamente uma série de contradições na sua efetivação, pois o tratamento antirretroviral por si só não resolve a gama de problemas oriundos da infecção. Além da garantia ao tratamento antirretroviral, se faz necessário o acesso a medicamentos para doenças oportunistas, a diminuição no intervalo entre as consultas, a ampliação do acesso à equipe multiprofissional com práticas interdisciplinares.

O fato de não ter acesso a uma equipe multiprofissional que atue interdisciplinarmente, nos serviços de referência pode deixar as mulheres expostas e influenciar práticas sexuais inseguras. Além de práticas inseguras na hora de ter um filho, o que influencia no aumento da transmissão vertical, quando o vírus passa da mãe para o filho. Nesse momento devem ser adotadas estratégias para diminuir esse tipo de infecção.

Os Serviços de Atenção Especializada-SAE devem ter uma equipe multiprofissional minimamente formada por médico clínico treinado e/ou infectologista, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, assistente social e/ou psicólogo. Tem como atribuição prestar atenção integral com equipe multiprofissional, voltada ao atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo, às pessoas vivendo com HIV/Aids.

O SAE-HCP conta com equipe multiprofissional completa, até mais completa que outros SAEs do estado Pernambucano, que muitas vezes contam com equipe mínima e sem estrutura suficiente para prestar atendimento aos usuários. Mas os profissionais não conseguem trabalhar de forma interdisciplinar.

Nas entrevistas com os profissionais do serviço de referência percebemos atuação individualizada de cada um, embora ocorra a preocupação em orientar as mulheres sobre métodos contraceptivos e de reprodução da melhor forma possível. Mesmo havendo uma equipe multiprofissional, essa equipe não dialoga entre si, cada um segue uma lógica própria no que se refere à sexualidade e reprodução. Uma dificuldade importante apontada por esses profissionais foi a alta demanda de atendimentos em relação ao número de profissionais; reflexo da atual situação da saúde pública brasileira, de precarização, subfinanciamento, privatização.

No SAE-HCP não há estratégias por parte dos profissionais de saúde que discutam direitos sexuais e direitos reprodutivos. Na verdade, apenas uma das profissionais entrevistadas tinha conhecimento da existência desses direitos. Essa profissional também foi a única no grupo de entrevistadas que passou por capacitação, e isso há muito tempo, referindo

não se recordar mais de muita coisa. Os demais desconhecem, ou têm alguma noção de senso comum.

Apesar dos profissionais afirmarem que o serviço conta com atendimento integral, percebemos em suas falas que a ideia de integralidade está em priorizar que os usuários realizem todos os seus procedimentos no próprio SAE, para que não fiquem “perdidos”. Não estamos tirando a importância dessa ação, pois percebemos dos profissionais entrevistados a preocupação e o comprometimento em orientar da melhor forma possível, mas a partir do momento que não é uma prática comum entre todos os profissionais torna-se insuficiente. Mas para um atendimento integral deve-se considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades. Esse é um trabalho difícil tendo em vista que a integralidade está inserida em um contexto de disputa, sob a lógica das políticas neoliberais que privatizam, precarizam e fragmentam os serviços de saúde.

A partir do momento que a equipe multiprofissional não consegue criar uma rotina para discutir questões importantes para o atendimento das mulheres com HVI/Aids, que os profissionais orientam de acordo com seus princípios morais, chegando a negar às mulheres a informação sobre seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, o atendimento deixa de ser integral. E as mulheres sofrem com isso e se expõem a riscos maiores no que se refere à prevenção, sexualidade e reprodução.

Adotar como rotina a prevenção da transmissão vertical através de protocolos/planejamento de ações específicas e da transmissão para outras pessoas através do incentivo ao uso do preservativo não pode ser caracterizado como garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos. Tanto que fica evidente a dificuldade das mulheres HIV+ em utilizar a camisinha com seus parceiros e de exigir o uso, correndo risco de se infectar, reinfectar, infectar o outro ou engravidar sem assistência adequada. Ou ainda optar por não ter mais uma vida sexual ativa.

Consideramos que seja imperativo que o SAE adote ações prevenção e qualidade de vida que englobem direitos sexuais e direitos reprodutivos, sem que os profissionais deixem que seus princípios morais interfiram em sua conduta. Pois, como já foi dito as mulheres com HIV/Aids têm condições de engravidar de forma segura e necessitam de informações a respeito dos riscos e benefícios para fazê-lo.

Entendemos que o SAE passa por problemas de precarização no trabalho e atendimento, mas acreditamos que informações a respeito desses direitos irão propiciar às mulheres melhor entendimento sobre sua sexualidade e formas de reprodução, seja através de

grupos de discussão, técnicas de sala de espera ou individualmente. E todos os profissionais são importantes nesse processo.

Os profissionais de saúde tem uma participação importante na vida da pessoa em tratamento, seja ela qual for. É difícil para uma mulher em tratamento no SAE, que quer engravidar ter que contar com a sorte de ser acompanhada por profissionais que vão lhe orientar sobre as melhores maneiras de fazê-lo com segurança. Caso não tenha, ela “mata” esse desejo dentro dela, ou o realiza de qualquer jeito, ou ainda acaba, procurando outro profissional de saúde que lhe oriente de forma correta, não apenas negue seu direito. No grupo focal isso ficou nítido quando uma das mulheres disse ter desejo de engravidar novamente, mas sua infectologista disse que ela não deveria engravidar, pura e simplesmente. E ela aceitou por não ter noção dos seus direitos e por acreditar fielmente no que a médica diz.

No grupo focal percebemos o desconhecimento das mulheres sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais, e sobre a política em si, refletida em práticas inseguras de prevenção, e dificuldade em negociar o uso de preservativo com seus parceiros. Nos mostra a ainda existente relação desigual de poder entre homens e mulheres. Acabam deixando a prevenção a cargo do parceiro, assumindo posição de submissas, que em muitas está naturalizado.

Ignorar/negar os direitos reprodutivos e direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids não faz com que eles desapareçam, pelo contrário, não possibilita a sua reflexão, desfavorecendo o debate sobre o assunto e dificultando o poder de negociação das mulheres no uso de preservativo. Assim, as mulheres após aquisição destas e de outras informações adquirem melhores condições para ter autonomia sobre suas vidas e de uma forma mais consciente fazer escolhas sexuais e reprodutivas; e aos profissionais que as acompanham cabe o papel de apoio nas decisões adotadas e o reconhecimento dos riscos e benefícios assumidos a partir de situações de certezas ou incertezas, vantagens ou desvantagens.

As dificuldades que as mulheres com HIV/Aids tem em obter atendimento em outros serviços, na atenção básica principalmente, transforma o SAE em sua referência, onde podem ter acesso a tudo que necessitam. Por isso esse é o lugar certo para tratar/informar sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, não devendo ficar restritos às técnicas de prevenção da transmissão vertical e prevenção de transmissão da doença. As mulheres que participaram do grupo focal demonstraram inseguranças, medos, aflições e preocupações que interferem em suas vidas, na sua saúde e nas decisões com relação à sexualidade e reprodução.

Não estamos dizendo que toda mulher soropositiva deva engravidar, mas que a questão deve ser problematizada abertamente com ela e seu parceiro. Até porque

compreendemos que os direitos sexuais e direitos reprodutivos vão além da garantia de prevenção e gravidez. Eles visam garantir à mulher autonomia para decidir livremente sobre seu corpo, sua sexualidade e o momento que deseja engravidar.

A pobreza e baixa escolaridade fazem com que essas mulheres talvez não entendam de fato a doença que têm e o tratamento que realizam, bem como as formas de prevenção. Elas têm uma confiabilidade maior em um ou outro profissional, e recorrem a ele para sanar suas dúvidas. A postura desse profissional será importante e deve ser na direção de garantir os direitos dessa mulher e não de decidir por ela.

Isso acontece por conta da lógica desarticulada, fragmentada, precarizada e individualizada da política de saúde, não é de responsabilidade exclusiva dos profissionais. Os profissionais de saúde fazem suas escolhas individuais porque assim a política os estimula a se ausentar do debate, da viabilidade e execução das políticas públicas. Essa lógica de contrarreforma gera negação da sexualidade e reprodução, tornando-as desprotegidas. Reproduz a racionalidade instrumental burguesa a qual é hegemônica na política de saúde.

Percebemos nas entrevistas a necessidade de contratação de mais profissionais para dar conta da demanda existente, e assim melhorar e agilizar o atendimento, e, sobretudo capacitação para enfrentar as atuais contradições e tendências da epidemia, principalmente para a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres soropositivas. Pois o tratamento não deve estar pautado apenas no acesso a medicamentos antirretrovirais, mas deve considerar outros aspectos que envolvem os usuários do serviço de saúde. O diálogo aberto entre as mulheres e os profissionais propiciará a elas uma vida melhor.

Percebemos também que os movimentos da sociedade civil surgem como articuladores que lutam por direitos para as pessoas vivendo com HIV/Aids. Ficou evidente tanto na entrevista com profissional de saúde quanto no grupo focal a diferença que faz a atuação do movimento. Promovem a discussão sejam através de seminários, grupos, rodas de conversa. Possibilitam o fortalecimento das pessoas com HIV/Aids. A única profissional que tinha conhecimento sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos passou por capacitação em um movimento social e a única mulher que também tinha algum entendimento sobre o tema abordado e era mais articulada, também participava de encontros em ONGs ou movimento social.

Para começar a mudar essa realidade é necessário o fortalecimento do sistema de saúde, através de programas e ações integradas que promovam a atenção à saúde sexual e reprodutiva e sua garantia enquanto direito. É importante também que as mulheres participem de espaços de controle social de políticas públicas. Além do fortalecimento de ações

intersetoriais que apoiem as mulheres nas decisões que tomam em relação a sua vida, sexualidade e reprodução. Finalmente a luta e articulação da sociedade civil para que os direitos adquiridos e atualmente ameaçados, principalmente o das mulheres materializem-se e avancem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, M. B. **Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres.** In BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. *Gênero, democracia e sociedade brasileira.* São Paulo: Fundação Carlos Chagas. Editora 34. 2002.

\_\_\_\_\_. **As mulheres no mundo do trabalho e a relação corpo e sujeito.** Recife: SOS Corpo; Cadernos de Crítica Feminista. Ano V, N. 5 - dez. 2011.

\_\_\_\_\_.; CORREA. S. **O Movimento da saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos.** In. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.* Org. Loren Galvão, Juan Díaz. 1999 ed. Hucitec.

AQUINO, E. M. L. **Gênero e Saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil.** Rev. Saúde Públ. Vol. 40 (n esp): 121-132; 2006. Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, I.M.M. **Direitos à saúde e o neodesenvolvimentismo brasileiro.** Ver. Dir. Sanit. São Paulo. V. 16 n1 pg. 128-145, mar-jun. 2015.

ASSUNÇÃO, M.F.; SOARES, R.C.; SERRANO, I. **A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde.** Serv. Soc. Rev. Londrina, V16, n. 2, p. 05-35 jan/jun. 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

BANDEIRA, L. **Relações de gênero, corpo e sexualidade.** In. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.* Org. Loren Galvão, Juan Díaz. 1999 ed. Hucitec.

BARBOSA, R.H.S. **Aids e Saúde Reprodutiva: novos desafios.** in Giffin, K.; Costa, SH. Orgn. Questões da Saúde Reprodutiva [online] RJ: Ed. Fiocruz, 1999. 468p.

BARROS, L.A.; MENEZES.K.B.; MOURA, M.R.W.; ALMEIDA, D.L.; SANTOS, T.S.; FRANÇA, A.M.B. **Soropositividade de HIV em gestantes: adequação das práticas e atividades desenvolvidas pelo serviço de assistência especializada.** Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde Fics/ Maceió; v.1, n.1 pg. 67-82; nov. 2012.

BASTOS, F. I. **A feminização da epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de enfrentamento.** Associação Brasileira interdisciplinar de Aids – ABIA; Coleção ABIA de Saúde Sexual e Reprodutiva. N. 03 - Rio de Janeiro, 2001.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo.** Tradução Sergio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BEHRING, E.R., BOSCHETTI, I. **Política social. Fundamentos e história.** 4ª ed. SP: Cortez. Biblioteca Básica de Serviço Social; V. 2; 2008.

BEHRING, E. R. **Fundamentos da Política Social.** In. MOTA. A. E. [et al] (orgs.) Serviço Social e Saúde 3ª ed. São Paulo; Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BEHRING, E. R. **Política Social no capitalismo tardio.** São Paulo – 6ª edição. Cortez, 2015.  
BOSCHETTI, I. **Os custos da crise para a política social.** In BOSCHETTI, I. [et al] (orgs.) Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo; Cortez; 2010.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988.** Brasília – DF, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.313 de 13 de novembro 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: DF, Planalto, 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996.** Que trata do Planejamento Familiar. Brasília – DF, 1996.

\_\_\_\_\_. **Portaria Conjunta nº 1 de 16 de janeiro de 2013.** Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Brasília : DF- Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.276 de 26 de dezembro de 2013.** Regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, previsto no art. 18, inciso II, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição de critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento. Brasília : DF – Ministério da saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014.** Que define a lista para doenças de notificação compulsória. Brasília – DF, Ministério da saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional DST/AIDS:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 2013.** Ano X. Brasília. Versão Preliminar. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 2014.** Ano XI. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9A49113DPTBRIE.htm>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 2015.** Ano XII Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

\_\_\_\_\_. Pernambuco. **Boletim do Programa Estadual DST/Aids e Hepatites Virais** da Secretária Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretária de Vigilância em saúde. Programa nacional de DST/Aids. **Plano Integrado de enfrentamento da Feminização da Aids e outras DSTs.** Brasília-DF 2007.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e diretrizes.** Brasília-DF 2004.

\_\_\_\_\_. **Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/Aids entre mulheres.** 2002. MS: Coordenação Nacional de DST/Aids.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In MOTA, A. E... [et al], (org.) Serviço social e Saúde. 3ª edição- São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.  
BRITO, A. M. **A evolução e distribuição social da doença no Brasil.** Com Ciência Revista Eletrônica de Jornalismo Científico, Campinas SP, n. 76, 2006. Disponível em: <http://www.comciencia.br/.../handler.php?section=8...>

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos;** Tradução Carlos Nelson Coutinho; Apresentação de Celso Lafer. Nova Ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BORGES, F.T.; MOIMAZ, S.A.A.; SIQUEIRA, C.E.; GARDIN, C.A.S. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde. O papel das Organizações Sociais de Saúde.** Editora Cultura Acadêmica. São Paulo, 2012.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da identidade.** RJ: Civilização Brasileira, 2003. Pg. 15-60.

CAMARGO JR., K. R. **A importância das abordagens abrangentes na prevenção do HIV/Aids.** Physis. Revista de saúde Coletiva. 23(3): 677-680 - Rio de Janeiro, 2013.

CASTELO, R. **O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro.** In Revista Serviço Social e Sociedade, n.112, p. 613-636, out./dez. 2012.

CASTILHO, E.A.; CHEQUER, P. **A epidemia de Aids no Brasil.** In Simpósio satélite – A epidemia de Aids no Brasil: situação e tendências. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Pg. 9-12.

COELHO, E. A. C.; OLIVEIRA, J. F.; SILVA, C. T. O.; ALMEIDA, M. S. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem. Jan./mar. 13(1): 154-160, 2009.

CONCEIÇÃO, T.S.; CISLAGUI, J.F.; TEIXEIRA, S.O. **O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas.** Brasília (DF), ano 12, n. 23, p. 97-124, jan./jun. 2012.

CORREIA S, PETCHESKY R. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista.** Physis Revista de Saúde Coletiva, 1996; 6 (1/2): 147-177.

CORREIA, M.V. **O protagonismo do Banco Mundial na orientação das políticas de saúde.** In VIEIRA, A. C. S.; AMARAL, M. V. B. **Trabalho e direitos sociais: bases para a discussão.** Maceió – EDUFAL, 2008. 189p.

CORRÊA,S.; JANNUZZI, P.M; ALVES, E.D. **Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico conceitual e sistema de indicadores.** Projeto “Sistema de indicadores Municipais em saúde sexual e reprodutiva”, coord. ABEP e IBGE, RJ, 2003.

COHN, A.; JACOBI, P.; NUNES, E.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço.** Ed. 3 – São Paulo: Cortez, 2002.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Trad. Magda Lopes. 3ed. Porto Alegre: ARTMED, 296p. 2010.

DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. **Os direitos sexuais e reprodutivos.** In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). *Afinal, que paz queremos?* Lavras: Editora UFLA, 2004. p 45-70.  
DUWSETT, G. W. **Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da Aids.** Revista questões de saúde reprodutiva. I(1): 39-49. 2006.

ENGENDER HEALTH; UNFPA. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids. Subsídios para gestores, profissionais de saúde ativistas.** Org. Engender Health e Unfpa-Nova York: Engender health e Brasília, DF: Unfpa, 2008.

EVANGELISTA, D.R; MOURA, E.R.F. **Planejamento familiar de Mulheres portadoras de HIV/Aids.** REME- Rer. Min. Enferm.; 15(3): 386-393, jul/set, 2011.

FACIO, A. **Feminismo, gênero e patriarcado.** Lectura de apoyo 1. In Género y Derecho. 1999. Santiago de Chile. La morada/lom/American University, pg. 6-38.

FRANCO, Túlio Batista. **A integralidade é uma diretriz que traz em si o significado éticopolítico do ‘cuidado cuidador’.** Revista do Instituto Humanitas Unisinos, São Leopoldo, n. 287, 2 fev. 2009.

FRANÇA-JUNIOR, I. AYRES, J.R.C.M. CALAZANS, G.J. **Saúde Coletiva e Direitos Humanos: Um diálogo possível e necessário** São Paulo; 2000 [trabalho apresentado Congresso ABRASCO em 2000 mimeo].

FREITAS, N.M.; NERY, I.S. **Mulheres com HIV e direitos reprodutivos.** 18º REDOR. Tema: Perspectivas Feministas de Gênero: Desafios no campo da militância e das práticas. UFRPE, 2014.

FONSECA, R.M.G.S. **Equidade de gênero e saúde das mulheres.** Rev Esc Enferm USP 2005; 39(4):450-9.

GALVÃO, J. **A gestão de uma epidemia.** In Aids no Brasil. A agenda de construção de uma epidemia. ABIA. Editora 34. São Paulo. 2000.

GASKELL, G. **Entrevista individual e grupal.** In BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Trad. Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GIFFIN, K. **Violência de gênero, sexualidade e saúde.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 146-155, 1994.

GONDIM, S.M.G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos.** Paidéia, 2003,12(24), 149-161. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>

GONÇALVES, T. R.; CARVALHO, F. T.; FARIA, E. R.; GOLDIM, J. R.; PICCININI, C. A. **Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/Aids: revisando a literatura.** Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto alegre. Brasil. Psicologia e sociedade: 21(2): 223-232.2009.

GOMES, G.F. **A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão.** In A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais contra a privatização. Cadernos de Saúde - Org. Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes. 1ª ed. Rio de Janeiro, UERJ, Rede Sirius, p. 25-31, 2014.

GRANGEIRO, A.; LAURINDO DA SILVA, L.; TEIXEIRA, P.R. **Resposta à saúde no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária.** Revista Panam. Salud publica; 26(1): 87-94 – 2009.

\_\_\_\_\_. ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. **A epidemia de Aids no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviços.** Cad. Saúde Pública, rio de Janeiro, 26(12): 2355-2367; dez. 2010.

\_\_\_\_\_. CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. **A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para seu enfrentamento.** Interface, comunicação, Saúde, Educação. 19(52) 5-6; 2015.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. Trad. Celia Neves e Alderico Toríbio. 2 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1976.

LOBATO, V. C. Políticas sociais e de saúde. Apostila de apoio para curso de formação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES-maio,2011.

MARCH, C. **A contra-reforma do estado e o trabalho em saúde nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira**. In [http://www.alames.org/documentos/EJE02-72.pdf - 2008](http://www.alames.org/documentos/EJE02-72.pdf-2008).

MARQUES, M. C. C. **Saúde e Poder. História, Ciência, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro. Vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002.

MARTINIANO, C.; DAVI, J.; JUNIOR, G. M.; BRANDÃO, I. C. A.; SILVA, A. L. M. A. **A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização**. In DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L.M. (ORGS.) **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. 2. Ed. – Campina Grande: EDUEPB, 2011.

MATTOS, R.A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (ORG.) Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro. IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da integralidade). Caderno de Saúde Pública – Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416; set./out. 2004.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELO, D. C. S. **Aborto legal e políticas públicas para mulheres: interseções, construções, limites**. 2011. 204 f. Tese de doutorado em Serviço Social - Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. **Políticas Públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. Estudos Feministas, Florianópolis, 17(1): 296, jan./abr. 2009.

MINAYO, M.C.S. (org) Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18ª edição. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONDAINI, M. **Luta pela cidadania e transformação social no Brasil pós – 1988**. In VIEIRA, A.C.S. ; AMARAL, M.V.B. Trabalho e direitos sociais: bases para a discussão. Maceió: EDUFAL, 2008.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S.; PERUZZO, J. F. **O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina.** In MOTA, A.E. (org.) **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social** - Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

NETTO, J.P. **Introdução ao Método da teoria Social.** In: Capacitação em Serviço Social. CEAD/UNB, 2009.

NISHIMURA, N.U. **Direitos reprodutivos entre mulheres soropositivas no Brasil:** uma revisão sistemática. 2011. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SP.

O'LEARY, S. CHENY, B. (org.) **A Tripla Ameaça: Aids e mulheres.** Dossiê Panos. Tradução Ana Dourado. Rio de Janeiro: ABIA; Recife, PE: SOS Corpo; Londres, Inglaterra: Panos Institute, 1993.

OLIVEIRA, I. B. N. **Acesso Universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/Aids em Salvador – BA.** Cad. Saúde Pública, 25 sup. 2: S259-S268, Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, L. A. **Direitos Reprodutivos e a Assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids:** um diálogo possível? 2003. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo. SP. 2003.

OLIVEIRA, I. M. J. **Gênero, vulnerabilidade e a feminização da Aids.** 2009.

PAIVA, V.; PUPO, R.; BARBOZA, R. **O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV/Aids no Brasil.** Ver. Saúde Pública. 40 (supl.): 109-119 – São Paulo, 2006.

PAIM, J. S. **Política de Saúde no Brasil.** In ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N. A. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro, MEDSI 6ª edição. 2003.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids.** Coleção ABIA – Cidadania e Direitos, n. 01 Rio de Janeiro, 2001.

Plataforma de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento-CIPD, Cairo. 1994.

Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre Mulheres. Beijing, 1995.

PETCHESKY, R. P. **Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional.** In BARBOSA, R. Sexualidade pelo Averso: direitos, identidades e poder. RJ: ed. 34. 1999.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil.** Uma pequena revisão. 2008. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)

PORTELLA, A. P. **Direitos Reprodutivos: alguns comentários.** Seminário sobre Casais sorodiscordantes (anais) – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. RJ, 2002.

\_\_\_\_\_. Corpo, sexualidade e reprodução. Recife: SOS Corpo – Instituto Feminista para Democracia, 2009.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Marco da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.** Ferramenta para uma ação política das mulheres. Porto Alegre: RFS 2008.

\_\_\_\_\_. GESTOS. SOS CORPO. **Igualdade de Gênero e HIV/Aids: uma política por construir.** Texto base: Documento de tendência para subsidiar o projeto: Igualdade de gênero na promoção da Segurança Humana no contexto do HIV/Aids. 2003.

RIOS, R.R. **Para um direito democrático da sexualidade.** Horizontes antropológicos, Porto Alegre, ano 12, nº 26 pg. 71-100. Jul-dez. 2006.

ROCHA, M. S. **Aids: uma questão de desenvolvimento?** In PASSARELLI, C. A.; PARKER, R.; PIMENTA, C.; TERTO JR., V. Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. ABIA, Rio de Janeiro, 2003.

ROCHA, M. S. G **Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo.** 2011. 237 f. Tese de Doutorado em Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas-CCSA; Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lutando por mais saúde: Movimento Feminista contra a epidemia de Aids.** In Rocha, S; Vieira, A; Soares, R. Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2011.

RUBIN, G. **O Tráfico de mulheres: Notas sobre a “economia política” do sexo.** Tradução: DABAT. C.R; ROCHA, E.O.; CORREA, S. Edição SOS Corpo, março/1993.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo, editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável.** 2003. 260 f. Tese de doutorado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP, SP. 2003.

SALVADOR, E. Fundo Público e políticas sociais na crise do capitalismo. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out/dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Financiamento tributário da política social no pós-real.** In SALVADOR, E.; BEHRING, I. B.; GRANEMANN, S. (orgs.) *Financiamento, fundo público e política social.* São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, G.C. **A dimensão social da aids: avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco.** 2014. 161 f. Tese de Doutorado em Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas; Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. 2014.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica.** *Educação e Realidade*, V.20(2), 1995.

SEVERO, R. R. **O Princípio da Integralidade na Política de Saúde.** 2012. 111 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2012.

SILVA, S.S.S. **A política social brasileira na conjuntura da crise internacional.** In DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L.M. (ORGS.) **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios.** 2. Ed. – Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SILVA, A. X. **Reforma Sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social.** In DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L.M. (ORGS.) **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios.** 2. Ed. – Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SILVA, N.E.K. ; ALVARENGA, A.T.; AYRES, J.R. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(3):474-81.

SIMIONATTO, I. **Reforma do Estado ou modernização conservadora?** *Acessa.com* mais comunicação. Disponível em: <http://www.acessa.com/gramsci/?id=56&page=visualizar> 2000.

SOARES, R. C. **Desigualdade social e acesso às políticas sociais: a situação das pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil.** In Rocha, S; Vieira, A; Soares, R. Desafios à vida: desigualdades e Aids no Brasil e África do Sul. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2011.

\_\_\_\_\_. **As particularidades da contra-reforma na política de saúde brasileira.** Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre, 2009.

\_\_\_\_\_. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social.** 2010. 206 f. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

\_\_\_\_\_. SILVA, T.M.; BARBOSA FILHO, E.A.; ASSUNÇÃO, M.F.; ALBUQUERQUE, M.I.N. & SILVA, J.A.M. (in prelo). **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids de Recife no contexto da contrarreforma da política de saúde.** In Rocha, S., Vieira, A. C. S., & Barbosa Filho, E. A. (Eds.). HIV/ Aids e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo África do Sul, Brasil e Moçambique. 2016.

TAQUETTE, S. **Feminização da Aids e adolescência.** In Adolescência e Saúde. Vol. 6 nº 1 abril/2009.

TONELI, M.J.F. **Direitos Sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência.** Psicologia e Sociedade; 16(1): 151-160; Num. Esp. 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, S190-S198, 2004. Supl. 2.

TRINDADE, J.D. L. **História Social dos Direitos Humanos.** 3. Ed. São Paulo: Peirópolis, 2011.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3ª ed. UNFPA – Brasília – DF, 2009.

VIEIRA, A.C. S. **Determinantes sociais da saúde e Aids na realidade brasileira.** In Rocha, S; Vieira, A; Soares, R. Desafios à vida: desigualdades e Aids no Brasil e África do Sul. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2011.

\_\_\_\_\_. **Declínio da desigualdade no Brasil.** In VIEIRA, A. C. S.; AMARAL, M. V. **B. Trabalho e direitos sociais: bases para a discussão.** Maceió – EDUFAL, 2008. 189p.

\_\_\_\_\_. **Acesso aos serviços de saúde de referência para HIV/Aids no Brasil, África do Sul e Moçambique.** Relatório Final de Pesquisa – Edital Universal CNPQ – Processo no. 472.612/2011-5 - 2013.

VILLELA, W.; NILO, A. **A epidemia do HIV/Aids e as políticas de saúde sexual e reprodutiva: um estudo em 16 países.** In Rocha, S; Vieira, A; Soares, R. **Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul.** Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2011.

VILLARINHO, M. V.; SANSON, J. R.; PEREIRA, J. **Evolução das políticas públicas de saúde relativas à Aids e sua influencia na Assistência às pessoas com a doença no Brasil.** Coleção Gestão da Saúde Pública. V6, 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas em serviço de referência em Recife/PE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Taciana Maria da Silva, residente na Rua Lagoa do Rancho, 9 – torre-Recife -PE CEP – 50620-510 – contatos: (81) 98723-4489; email:tacianamss@hotmail.com (inclusive ligações a cobrar). Está sob a orientação de: Raquel Cavalcante Soares Telefone: (81) 99126-4876, e-mail quelcsoares@gmail.com Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

**Justificativa dos objetivos:** Esta pesquisa tem por objetivo geral: analisar a lógica das estratégias, os seus significados e práticas em direitos reprodutivos e direitos sexuais para/de mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas no SAE do Hospital Correia Picanço. Tem como objetivos específicos: Identificar e analisar as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional do Hospital Correia Picanço relacionadas ao acesso aos direitos reprodutivos e direitos sexuais das mulheres vivendo com HIV/Aids; Analisar como as mulheres vivendo com HIV/Aids percebem a garantia de direitos reprodutivos e direitos sexuais e identificar as possíveis formas abertas e veladas de negação desses direitos no cotidiano do SAE – Hospital Correia Picanço; Analisar como as mulheres com HIV/Aids vivenciam a sexualidade e como essa sexualidade foi ou não objeto da política social no âmbito do atendimento do SAE Correia Picanço; e Analisar como as mulheres vivenciam a maternidade tendo em vista as relações/papéis desiguais de gênero e sua condição de soropositividade. A coleta de dados se dará através de análise documental, revisão bibliográfica e entrevistas semi-estruturada (com equipe multiprofissional) e grupo focal (com as mulheres). Será utilizado gravador neste processo.

O grupo focal terá duração de aproximadamente 1(uma) hora, e será realizado no próprio serviço de saúde de referência, no dia de consulta do voluntário para que não interfira em seu cotidiano. E não gere nenhum ônus financeiro.

**Riscos e Desconfortos:** Um possível risco nesta pesquisa seria o desconforto ou constrangimento de algumas mulheres ao responder alguma questão no decorrer do grupo focal. Outro risco seria o de não conseguir atingir os objetivos da pesquisa, através da negação de algumas mulheres ou de profissionais da equipe de saúde de participar. Despesas com passagens ou alimentação serão ressarcidas caso necessário.

**Benefícios:** Acreditamos que teremos como benefício um trabalho que trata de um tema ainda pouco abordada, que ajudará tanto as pessoas vivendo com HIV/Aids quanto as pessoas interessadas em estudar o assunto.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e grupo focal), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Taciana Maria da Silva, no endereço (acima informado), pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador-\_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas em serviço de referência em Recife/PE**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento).

Local e data

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Nome:

Assinatura:

Assinatura:

**APENDICE B** – Roteiro do Grupo Focal com mulheres vivendo com HIV/Aids.

Nome:

Idade:

Onde Mora:

Escolaridade:

Profissão:

1. Quando e como você descobriu que estava com HIV/Aids?
2. Qual foi sua reação? Sabe como foi?
3. Qual o conhecimento que você tinha sobre a HIV/Aids antes do diagnóstico? Qual tem agora? Há quanto tempo você faz o tratamento e quais as dificuldades enfrenta para segui-lo? No serviço? Na família? No trabalho? Medicamentos? Consultas?
4. Você sabe que existe uma Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos? Você sabe o que são direitos sexuais e direitos reprodutivos?
5. Como ficou fazer sexo depois que descobriu que era soropositiva? (aqui me refiro não só ao sexo, mas a sua relação com seu corpo, o prazer, o orgasmo).
6. Quais orientações recebem no serviço de saúde em que faz tratamento quanto a práticas sexuais saudáveis? (sexo seguro, mudanças no corpo, prazer, melhor método contraceptivo, que perspectiva de planejamento familiar – lembrar de enfatizar cada item como uma dimensão da sexualidade).
7. Recebe orientação no serviço sobre métodos contraceptivos? Faz uso de algum método (preservativo, pílulas, outros)? Qual? Por quê?
8. Vocês já receberam alguma orientação sobre como engravidar (concepção) de forma segura e saudável, mesmo tendo HIV/Aids? Quais foram as orientações que vocês receberam do serviço de saúde sobre este assunto? (o melhor momento para engravidar, como engravidar; reprodução assistida).
9. Vocês já sofreram algum tipo de preconceito ou discriminação por desejar engravidar vivendo com HIV/Aids ? O que você ouviu das pessoas? (serviços de saúde, família, amigos, comunidade)
10. Já sofreu violência (sexual, física, psicológica) por estar com HIV/Aids? Quais?
11. Como você se cuida (acesso à consulta com ginecologista, a preventivos, alimentação saudável, práticas saudáveis)? Vocês amam seus corpos? Expliquem... Sentem-se desejadas?
12. Você tem filho(s)? quantos? Algum soropositivo?

13. Engravidou após a sorologia positiva? Foi de forma consciente ou acidental? Há quanto tempo foi a última gestação?
14. Quais dificuldades, sintomas teve antes, durante e depois da gravidez? E como foi a interação com o antirretroviral durante a gestação? Desmembrar
15. Que tipo de apoio recebeu do parceiro? da família? Da equipe de saúde? Da comunidade?
16. Foi orientada pela equipe de saúde sobre como ter uma gestação (pré-natal) segura?
17. Como você se preparou (prepara) ou não para a possibilidade da criança nascer com HIV/Aids? A equipe de profissionais de saúde lhe orientou nesse processo? De que forma? Houve algum acompanhamento psicológico?
18. Em algum momento passou por sua cabeça abortar? Em algum momento alguém lhe sugeriu abortar seja no serviço de saúde ou fora dele?
19. O que é ser uma mulher/mãe com HIV/Aids? Que dificuldades você enfrentou? Teve apoio do parceiro? De familiares? Amigos? Com relação ao acompanhamento do recém-nascido – acesso a medicamentos, exames, não amamentação, etc.)
20. O que poderia ser mudado no serviço de saúde em que você faz tratamento para melhorar o atendimento e a assistência às mulheres com relação à sua sexualidade? E o que melhorar na assistência às mulheres que desejam engravidar vivendo com HIV/Aids? E o que melhorar em relação ao acompanhamento das mulheres que estão grávidas vivendo com HIV/Aids?

**APENDICE C - Entrevista Semi - Estruturada profissional de saúde.**

Nome:

Profissão/cargo:

Tempo de atuação na área de HIV/Aids:

1. Como está formada a equipe multiprofissional do SAE? (especificar quantidade e quais profissionais). Você avalia que a equipe é suficiente para atendimento da demanda do serviço?
2. A equipe passa por capacitações no que se refere a direitos reprodutivos e direitos sexuais para pessoas vivendo com HIV/Aids? Você já participou de alguma dessas capacitações?
3. Há algum protocolo no serviço referente a direitos reprodutivos e direitos sexuais?
4. O que você entende por direitos reprodutivos? E direitos sexuais? Já leu a política nacional de direitos sexuais e direitos reprodutivos?
5. Você tem conhecimento da Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher?
7. Você avalia que as ações e práticas em saúde no atendimento às mulheres vivendo com HIV/Aids são realizadas na perspectiva da integralidade? Que dificuldades se apresentam para integralidade no cotidiano dos serviços? (dentro do serviço, fora do serviço)
8. Há algum tipo de discussão a respeito de planejamento familiar com as mulheres atendidas no serviço? Que especialidade profissional faz? Como é feito? Com que abordagem? Você já fez algum tipo de abordagem com essa finalidade? Como?
9. Na sua opinião, qual o perfil das mulheres atendidas no serviço?
10. Quais as orientações dadas às mulheres com HIV/Aids para que tenham vida sexual e reprodutiva saudável e segura?
11. As mulheres atendidas neste serviço recebem orientação com relação a métodos contraceptivos? Elas compreendem a importância dos métodos contraceptivos? Adotam um método?
12. Quando uma mulher soropositiva expressa vontade de engravidar, quais as ações são adotadas pela equipe de saúde? Ela é estimulada ou desestimulada?
13. Estas mulheres são orientadas de forma clara sobre os riscos e benefícios de se ter um filho sendo soropositivas? Como? Por que especialidades profissionais?
14. Quais as ações adotadas quando uma mulher com HIV/Aids atendida neste serviço de saúde engravida?
15. A hipótese de aborto é levantada quando uma mulher com HIV/Aids engravida?