



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**YASMIM TAINNANDA GOMES NÓBREGA**

**COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV A COMPANHEIROS  
AFETIVOS: A RELAÇÃO ENTRE O ESTIGMA E A  
VULNERABILIDADE DO CORPO FEMININO**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2021**

YASMIM TAINNANDA GOMES NÓBREGA

**COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV A COMPANHEIROS AFETIVOS: A  
RELAÇÃO ENTRE O ESTIGMA E A VULNERABILIDADE DO CORPO FEMININO**

Trabalho de Conclusão de curso, apresentado à  
graduação em Serviço Social, como parte de requisitos  
necessários à obtenção do Título de Bacharel pela  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

João Pessoa \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira Silva – UFPB

Orientadora

---

Examinador – UFPB

---

Examinador - UFPB

## AGRADECIMENTOS

Em meio as lágrimas que circundam minha alma, lembrando toda a trajetória árdua até findar na conclusão da graduação, me revisto de Gratidão.

Em especial, agradeço a Deus por ter sido privilegiada em crescer e ter condições familiares e acadêmicas de concluir esta graduação, enquanto em milhares de lares brasileiros ainda predomina a dificuldade econômica e por muitas vezes afetiva familiar na qual aproveito o meu agradecimentos para estender a minha solidariedade a essa população menos visibilizada e que tanto necessita de um olhar mais humano e da efetivação de suas políticas públicas focalizadas.

Minha mãe Ivonete, meu pai Inocêncio, as minhas irmãs Sophia e Beatriz, meu cunhado e os meus sobrinhos sem vocês nada disso faria sentido. A minha eterna gratidão por apoiarem os meus sonhos e vibrarem a cada conquista, essa também é de vocês.

Agradeço em especial ao meu amor, Arthur Machado, por ter sido o meu maior incentivador e não me deixar desistir desta graduação, por suportar junto a mim cada desânimo e partilhar as incertezas comigo, sempre com uma palavra positiva e encorajadora. Divido com você não só a alegria da minha conquista, mas também o mérito dela, seu apoio e carinho foram e serão sempre fundamentais.

A gratidão aos meus professores, responsáveis por moldar a profissional ao que estou me tornando, em especial a minha orientadora Maria das Graças Miranda (literalmente uma “Gracinha”), por toda paciência e compreensão durante esse processo.

Agradeço por fim, às irmãs que a graduação me deu Larissa Oliveira e Bruna Albuquerque, tudo tornou-se mais leve graças ao carinho e apoio de vocês nos anos de graduação, dividimos angustias e alegrias, sempre sendo uma o suporte da outra. Aproveito para desejar sucesso na carreira profissional e expressa a minha admiração por vocês.

# SUMÁRIO

**INTRODUÇÃO.....**

## **CAPÍTULO 1**

**A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL.....**

1.1 Considerações sobre a constituição histórica da política de saúde.....

1.2 A política de saúde dos anos 1990 à contemporaneidade.....

## **CAPÍTULO 2**

**PANORAMA DA AIDS NO BRASIL, AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO E AS  
RELAÇÕES DE PODER SOBRE O CORPO DA MULHER NA SOCIEDADE  
CONTEMPORÂNEA.....**

2.1 Alguns aspectos relativos a contaminação pelo HIV.....

2.2 Surgimento da aids no brasil: aspectos históricos, epidemiológicos e tendências contemporâneas.....

2.3 Proteção social e AIDS.....

**CAPÍTULO 3: DISCUSSÃO DOS IMPACTOS SOCIAIS DA COMUNICAÇÃO DO  
DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS A COMPANHEIROS  
AFETIVOS.....**

3.1 Aspectos das relações de saúde

3.2 Aspectos das relações afetivas.

3.4 O Impacto do novo coronavírus na vida de mulheres em condição de violência doméstica e sua relação com a saúde.

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **RESUMO**

Em decorrência dos crescentes casos de mulheres vivendo com HIV no Brasil, este trabalho de conclusão de curso se propõe refletir quanto aos princípios legais de comunicação da sorologia positiva aos parceiros, a qual gera suas implicações para relacionamentos afetivos, o estigma sobre o corpo da mulher que convive com vírus do HIV/AIDS e a relação de Bioética e Biopoder da equipe médica na revelação do diagnóstico de soropositividade feminina aos companheiros. Desta forma, esta análise objetiva favorecer o diálogo entre a equipe multiprofissional em saúde e o paciente que dela dispõe. Frente à questão diz respeito à própria condição de mulher com sorologia positiva para o HIV, pelo fato de sentir vulneráveis em meio a crescente violência que amedronta nosso gênero. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo de natureza bibliográfica e de cunho quanti-qualitativo o qual descreve a realidade de mulheres portadoras de HIV, a sua luta contra o preconceito na sociedade bem como a sua necessidade de emponderamento. Como resultado, espera-se que este trabalho venha a acrescentar material teórico e reflexões para a atuação assistentes sociais frente aos desafios encontrados no cotidiano destas mulheres.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS. Mulher. Preconceito. Estigma. Sociedade

## **ABSTRACT**

As a result of the growing cases of women living with HIV in Brazil, this course conclusion paper aims to reflect on the legal principles of communicating positive serology to partners, which generates its implications for affective relationships, the stigma on the woman's body who lives with the HIV / AIDS virus and the medical team's Bioethics and Biopower relationship in revealing the diagnosis of female seropositivity to their partners. Thus, this analysis aims to favor the dialogue between the multiprofessional health team and the patient who has it. Facing the question, it concerns the condition of women with positive HIV serology, due to the fact that they feel vulnerable in the midst of the growing violence that frightens our gender. In methodological terms, it is a study of a bibliographic and quantiquality nature which describes the reality of women with HIV, their fight against prejudice in society as well as their need for empowerment. As a result, it is expected that this work will add theoretical material and reflections for the performance of social workers in the face of the challenges encountered in the daily lives of these women.

**Keywords:** HIV / AIDS. Woman. Preconception. Stigma. Society.

---

## INTRODUÇÃO

Em 1981 surge o HIV, sendo detectado através de uma pneumonia rara, esses casos foram apresentando em um Congresso em New York. Identificada também como um tumor. Nas duas situações os primeiros casos tratava-se de pacientes jovens e homoafetivos, assim foi ampliada a suspeita de algum agente infeccioso disseminado entre os casais homossexuais americanos, outros diagnósticos aparecem em pessoas heterossexuais que usavam drogas injetáveis, bem como diversos casos na África. Identificando assim uma epidemia mundial.

Os primeiros casos no Brasil aconteceram também em 1981, um vírus adquirido e que de forma “silenciosa” se aloja no corpo humano e ali permanecia por décadas e os pacientes devido ao quadro imunológico menos favorável, contraíam outras infecções as quais acarretavam ao óbito desses pacientes. O diagnóstico de AIDS na época era considerada uma quase sentença de morte.

Em 1985 surge o teste de identificação do vírus HIV/AIDS no mundo e a primeira medicação contra a AIDS, o AZT de pouco efeito, mas apenas 10 anos depois, em 1995 surge o famoso “coquetel” da AIDS e transforma o panorama mundial da doença. Um avanço que gerou melhora nos quadros e pacientes e assim uma evolução na condição de vida.

Com esse avanço da medicina foi possível transformar a AIDS em uma doença crônica, ainda sem cura, mas foi possível neutralizar a carga viral, fazendo o vírus desaparecer das secreções sexuais, bem como da corrente sanguínea e reduzindo largamente a transmissão.

Houve uma “revolução” no tratamento do HIV/AIDS no Brasil quando foi adotada a medida de distribuição gratuita dos medicamentos, atualmente o Sistema

Único de Saúde (SUS) oferece a medicação e também uma profilaxia pré-exposição, uma prevenção medicamentosa que pode prevenir a infecção pelo vírus do HIV, bem como os medicamentos de Pós-exposição, disponíveis às pessoas que mantiveram relações sexuais sem o uso do preservativo com sujeitos infectados ou com suspeita de infecção.

A trajetória do HIV e da AIDS, com foco no Brasil, foi caracterizada pelo pavor inicial às campanhas de conscientização, passando pela discriminação imposta aos doentes. Sendo o vírus encarado como uma epidemia devastadora, ao longo de décadas, para a sociedade.

Em 1995 surgiram os antirretrovirais e com isso a significativa mudança do panorama de HIV/ AIDS no país. Ainda marcada pelo preconceito social e o seu estigma, as pessoas que vivem com HIV, em foco a mulher e em seu estado de saúde, abrangem além dos já existentes preconceitos, o peso do machismo e a imposição sobre a sua condição de mulher, para que se disponha a revelar o seu diagnóstico ao companheiro. Sendo ela estigmatizada socialmente por “trazer” consigo valores moralmente instituídos pelo cunho do machismo, advindo da cultura patriarcal existente no Brasil. Contudo, a caracterização do papel da mulher, também perpassa pelos valores de preservação dos bons costumes, sendo esse um inibidor de impessoalidade feminina. O médico na condição de promover a prevenção e a promoção em saúde é direcionado ao dilema ético-moral de comunicação ou não do diagnóstico ao companheiro sexual.

A aproximação com o objeto de estudo ocorre a partir da experiência de Estágio Supervisionado no setor de Assistência Especializada Materno-Infantil (SAE/MI) no qual atende gestantes e puérperas que vivem com HIV/Aids, assim como os filhos recém-nascidos que foram expostos ao vírus, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical, bem como promover a qualidade de vida das crianças infectadas.

Também há a necessidade de tecer reflexões sobre os direitos das mulheres que vivem com a sorologia positiva para o vírus do HIV e as configurações impostas ao Sistema Único de saúde brasileiro. Nesta perspectiva o primeiro capítulo, intitulado A Trajetória da Política da Saúde no Brasil, tem como objetivo resgatar a

história da Política de Saúde no Brasil, permeando em suas características estruturais e considerando as diversas conjunturas.

Na contextualização dispomos os avanços e retrocessos desde 1920 na gênese da saúde como política pública, situamos sua reconfiguração em 1980, com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na sequência conceituando a materialização do que esteve posto em nos anos de 1990 até a contemporaneidade, adentrando nas conjunturas políticas e projetos governamentais no setor saúde brasileiro.

O segundo capítulo, intitulado Panorama da AIDS no Brasil e as Políticas de enfrentamento, tem como objetivo traçar uma contextualização dos aspectos que condicionaram a epidemia de HIV/AIDS, dispondo das problemáticas e avanços acerca das particularidades da patologia, direcionando a uma abordagem histórica que possa apreender seus impactos sociais. À vista disso, situamos os aspectos relativos a transmissão pelo HIV, teorias e historicidade; seguidas de uma captação em nível nacional, discutindo a relação com “grupo de risco”, os estigmas sociais postos e identificando as causalidades que resultam no preconceito e discriminação; e fazendo apontamentos acerca da proteção social e direitos sociais para a população vivendo com HIV.

No terceiro capítulo, intitulado Impacto sociais do Diagnóstico do HIV e as relações afetivas. Assim, abordamos as análises das relações sociais e de saúde das mulheres que vivem com HIV, de modo que, possa inserir a especialidade estudada na Política Pública de Saúde brasileira, visando gerar à academia resultados que possam contribuir para a melhoria e o bem-estar da sociedade civil.

O diagnóstico do vírus para a mulher tem um peso diferente do masculino, não dispensando o tabu o social no qual é depositado sobre a infecção, a figura feminina ainda sofre com as características a elas atribuídas de promiscuidade e falta de pudor, um conceito machista de e arcaico no qual ainda pressiona a mulher a viver com valores moralmente instituídos de submissão e castidade. Além de preconceitos com o corpo da mulher, elas encontram barreiras sociais que colocam em prova a sua capacidade de psicológica quando tratam de assuntos relacionados ao aumento ou iniciação de sua prole, as relações afetivas sofrem os principais

danos, devido a falta de apoio tanto familiar, quanto emocional, principalmente devido ao preconceito aliado a falta de informação.

A temática de infecção do vírus do HIV/AIDS deve ser abordada de maneira humanizada pela sociedade, entendendo que além das condições físicas de tratamento dessa síndrome, o Sistema Único de Saúde tratará também do psicológico dessas mulheres e de suas famílias. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, com uma perspectiva qualitativa e quantitativa de análise.

A estrutura do trabalho está dividida em três capítulos, em que no primeiro, refere-se a alguns elementos históricos do vírus do HIV/AIDS no mundo e abordando o seu reflexo no Brasil, bem como o aparato de saúde brasileiro de atuação frente a exposição da população ao vírus e o seu tabu social. No segundo capítulo, contemplamos a carga histórica do machismo brasileiro e a relação de poder sobre o corpo feminino. No terceiro capítulo, abordamos os impactos refletidos nas relações amorosas com a comunicação do diagnóstico de HIV.

## **1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Este capítulo tem como objetivo resgatar a história da Política de Saúde no Brasil, adentrando em suas características estruturais que perpassaram por todos os governos, nas diversas épocas até os dias atuais. Desse modo, explicita os avanços e retrocessos na perspectiva de um caráter mais abrangente da universalidade e centralização da assistência à saúde.

O primeiro subtópico refere-se ao processo de formação em que esteve inserido desde os anos de 1920, realizando uma contextualização até 1980, em que a Política Pública de Saúde foi reconfigurada, deslocando-se de uma assistência fragmentada para ações articuladas de atenção à saúde. O segundo subtópico refere-se ao contexto ao qual está consolidado a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, a materialização do que esteve posto em nos anos de 1990 até a contemporaneidade, adentrando nas conjunturas políticas e projetos governamentais no setor saúde brasileiro.

## 1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE

A eclosão da Política Pública de Saúde no Brasil intercorreu nos anos de 1930, vinculado diretamente a Previdência Social, no qual desenvolveu a assistência médica individualizada. Nesta época a intervenção estatal nas políticas sociais se instaura de maneira introdutória, fortemente marcado por ações limitadas e desvinculadas entre si. O posicionamento do Estado advém das pressões exercidas tanto pelo capital internacional, quanto pelos próprios trabalhadores, que reivindicavam melhores condições de trabalho.

Contextualizar o setor saúde em âmbito nacional, implica considerar as particularidades da formação histórica brasileira, para isto, faz-se necessário resgatar alguns aspectos estruturais que perduram até a sua configuração atual. Conforme Polignano (2001), a priori, as ações de saúde nos governos instaurados no país ocorrem de feição emergencial, uma vez que, se torna alvo de atenção quando as epidemias e endemias atingem em grande proporção as regiões de relevância econômica.

À vista disso, Polignano (2001) aponta que as primeiras ações direcionadas para a saúde ocorreram no início do século XX, através do Modelo do Sanitarismo Campanhista, primeiro modelo de assistência à saúde no Brasil. O quadro sanitário da época era caótico, a população encontrava-se assolada por epidemias, como explícita o autor:

No início desse século a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (POLIGNANO, 2001, p. 4).

O modelo Sanitarista Campanhista se estendeu por décadas no país mantendo características centralizadas, obteve eficácia no controle de epidemias e suas medidas interventivas podem ser divididas em dois momentos: primeiro sob gestão do sanitarista Oswaldo Cruz, que abrangeu ações de caráter arbitrário para o combate as epidemias, como campanhas de vacinação obrigatória. O segundo sob gestão do sanitarista Carlos Chagas, que por sua vez, teve um avanço gradativo em relação a sua intervenção no âmbito das epidemias do campo e estratégias orçamentais (POLIGNANO, 2001).

Enquanto esteve à frente do Departamento Nacional de Saúde Pública, a partir de 1920, Chagas preconizou ações de propaganda e a educação sanitária, redimensionando também o caráter autoritário. Vale ressaltar que o modelo conteve problemas, devido as campanhas exigirem uma alfabetização, que parcela da população brasileira à época não obtinha, bem como, os programas e serviços sem articulação entre si (POLIGNANO, 2001).

Segundo Bravo (2000), as intensões governamentais expressas na conjuntura, ao mesmo tempo que expandiram as ações de saneamento, no sentido de estender para os interiores e áreas periféricas, estavam permeando por uma crise política intensa. Desse modo, a intervenção estatal era insuficiente, o setor saúde detinha de uma fragmentação das medidas executadas, limitando-se meramente ao próprio saneamento e controle de endemias, como esclarece a autora: “ A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional do interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922.” (BRAVO, 2002, p. 3).

O Brasil atravessava por um período de transição, uma vez que, se instalava a industrialização e ocorria a intensificação do fluxo imigratório, o cenário político padecia por uma reformulação. As ideologias que adentravam, refletia os

acontecimentos em âmbito mundial, os operários brasileiros foram instigados por concepções que permeava pela classe operária pelo mundo. Deve-se considerar que no início dos anos de 1930, a organização dos operários, que reivindicavam as garantias dos direitos sociais trabalhistas, como o ponto de partida para a conquista de alguns direitos sociais para a classe trabalhadora brasileira (POLIGNANO, 2001).

À vista disso, observando a conjuntura nacional, a Política Pública de Saúde no Brasil desenvolveu-se as margens do posicionamento do mercado de trabalho, no qual a intervenção estatal neste setor visa a manutenção da ordem, por meio das políticas sociais. Desse modo de acordo com Júnior (2006), a gênese da assistência à saúde para a população, advinda do aparato estatal estava direcionada, uma vez que, “[...] Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação” (JUNIOR; JUNIOR, 2006, p. 14).

Em decorrência disso, o marco legal tanto para a política de previdência quanto para a política de saúde, em 24 de janeiro de 1923, é regulamentada as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, através da Lei Elói Chaves. A princípio a lei não abrangia todas as categorias de trabalhadores, sendo criada para respaldar os ferroviários, e em seguida no ano de 1926, abarcou os Portuários e Marítimos, categorias essas, importantes para a economia do país, acordando com Polignano (2001),

Em decorrência disso, o marco legal tanto para a política de previdência quanto para a política de saúde, em 24 de janeiro de 1923, é regulamentada as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, através da Lei Elói Chaves. A princípio a lei não abrangia todas as categorias de trabalhadores, sendo criada para respaldar os ferroviários, e em seguida no ano de 1926, abarcou os Portuários e Marítimos, categorias essas, importantes para a economia do país, acordando com Polignano (2001),

[...] a lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria por oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. [...] as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais. A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores [...] (POLIGNANO, 2001, p. 7).

A Lei Elói Chaves assegurava o atendimento médico ao trabalhador e as pessoas de sua família, medicamentos com preços específicos, assim como pensões por morte e aposentadoria (POLIGNANO, 2001).

Nesta época, a assistência médica previdenciária ocupa na política de saúde, um espaço predominante, no qual inicia uma rede de saúde previdenciária, frisando que são com medidas de ações de saúde individual. Isto implicou, na diminuição das ações de saúde pública, aumentando as ações individuais, no que se refere também ao aumento de investimentos com a assistência previdenciária, visando os vícios da rede privada, conforme enfatiza Braga (1978),

Assim, entre 1930 e 1966, como veremos, esboça-se, desenvolve-se. e enfrenta crises a política e a estrutura do setor de saúde, no Brasil, basicamente organizado em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O sub-setor de saúde pública será, até meados dos 60, o predominante e, nos seus traços fundamentais, é a estrutura então montada e vigente até nossos dias (BRAGA, 1978, p. 15, grifo nosso).

A Política da Saúde no Brasil teve início nos anos de 1930, mais precisamente durante o governo de Getúlio Vargas, e perpassava por três modelos de assistência, sendo eles a assistência pública, praticamente ineficiente, a assistência privada e filantrópica. O modelo de saúde precisava adaptar-se ao novo contexto, no que tange a reestruturação da acumulação do capital à época, o que proporcionou a emergência das políticas sociais, apontado por Bravo (2000),

As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO, 2000, p. 3).

Um dos marcos deste governo, está relacionado a previdência social, em que “as antigas CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nesses institutos os trabalhadores eram organizados por categoria

profissional, e não por empresa” (POLIGNANO, 2001, p. 10). Assim como os CAPs, tornando-se mais abrangentes, os IAPs prestavam a assistência médica aos trabalhadores no período, segundo Junior (2006, p. 14), “[...] O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuíam para a Previdência, ou seja, aqueles com carteira assinada”.

Devido ao governo Vargas ser marco de avanços no âmbito trabalhista, em que se destaca a regulamentação do trabalho e dos direitos trabalhistas através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), de acordo com Polignano (2001),

A crescente massa assalariada urbana passa a se constituir no ponto de sustentação política novo governo de Getúlio Vargas, através de um regime corporativista. São promulgadas as leis trabalhistas, que procuram estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo os direitos sociais ao trabalhador. Ao mesmo tempo, cria-se a estrutura sindical do estado (POLIGNANO, 2001, p. 9).

Nessa perspectiva com a população inserida no sistema produtivo formal, sendo garantido através dos institutos, conseqüentemente segurados pela a assistência médica previdenciária, em contrapartida os investimentos na área da saúde apresentavam-se escassos. A partir de 1930, também é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, desvinculando ao Ministério de Justiça (POLIGNANO, 2001). Algumas medidas estabelecidas no período de 1930 a 1940, ainda esteve adjunta ao modelo campanhista, de acordo com Braga e Paula (1986) apud Bravo (2000), as centrais medidas realizadas foram:

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicas em saúde pública (BRAVO, 2000, p. 10)

O quadro da saúde pública esteve condicionado a mínima intervenção do Estado, que naquele momento focalizou na saúde individualizada, novamente limitando a saúde coletiva, no que tange ao combate as endemias. No decorrer de

1940, ocorreu algumas alterações nas ações públicas no âmbito da saúde, na qual pode-se destacar algumas medidas, sendo elas, institucionalização da saúde, criação de órgãos executivos, programas de abastecimento, atenção especializada para algumas doenças (POLIGNANO, 2001). O contexto supracitado endossa a concretização da Política de Saúde no Brasil, sendo consolidada nos anos posteriores, no período pós-guerra, como ilustra Bravo (2000), “O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a Segunda Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller” (BRAVO, 2000, p. 5).

Para exemplificar, no ano de 1948, desenvolve o chamado Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), substancialmente a saúde estava pela primeira vez inserida em um plano de governo com medidas centrais a serem executadas, porém não houve a efetuação prevista (BRAVO, 2000). Vale salientar que o Plano esteve como um “start”, para a alteração do panorama da saúde, sendo um impulso para desencadear outras ações, que se modifica afundo as condições sanitárias da população. À vista disso, incorporando as perspectivas burocráticas, os médicos foram retirados das decisões sanitárias, colocando na frente dessas situações os próprios políticos.

No fim do mandato de Getúlio Vargas, houve a criação do Ministério da Saúde, em 1953, desarticulando da Educação. O posicionamento do governo assume uma importante postura de enfrentamento das questões da saúde (POLIGNANO, 2001). O direcionamento à saúde ocasionou melhorias no cenário sanitário nacional, no que corresponde as doenças infectocontagiosas que assolavam neste período.

Após a morte de Vargas, o período de transição que lhe sucedeu, permaneceu nos modelos anteriores, dando destaque a medicina liberal, a filantropia, o hospital lucrativo, frisando o interesse comercial que perpassava a saúde, o que ocasionou no fracionamento da assistência à saúde. Os interesses capitalistas adentravam no setor pressionando o Estado, visando às atribuições diretas de financiamento, desse modo favorecendo os hospitais de cunho privado e a formação das empresas médicas, como enfatiza Bravo (2000),

A estrutura de atendimentos hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos de 50, e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, orgânica e sistemática (BRAVO, 2000, p. 4).

A posteriori durante o Governo de Juscelino Kubitschek, a saúde pela primeira vez se tornou foco dos objetivos principais do governo, sendo uma das cinco metas estabelecidas no desenvolvimentismo, projeto do governo conhecido com 50 anos em 5. Com o processo de intensa industrialização, a saúde como alvo dos interesses do mercado passou por um período de expansão. O modelo instaurado nesse período ficou conhecido com Sanitarismo Desenvolvimentista, que estendeu para as zonas rurais, através do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERU, em 1956, Braga (1978) aponta sua funcionalidade, “O DNERU centraliza tanto aqueles serviços de combate a enfermidades endêmicas, antes sob a responsabilidade do DNS, acrescentando também os serviços de combate à febre amarela 1 malária e peste” (BRAGA, 1978, p. 24).

Alguns apontamentos das deliberações no quadro sanitário no Governo de Política-Desenvolvimentista foram: a erradicação do mosquito *Aedes Aegyti* transmissor da febre amarela e a SESP é transformada em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FUSESP, vinculada ao Ministério de Saúde. Ao final dos anos de 1950, o caráter polarizado da política de saúde sobressai, principalmente pela relação com o mercado industrial (BERTOLAZZI; GRECO, 1996).

No período de transição do governo desenvolvimentista ao nacional-reformista, as condições sanitárias da população foram revertidas. Haja vista, que o governo de Juscelino intensificou a relação entre o setor saúde e o capital industrial, e as tensões fomentadas trouxe consequências diretas nas políticas sociais. A higiene social, por exemplo, alvo de críticas intensas e desagrado da população foi executada na época (BRAGA; PAULA, 1987 apud BERTOLAZZI; GRECO, 1996).

As condições sanitárias nos anos 60, foram revertidas, ao adentrar no Governo de João Goulart, o cenário encontrado pelo presidente, era de aumento da

pauperização agravada pelo desemprego, doenças infectocontagiosas assolavam a população e os saneamentos escassos em determinadas regiões. O governo que visava a Reforma Agrária, inseriu a saúde nos objetivos centrais pretendendo executar uma Reforma Sanitária e a intenção de municipalização tem gênese (SOUZA, 2015).

Considerando as explanações de Souza (2015), a autora refere-se ao contexto do 3º Congresso Nacional de Saúde realizada em dezembro de 1963, trazendo o quadro sanitário e o Plano Nacional de Saúde, incorporadas no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social desde dezembro de 1962. Vale ressaltar que as reformas do governo Jango, visava a saúde como uma das matrizes, no que corresponde a prioridade de elevar a os níveis de pobreza da população, as condições postas eram:

No quadro sanitário brasileiro, a endemia com mais alta dispersão, de acordo com levantamentos de 1961, era a ancilostomose, calculando-se, com base nos inquéritos realizados na época, em aproximadamente 50 milhões os indivíduos portadores de helmintos, com variável grau de infecção. As diarreias infecciosas eram consideradas um dos principais problemas de saúde pública, responsáveis pela maior parte dos casos de mortalidade infantil. Elas ocasionavam, anualmente, em média, de 110 a 140 mil óbitos de crianças de até um ano. No Nordeste, eram também a principal causa de morte, entre a população adulta (SOUZA, 2015, p. 9).

Em 1964 se instaura o Regime Militar no Brasil, os militares de maneira arbitrária interviram no governo de João Goulart, preconizando interromper a pretendida Reforma Agrária como também, uma Reforma Sanitarista a qual visava as perspectivas do governo. Buscando a legitimidade do Governo, no Regime Militar ocorreram diversos avanços na área das políticas sociais, enfatizando que as bases das suas concepções estavam relacionadas com o seguro social, destoando da seguridade social, conforme Polignano (2001) Assim, que dentro do objetivo de buscar apoio e sustentação social, o governo utiliza do sistema previdenciário. Visto que os IAP's eram limitados a determinadas categorias profissionais mais mobilizados e organizadas política e economicamente, o governo militar procura garantir para todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes os benefícios da previdência social (POLIGNANO, 2001, p. 14).

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, partindo do princípio de unificar a previdência social, o governo outorgou a continuidade dos

serviços e benefícios prestados nos IAP's, desse modo incluindo a assistência médica (POLIGNANO, 2001).

No que se refere às ações na saúde, foram desenvolvidas Decreto Lei 200 (1967), em relação as competências do Ministério de Saúde; Em 1970 criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública – SUCAM; Em 1975 instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que dissociou a medicina preventiva como competência do Ministério da Previdência, o tornando responsabilidade do Ministério da Saúde (POLIGNANO, 2001).

Com poucos recursos para desenvolver as ações de saúde, “[...] o Ministério da Saúde se tornou muito mais um órgão burocrata-normativo do que órgão executivo [...]” (POLIGNANO, 2001, p. 16), resultando assim em uma perspectiva que perdura até a configuração atual, a medicina curativa, que reforçava na época um parâmetro hospitalocêntrico (informação verbal) . A partir de 1976, com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, foi permitida a entrada dos técnicos do movimento sanitário, incorporando o aparelho estatal, o programa foi estendido por todo território nacional (POLIGNANO, 2001).

Ainda em 1976, durante a ditadura é fundado o órgão que seria a gênese do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRBS, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, cujo esteve como a resistência perante a Ditadura Militar. Através dos debates gerados pelos médicos e estudantes de medicina, engendra ideias que foram difundidos na 8ª Conferência de Saúde em 1986 (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006, p. 15)

Afirmando as perspectivas supracitadas em 1978, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, sobressaindo uma óptica da medicina curativa. O período acima referido, em que o regime militar estava instaurado no país, abarcou um forte caráter clientelista, paternalista e conservador, na qual era inexistente uma perspectiva universal, o que reforçou a perspectiva de seguro social fortalecida durante os governos ditatoriais.

Com declínio da Ditadura Militar, que perpassou por uma crise econômica e política, que apesar de avanços no âmbito das políticas sociais, não obteve eficaz na proteção social, que se configurava como fragmentada e extremamente desigual. As ações de saúde, por sua vez, sendo subfinanciadas, não resolveu os problemas de

saúde pública, o colocando no âmbito predominantemente privado (PAIM et al., 2011).

Em suma, no setor saúde os projetos estabeleceu-se de maneira retrograda, uma vez que, os interesses do mercado internacional, refletiram nas ações internas, no que tange as políticas sociais. Em contrapartida, ocorreu uma expansão da Política Previdenciária vinculado ao setor privado, fortalecendo a privatização das instâncias estatais. As ações curativas, vistas em função da expansão da hospitalização foram ampliadas, por sua vez, em detrimento das ações coletivas. Ou seja, a saúde pública nessa época esteve estagnada.

Conforme Polignano (2001), no período de transição democrática, na qual o Brasil passava por uma efervescência dos movimentos sociais, impulsionados pela luta em prol do voto direto, o Movimento Diretas Já, ainda foi criado um projeto interministerial. As Ações Integradas de Saúde – AIS, criada em 1983, visava a integração da previdência, saúde e educação, em que “[...] a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários” (POLIGNANO, 2001, p. 20).

Ao momento em que, perante a história da política pública de saúde no Brasil, é inato refletir sobre as suas ações fragmentadas, fruto da formação da sociedade brasileira, tendo em vista a forma na qual as políticas sociais são reproduzidas, amenizando as tensões sociais existente e demonstrando um caráter compensatório. As ampliações exigentes durante o período ditatorial reforçam a dependência econômica externa, e a manutenção da ordem capitalista, visto que, ocorria a tentativa de legitimação através das políticas e repressão da população.

Considerando o período de redemocratização, em que no final dos anos de 1970 e início de 1980, lutava pelo fim do regime militar e pelo retorno da democracia, visando também os avanços dos direitos sociais, enfatizando o direito à saúde. Nesse âmbito, baseados de concepções reformuladas, os intelectuais sanitaristas abordavam novas perspectivas que intencionava um sistema universal de saúde, como afirma Conceição (2009), “O projeto de Reforma Sanitária pressupunha uma sociedade efetivamente democrática, vinculada a ampla reforma do Estado que garantisse direitos de cidadania, desaguando em mudanças estruturais no modelo de atenção à saúde” (CONCEIÇÃO, 2009, p. 207).

Desse modo, no momento de abertura política, entre os movimentos sociais que reivindicavam os direitos sociais, estava inserido o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, buscando melhorias na saúde pública brasileira, como afirma (PAIM et al., 2011) ” A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.” (PAIM et al., 2011, p. 18).

O contexto que emergia reformulação estrutural, uma vez que, o caráter predominantemente conservador, nos revela sua resignação e dependência do mercado. Estes traços juntamente com o patriarcado e coronelismo vigente, são evidentes nos mecanismos de saúde pública. Os entraves repercutem no assentamento da “questão social” fortemente presente, que impulsiona os determinantes da saúde, no entanto sendo resguardada quando incorporada ao cidadão como um sujeito de direitos sociais, detentor de direito e atendimento público garantido pelo o Estado.

Em meio ao processo de redemocratização, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira se fez primordial para decisiva que determinou a Constituinte de 1988, a partir dela foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi em 1986 que o movimento organizado em prol da saúde no Brasil, invadiu a VIII Conferência Nacional em Saúde, realizada em Brasília, como resultado dessa participação tem o relatório que embasou a Constituinte, como explicita Bravo (2000):

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial (BRAVO, 2000, p. 9).

Assim, como a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde inserida no tripé da seguridade social, passa a ser “a saúde direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988), regulamentada através dos artigos constitucionais 196 a 200. Posteriormente sendo regulamentada através da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 1990 e a Lei do Controle Social 8.142/1990. A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 1990 discorre sobre as condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde, garantindo pelo Estado através do SUS, a lei traz em seu artigo

1º “[...] regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (BRASIL, 1990).

Ademais, nos capítulos explícita os princípios e diretrizes, bem como, as distinções que abrangem os subsistemas, financiamento, objetivos e atribuições, a organização das gestões, dos recursos humanos e responsabilidade dos serviços privados, além das outras especificidades.

Posteriormente na Lei do Controle Social 8.142 de 1990, que em seu artigo 1º traz, “O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I a Conferência de Saúde; e II o Conselho de Saúde” (BRASIL, 1990). A regulamentação dos Conselhos e Conferências como órgãos deliberativos, estão asseguradas através da Lei, fortalecendo a participação social nas decisões na referida instância de saúde.

O SUS englobando seus princípios ocasiona uma nova estruturação da política de saúde no Brasil, constituindo um marco histórico de seus avanços. Os seus princípios são, a universalidade, integralidade, equidade, participação social, que visa a hierarquização e a descentralização da gestão. Em concordância com Andreazzi (2016), “A Constituinte de 1988 convergiam muitas tendências na formulação do capítulo da Saúde como direito de todos e dever do Estado e na construção de um sistema único de saúde universal, gratuito e participativo” (ANDREAZZI, 2016, p. 76).

Entretanto, vale ressaltar que a reforma da política de saúde no Brasil passou por dois momentos nos anos de 1990, uma vez que o quadro político foi alterado pós eleições. As mudanças no âmbito da saúde começam a acontecer de maneira viesada, mesmo o SUS abarcando as inovações tecnológicas necessárias, isso desencadeia a partir de 1996 uma Reforma Sanitária “Flexibilizada”. Enfatizando a forma de organização através das, “Norma Operacional Básica, que trata da edição de normas operacionais para funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/90, NOB 01/93, NOB-SUS 01/96 [...]”. Com vistas a orientar o processo de descentralização da gestão, faz-se necessário a elaboração das NOBs:

[...] o processo de descentralização e seu gerenciamento são negociados e deliberados por Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Todas as propostas para a implementação operacionalização do SUS passam por essas instâncias, nos níveis municipal, estadual (Comissão Intergestores Bipartite) e Nacional (Comissão Intergestores Tripartite) (BRASIL, 2016 apud FINKLER; RIBEIRO, 2014 p. 74)

A NOB 01/96 apresentou-se de suma importância para a municipalização, teve sua implementação a partir de 1998, definindo as modalidades de gestão, deveres dos gestores municipais, cujo responsabiliza aos serviços englobados pelas instâncias. Através das Normas Operacionais, a forma ao qual foram distribuídos os serviços prestados, no que tange, a Baixa, Média e Alta Complexidade.

A priori, para refletir também a Reforma Sanitária Flexibilizada, é imprescindível estabelecer que o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos de 1980, foi fundamenta a construção do texto da Constituição Federal de 1988. A defesa e idealização do Sistema Único de Saúde (SUS), que prima por uma saúde universal, um direito que deve ser garantido pelo Estado. As mudanças no âmbito da política da saúde, perpassa primordialmente na implantação do SUS em 1990, que através de suas diretrizes, equidade, universalidade, integralidade, participação social, a descentralização visava um projeto estruturado que redimensionasse à saúde de forma ampla e democrática.

Referindo as noções postas na Lei nº 8.080/1990, que corresponde aos princípios e diretrizes dispõe que “I universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II integralidade de assistência, entendida como junto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos [...]” (BRASIL, 1990).

Os princípios centrais do SUS norteia suas ações, uma vez que preconiza a justiça social e deve seguir a mesma doutrina em dimensão nacional, sob a responsabilidade das três esferas de governo federal, estadual e municipal. Através do sistema é possível a articulação entre os serviços, com a finalidade abrangente de garantir o acesso a saúde para todos, sem distinção de etnia, crença, orientação sexual, por exemplo. Assim, constitui a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao refletir nos marcos legais da Política de Saúde, constata-se a nova perspectiva que o setor saúde incorporou na pós-constituição, consolidando um avanço em nível mundial, que ao mesmo tempo, encontrou impasses para a sua concretização. Devido aos diversos fatores como, um país acarretado por uma urbanização acelerada, conseqüentemente alterações epidemiológicas, despreparo dos profissionais e aprofundamento da desigualdade, condicionam a efetivação do SUS.

Todavia, essa perspectiva inicial que foi idealizada, o chamado “SUS Legal” (Termo extraído do texto Luta pela Universalidade da Saúde, da autora Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, de 2016), no momento de sua implementação deparou-se com uma conjuntura adversa. No Brasil, em 1990 ocorreu o início da implantação da agenda neoliberal, que findou o pacto político anterior, justamente o único que defendia o projeto SUS. Na conjuntura da perspectiva neoliberal, ocorre uma refuncionalização do Estado, que incorpora as demandas do mercado em detrimento das políticas sociais, que segundo com Krüger (2014) “Ficou evidente sua fragilidade e quase desativação para enfrentar o desfinanciamento, a desregulamentação, a desconcentralização e recentralização da implementação do SUS.” (KRÜGER, 2014, p. 4).

Compreendendo tal perspectiva, na saúde a Reforma Sanitária será impactada com a ofensiva neoliberal, na qual reforça a relação público e privada, aprofundando o modelo privatista. A gestão do SUS nesse momento não compõe uma defesa do projeto, o que se estende na sua materialização, o que aborda o debate da inviabilidade de concretização do SUS Legal, dando efetividade ao SUS Real. A reforma sanitária flexibilizada justamente se caracteriza na mudança das perspectivas antes idealizadas, na qual os intelectuais que defendiam o SUS passam, a redirecionar seus discursos em relação ao projeto, ressaltando a falta de estrutura para a sua viabilidade.

Os pactos políticos que sucederam a Constituição, não sustentaram a defesa do projeto SUS, implicando na desqualificação da gestão dos estados e municípios. Ao tempo em que o poder e responsabilidades acerca da saúde foram descentralizadas, não obtive na mesma escala os recursos financeiros para o orçamento da saúde, que compreende a efetivação dos planos, programas e projetos.

## 1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE DOS ANOS 1990 À CONTEMPORANEIDADE

Segundo Telma Menicucci (2009), existe no Brasil o sistema dual, que incorpora dois segmentos, sendo eles público-estatal e o privado, este sistema se desenvolveu mediante as condições pela à saúde universalizada que se instalou no Brasil. Na década de 1990, a implementação dos serviços postos na Constituição Federal, através do Sistema Único de Saúde, entretanto ao mesmo tempo, a crise que perpassa acarretou o início da ofensiva neoliberal e o redimensionamento do projeto vigente na sociedade brasileira, que defendia a universalização das políticas sociais, bem como, o dever do Estado de garantir o acesso da população, por meio dos serviços públicos.

O argumento associado a Reforma Sanitária Flexibilizada está atrelado ao fortalecimento do mercado, que rompe com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, findando em uma perda da radicalidade democrática. A “contrarreforma” advinda do Estado estabelece uma gestão que despolitiza a questão da saúde, até na composição enviesada na seguridade social considerando a concepção de seguro social (KRÜGER, 2014).

Ao se adequar ao projeto do neoliberalismo, a reforma sanitária brasileira passou por uma acomodação, que reflete nos programas implementados a partir de 1990, e repercutiu diretamente nos problemas instaurados no SUS. O SUS foi redimensionado para exprimir o caráter de focalização e privatização, que as políticas sociais são condicionadas no neoliberalismo. Nesta lógica, aponta Conceição (2009)

Percebe-se que esse projeto de ruptura e construção de um padrão de intervenção estatal, calcado num agenda redistributiva e universalista, vai contra a construção da cidadania historicamente desenhada no Brasil, de caráter paternalista, clientelista, patrimonialista, marcada pela ausência de um projeto nacional que dirigisse à questão da desigualdade, característica de um país marcado pela heterogeneidade estrutural (CONCEIÇÃO, 2009, p. 208).

Em relação a sua concretização, o SUS perpassa por quatro principais problemas, sendo eles; a relação público/privada em que o modelo privatista

assume um caráter principal e não complementar, um vez que, o público não funciona acarretando na judicialização da saúde; o pacto político que o sustentava é rompido, dando vez a gestões adversas a sua concretização; a gestão, por sua vez apresenta grande déficit, visando a falta de capacitação dos próprios gestores; e a corrupção que retira os recursos financeiros, sonegados em meio ao processo, também não subsidiando os aparatos necessários (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

No mandato de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), a saúde passa por um processo de despolitização, em meio a uma desarticulação da saúde com a seguridade social, isso ocorre devido a expansão da saúde nesse período está atrelada a tutela do mercado, acordando com Krüger (2014),

Os Governos Collor e Fernando Henrique Cardoso por toda década de 1990, com diferentes modalidades, questionaram as aspirações democráticas da década de 1980 e a Constituição de 1988 e as colocaram como empecilho à governabilidade. Apesar do zelo ideológico do neoliberalismo em realizar este movimento em nome de numa suposta abertura comercial e concorrência internacional, modernização, desregulamentação e desenvolvimento de novas tecnologias, o que se evidenciou foi um amplo dogmatismo econômico, assumido pelos representantes do capital (KRÜGER, 2014, p. 3).

Durante a efetivação do SUS ocorreram vários desmontes e sucateamentos, uma vez que, o projeto idealizado não se manteve, sendo instaurada a Reforma flexibilizada. Tal acontecimento se sucedeu devido a conjuntura neoliberal no Brasil, supracitada, que se configurou sob ataques e medidas de retrocesso aos direitos conquistados pela classe trabalhadora, incluindo a atenção universal à saúde através do Sistema Único de Saúde.

Nos governos de Lula (2003-2011), a política de saúde perpassou por diversas inovações, no entanto as mesmas eram aplicadas em uma perspectiva de repolitização da saúde, que foi característica principal no que se refere a seguridade social, nos anos 2000. Os programas preconizavam os determinantes das doenças, visando a promoção e prevenção, sem abdicar do caráter da medicina curativa que rege no país. Além da permanência dos entraves para a implementação das diretrizes do SUS, através da expansão do modelo privatista de saúde, do subfinanciamento da política, acarretando também o debate em torno da judicialização da saúde (MENICUCCI, 2011).

As ações do governo perpassam as inovações setoriais, como implementação de alguns programas, sendo elas de caráter incremental, características do projeto de Reforma Sanitarista Flexibilizada. Como ampliação da Estratégia Saúde da Família, criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DTS/AIDS entre outras implantadas no primeiro e segundo mandato. Sem reduzir a importância que os programas criados e ampliados nos governos Lula (I e II) teve para a população, é preciso frisar o caráter focalizado que perpetuou “nessa perspectiva, a focalização na saúde emerge no interior de uma concepção universalista, como estratégia de implantação da universalização como um direito” (MENICUCCI, 2011, p. 525).

Desse modo, em concordância com Menicucci (2011), “[...] o governo Lula foi mais inovador na sua atuação sobre os condicionantes da saúde do que no aspecto endógeno da política de saúde” (MENICUCCI, 2011, p. 524), na medida em que é possível visualizar nas ações dos seus mandatos as parcerias com as Organizações Sociais (OS) e as privatizações ocorridas.

A partir das prerrogativas consideradas dos governos que regiram o Brasil, a política de saúde perpassa por algumas características contundentes, estejam elas ligada primordialmente aos interesses do mercado externo e interno. Assim, perdura também os embates dos projetos que visam a universalização da política de saúde, e a privatização da saúde. Atualmente no governo interino, os ataques sofridos pela seguridade social, em meio a implantação radical do projeto do neoliberalismo aproxima-se mais de uma saúde focalizada, seletiva, buscando minimizar a participação do Estado na garantia dos direitos sociais.

Os Governos do Partido dos Trabalhadores – (PT), abordando um projeto chamado por social-liberal, uma vez que, emprega medidas de concessão do aparato estatal, direcionado para as políticas sociais e a manutenção da acumulação do capital, advindo dos acordos com os empresários. Nesta lógica, propõe no setor saúde o reajuste da Política de Saúde, na perspectiva do novo-desenvolvimentismo, uma vez que, a privatização no âmbito estatal não cessa, dando lugar as intensificações da relação público/privado, cujo o privado sobressaí, na medida em que ocorre o sucateamento das instâncias públicas (SILVA, 2017).

As implantações no setor saúde nos governos de Dilma Rousseff (2011-2016), esteve na continuação do novo-desenvolvimentismo, entretanto executando até seu impeachment em 2016. Uma luta de ideias, valores e projetos caracterizam o contexto ao qual o Brasil se insere em 2016, perpassado por uma crise política e econômica, no auge da Lava Jato incorporada de interesses conflituosos da elite brasileira, ocorre o considerado por alguns autores, o Golpe Democrático de 2016, o qual nos revela o poder de parcela da população, como atores de uma política arbitrária, impulsionada devido a pequena ascensão promovida pelas políticas de distribuição de renda, o que não afetou o lucro das grandes empresas, no entanto, a chamada classe média permaneceu estagnada motivo de descontentamento. Neste sentido, Jessé de Souza (2017), afirma

[...] esse golpe foi reacionário, ou seja, uma reação de cima à pequena ascensão social de setores populares, o decisivo é compreender a ação das classes do privilégio: a elite do dinheiro e a classe média e suas frações. [...] O golpe de 2016, como aliás todos os outros, foi gestado e posto em prática pela elite do dinheiro e cabe analisar e perceber seus motivos e compreender a ação de seu “partido político” específico a imprensa (SOUZA, 2017, p. 154).

Dessa forma, o impeachment de Dilma Rousseff acusada de crime de responsabilidade, até os dias atuais pouco esclarecido, decorreu de um processo de acontecimentos que permearam a sociedade brasileira, sendo fatores substanciais a compreensão da inserção da dívida pública. Os capitalistas brasileiros buscando atender seus interesses e sobrepassar a crise apontando as consequências para a classe trabalhadora.

Ademais, as ações executadas nos governos supracitados, se intensifica com o governo do Presidente interino Michel Temer, houve a intensificação da agenda neoliberal. O caráter regressivo, de ataque aos direitos sociais permeia sobre os parâmetros realizados pelos projetos do governo, exemplificando com a Proposta de Emenda Constitucional – PEC 241/55, que visa o congelamento dos gastos públicos, atingindo diretamente os investimentos à saúde e educação, as consequências são preocupante e se abrangem tanto ao alcance quanto a qualidade dos serviços da rede pública que garantem o acesso público e o universal, das

políticas atingidas. De acordo com Silva (2017), na agenda neoliberal as políticas sociais são impactadas pelos seguintes aspectos, a focalização, descentralização da gestão, e a privatização, apontando

A partir da contrarreforma do Estado proposta pelo BM as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado (SILVA, 2017, p. 36).

O projeto do Estado que visa a radicalização do Neoliberalismo, amplia as fronteiras da privatização das instâncias governamentais, bem como, as instituições que oferecem a saúde pública, recendido gradativamente as verbas direcionadas para a Política de Saúde. Os ataques a saúde pública tornam-se visível ao adentrar os hospitais da rede, ao qual faltam recursos básicos de atendimento e higienização dos usuários e profissionais do serviço, o déficit inicia-se pela própria atenção básica ineficiente.

Um condicionante histórico por exemplo, é justamente o enfraquecimento nos investimentos em saúde pública e a concentração nas ações individuais, o que ocasiona o fortalecimento da medicina curativa em detrimento da medicina preventiva remontando à traços históricos do próprio desenvolvimento da política de saúde. As ações de atenção à saúde, que visam a promoção, proteção e recuperação são diretamente acometidas por problemáticas, fortalecidas por intervenções governamentais supracitadas.

De modo geral, os entraves enfrentados por esse sistema vinculam-se a relação ao qual as políticas de governo se desenvolvem, na perspectiva quem englobam o financiamento, a própria relação público/privado, ao pacto político, a gestão descentralizada e a corrupção. À vista disso, corroboram para o processo de judicialização da saúde, na qual, a população em busca do acesso necessita de recorrer à justiça. Os serviços públicos de saúde mais complexos, medicamentos de

alto custo, uma vez que, a prestação de serviço é executada de forma insuficiente, tornando-se problemas do executivo.

Logo, nesta perspectiva a política pública de saúde no Brasil, acometida por problemáticas atinge diretamente a classe trabalhadora, os usuários dos serviços públicos de saúde. Ademais, os cortes nos investimentos abrangem as políticas nacionais específicas aos quais necessitam de atenção particular, por exemplo, a Política Nacional de Enfrentamento ao HIV. Ao trato das pessoas que vivem com HIV, o Brasil esteve durante anos como um modelo mundial, no que tange aos avanços na medicina e nos direitos sociais, entretanto, o déficit de investimentos a determinantes sociais de saúde atinge diretamente a expansão do HIV.

## **CAPÍTULO 2: PANORAMA DA AIDS NO BRASIL E AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO**

O objetivo deste capítulo baseia-se em traçar uma contextualização dos aspectos que englobam a epidemia de HIV/AIDS, dispor das problemáticas e avanços acerca das características e especificidades da patologia, considerando uma abordagem histórica direcionada para a apreensão do seu impacto social. Nesta lógica, o primeiro subtópico busca adentrar no aspectos relativos a transmissão pelo HIV, teorias, historicidade da doença e a dimensão mundial nos anos iniciais.

Com vistas a ampliar a compreensão acerca desse debate, no segundo subtópico destaca-se os avanços e problemáticas no enfrentamento a epidemia, abarcando uma contextualização dos aspectos em nível nacional. Esse resgate objetiva englobar a abordagem e o tratamento ofertado às pessoas com HIV no âmbito das políticas de atenção à saúde, discutir a relação de determinado “grupo de risco” com os estigmas sociais postos, além de identificar as motivações que resultam no preconceito e discriminação.

Na sequência o terceiro subtópico explana as conquistas e direitos sociais referente ao enfrentamento do HIV, bem como, as legislações e proteção social. O arcabouço utilizado proporciona a compreensão, sobretudo, dos avanços de tratamento e evolução da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, ademais, apontando os seus aspectos contemporâneos e apresentando os dados que as fundamenta.

### **2.1 ALGUNS ASPECTOS RELATIVOS A CONTAMINAÇÃO PELO HIV**

Em âmbito mundial, o contexto dos anos de 1980 esteve marcado por avanços correspondente ao ramo das ciências da saúde, sobretudo dos estudos direcionados a prevenção e trato de doenças infecciosas que foram encontrando eficácia na maioria dos diagnósticos e controle das doenças. Em contrapartida a esse cenário, o surgimento da Aids, no início da década, despertou diversas problemáticas e debates acerca de temas polêmicos na sociedade, devido as características iniciais da epidemia.

Foi identificado nos Estados Unidos os primeiros casos de Aids no mundo, e que em pouco tempo, se expandiu por diversos países. A origem da sigla Aids parte da língua inglesa, sendo originada no termo Acquired Immunodeficiency Syndrome e traduzida para o português como, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), a doença que assolou a população mundial ainda no século XX, acarretando inúmeras mortes e é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Logo no início da transmissão, a doença foi marcada por forte estigma social, visto que, a forma de transmissão mais recorrente seria através da relação sexual.

No ano de 1982 a Aids estava em 14 (quatoze) países, sendo classificada como uma epidemia. A descoberta do HIV desenvolveu-se no ano seguinte, e os cientistas mostravam se confiantes para desenvolverem a “cura”. O surto da doença preocupava toda a sociedade nesse período, desse modo, ocupava lugar de destaque na mídia, que estiveram a cargo de perpetuar os estigmas das doenças, aplicando juízo de valor, o que contribuiu para a rotulação da Aids relacionada com a promiscuidade (GUÉRCIO, 2005).

As primeiras manifestações publicadas identificavam a doença como “Câncer Gay”, originado do Gay Related Infection Disease (GRID), que classifica um “grupo de risco” acometido pela patologia, correspondente aos casos vinculados com os homossexuais. Desde então, a discriminação com a população LGBT, devido a doença se intensifica, os condenando e categorizando a própria Aids como um “castigo divino”, ou consequência dos próprios devaneios sociais (GUÉRCIO, 2005).

Todavia, ainda no ano de 1982, frisando as rápidas evoluções acerca da doença, o chamado “grupo de risco” descentralizou, considerando que poderia atingir tanto a homens heterossexuais, como as mulheres e as crianças. Mesmo com as dimensões do público de risco ampliadas, era enfatizado as ocorrências em

situações específicas, sendo a comunidade LGBTs, usuários de drogas e as profissionais do sexo, direcionados por muito tempo, ao determinado “grupo de risco”.

Nesta perspectiva, os homossexuais foram fortemente atacados durante o início da epidemia, disseminando como uma “doença gay”, de acordo com Laurindo e Teixeira (2015),

Desde então, a aids se tornou notícia quase cotidiana na grande imprensa e na chamada imprensa marrom. Durante todo o ano de 1983, indistintamente, essas duas categorias de imprensa publicaram reportagens nomeando a aids, ora “doença que atinge os homossexuais”, ora de “câncer gay” ou “peste gay”, denominações colhidas na imprensa norte-americana e reproduzidas pela imprensa brasileira. Algumas dessas publicações deram margem a notícias sensacionalistas, semeando pânico na população. Outras eram de cunho moralista e discriminatório em relação aos grupos mais atingidos na época (LAURINDO; TEIXEIRA, 2015, p. 40).

Em decorrência destas condições, o HIV/AIDS tornou-se uma doença associada ao rompimento com os princípios morais imponentes na sociedade, sendo alvo de preconceito, moralismo e discriminação. Ademais, traz consigo discussões amplas sobre sexualidade, gênero, sexo, drogas, etc., constituindo-se como um fenômeno social que difunde os comportamentos considerados implícitos. Sobretudo, um apontamento relevante sobre debates impulsionados pelo HIV, refere-se aos avanços acerca da ética em pesquisas com seres humanos, ampliados no mesmo período.

Nesta lógica, anos posteriores, em virtude da acelerada pandemia do HIV/AIDS, ocorreram os primeiros avanços acerca do vírus, um dos marcos foi a I Conferência Internacional de Aids em Atlanta, no ano de 1985, cujo 51 países veiculavam os casos de Aids que assolavam sua população. No ano posterior ocorreu a II Conferência Internacional de Aids, em Paris, no qual foram divulgados os primeiros experimentos com AZT, o primeiro antirretroviral (GUÉRCIO, 2005).

Considerando o tratamento, segundo Greco (2016), “Em 1987, o primeiro alento, se comprovou a queda da mortalidade com o uso de Zidovudina (AZT), abrindo o caminho para o tratamento do HIV” (GRECO, 2015, p. 1555), os medicamentos abordam um aspecto que não interrompem ou cessão a multiplicação do vírus no organismo, porém, intervêm no enfraquecimento do sistema imunológico. Os antirretrovirais apresentaram-se substancialmente relevantes, uma vez que, melhoravam a qualidade de vida da pessoa com HIV/AIDS, em contrapartida seus efeitos colaterais e intolerância de alguns usuários, implicaram na evolução gradativa dos medicamentos, sendo o segundo a Didanosina (DDI), no ano de 1989 (GUÉRCIO, 2005).

Como o vírus HIV tem características fortemente destruidoras, uma vez que, o vírus ataca as células de defesa do corpo, denominadas como linfócitos T CD4+. Nesta lógica o sistema imunológico da pessoa infectada é enfraquecido, e o desenvolvimento do vírus no organismo acontece por etapa. Antes de explanar tais etapas, considerando as formas de transmissão, o tabu que envolve o HIV/AIDS está centrado na contaminação através da relação sexual e intensificada pelo julgamento moralista dos atos e sexualidade (BRASIL, 2017).

À vista disso, a transmissão pode ocorrer através do sexo vaginal, anal e oral, sem a utilização do preservativo (sem camisinhas), uso de seringa compartilhada, transfusão de sangue, instrumentos que furam ou cortam não esterilizados (ambos contaminados) e através da transmissão vertical, que refere a mãe infectada que transmite para o filho, sendo no parto ou na amamentação. Ou seja, o vírus situa-se tanto no sangue, quanto na secreção vaginal, no sêmen e no leite materno, ou seja, nos fluidos corpóreos (BRASIL, 2017).

As primeiras manifestações de exposição ao vírus implicam-se na fase de infecção aguda, ao qual o vírus começa a atacar o sistema imunológico, ocorrendo a incubação do HIV. Este período de acomodação do vírus no organismo, pode prolongar de 3 a 6 seis semanas, tendo em vista que após a infecção os anticorpos anti-HIV são produzidos em cerca de 30 a 60 dias. Os sintomas iniciais de mal-estar e febre podem ser confundidos facilmente com uma gripe comum (BRASIL, 2017).

Na segunda fase, denominada de período assintomático ou latência clínica, o vírus instalado no organismo se mantém em constantes e aceleradas mutações,

etapa ao qual interagem com as células de defesa. No entanto, o enfraquecimento do organismo é gradativo, e nesta fase não ocorre o perigo de novas doenças, uma vez que, o vírus apresenta seu amadurecimento e morte de forma equilibrada, que pode durar cerca de dez anos, considerado também, o período de latência da doença (BRASIL, 2017).

As novas doenças supracitadas, consideradas doenças oportunistas estão englobadas como uma característica particular da patologia desenvolvida pelo vírus HIV, uma vez que, o ataque as células de defesa diminuem a imunidade o que ocasiona o enfraquecimento do organismo. Na fase sintomática, as células de defesa são acometidas até sua completa destruição, fomentando o estado mais avançado da doença, a particularidade dessa fase está na redução da T CD4+, implicando se manterem abaixo de 200 unidades por mm<sup>3</sup> no sangue, uma redução exacerbada considerando que um adulto normal deve ter entre 800 e 1.200 unidades (BRASIL, 2017).

Os sintomas habituais desta fase são: febre, diarreia, suores noturnos, emagrecimento, as características se tornam mais visíveis fisicamente, indícios que indicam o estágio mais severo da doença, fomentando na Aids. Através do teste rápido, pode-se obter o diagnóstico da doença, a pessoa que esteve exposta a uma situação de risco, como sexo desprotegido, deve procurar uma Unidade de Saúde, Centros de Testagens e Aconselhamentos (CTA)<sup>14</sup>, ou Serviços de Assistência Especializada (SAE), que ocorre através da coleta do sangue ou por fluido oral. Os meios facilitadores englobam o HIV para mais que rápido seja diagnosticado, existe o Disque 136, a serviço para que seja acessível a informação dos locais dos testes rápidos (BRASIL, 2017). A testagem ocorre no período da janela imunológica, e o vírus pode ser detectado acerca de pelo menos 30 dias, no que corresponde ao intervalo da situação de risco. Em casos do diagnóstico positivo, o usuário é encaminhado para iniciar o tratamento com os antirretrovirais (ARV)<sup>15</sup> e o acompanhamento regular da equipe de saúde, bem como, prosseguir nas recomendações médicas (BRASIL, 2017).

O Brasil é um país pioneiro na distribuição dos medicamentos através da rede pública de saúde, uma vez que, possibilita o acesso ao tratamento de uma parcela específica da população (BRASIL, 2017). Nesta lógica, o país esteve interligado com os avanços decorrente do tratamento do HIV, estando inserido entre os países

pesquisadores, fortalecido pelas singularidades que a epidemia apresentou no âmbito nacional, mais precisamente os fenômenos de a “pauperização”, “feminização” e “interiorização”, abordados posteriormente.

## 2.2 SURGIMENTO DA AIDS NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS

A epidemia de HIV/AIDS em âmbito nacional desenvolve-se refletindo particularidades da formação sócio histórica brasileira, tendo em vista que suas dimensões continentais com discrepâncias sociais e econômicas, são condicionalidades na propagação entre a população. Considerando os últimos trinta e oito anos, da manifestação dos primeiros casos do HIV, o Brasil conduziu o enfrentamento como exemplar e perpetuando diversos avanços, entre eles assertivas e problemáticas que contextualizam os impactos da Aids (GRECO, 2016).

Com vistas a difundir os aspectos de enfrentamento da epidemia por parte do Estado Brasileiro, sobretudo, vale ressaltar como ocorreu a trajetória do HIV/AIDS em nível nacional. No Brasil, os primeiros casos permeio o início dos anos de 1980, neste sentido, os casos publicados pela mídia intitulado com “câncer gay”, esteve sendo perpetuado em 1983. Desse modo, no mesmo ano foi organizado o primeiro Programa de Controle e Prevenção da Aids, no Estado de São Paulo, através da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids (GUÉRCIO, 2005).

A priori, as discussões propagadas pelo HIV/AIDS, esteve inserida em aspectos mais amplos e foi chave na disseminação do acesso a informação, incentivo a verbas destinadas para a pesquisa, desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas, além do incentivo a ciência e olhar sobre as condições sociais e econômicas de parcela da população (GRECO, 2016).

Na década de 1980, o Brasil perpassava por uma renovação do seu quadro político, e uma demarcada luta pelos direitos sociais, no contexto do HIV/AIDS, os militantes homossexuais se colocaram a frente das lutas pelos direitos das pessoas que vivem com HIV, através de movimentos organizados. Segundo Laurindo e

Teixeira (2015), os ativistas defenderam suas causas juntamente com os profissionais da saúde, o fato era que a Aids, era uma ameaça até então desconhecida e a detinha um “público alvo”.

Dessa forma, é possível ressaltar a relevância desse segmento para os aprofundamentos acerca do vírus no Brasil, devido ao impulso dado pelos movimentos da comunidade LGBT, tornou-se possível o pioneirismo do país em relação ao tratamento do HIV. Uma das particularidades observadas no início da epidemia, justamente está no perfil social das pessoas que contraíram o vírus, geralmente concentrado na elite brasileira, o que influenciou na contactação dos órgãos governamentais, como explícita Laurindo e Teixeira (2015),

O perfil social das pessoas que procuraram a Secretaria da Saúde teve sua importância. Elas constituíam a nata da comunidade homossexual. Eram pessoas de talento e bem-sucedidas em diversas áreas, que se dispuseram a colocar o seu prestígio a serviço da comunidade. Por suas projeções sociais, foram capazes de pressionar os órgãos governamentais de saúde a agir contra a doença. Sem a iniciativa dos ativistas, as respostas da saúde pública brasileira para o controle da epidemia provavelmente não teriam sido tão precoces (LAURINDO; TEIXEIRA, 2015, p. 50-51).

Na óptica das relações sociais, o HIV/AIDS implicou na estigmatização das pessoas que vivem com HIV, uma vez que, a sociedade sugere estereótipos advindo do considerado “grupo de risco”, abordado anteriormente. Resgatando o conceito de Goffman (1975) acerca de estigma, Siqueira e Cardoso (2011) refletem sobre o processo de estigmatização, apontando que “[...] não ocorre devido à existência de atributos em si, mas pela relação incongruente entre os atributos e estereótipos. Os normais criam os estereótipos distintos dos atributos de um determinado indivíduo, caracterizando, portanto, o processo de estigmatização.” (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011, p. 94)

Conforme essa concepção, o “grupo de risco” desde o início da proliferação do HIV, esteve condicionado a atributos depreciativos, reforçados pelas discussões morais postas na sociedade, aqueles indivíduos marginalizados perante determinada perspectiva de “normalidade”. Pode-se considerar ainda, de acordo com Goffman (apud Siqueira e Cardoso, 2011), o estigma estabelecido em três circunstâncias: “abominações do corpo, como as diversas deformidades físicas; culpas de caráter individual, como: vontade fraca, desonestidade, crenças falsas; e

estigmas tribais de raça, nação e religião que podem ser transmitidos pela linguagem” (Siqueira; Cardoso, 2011, p. 95).

As pessoas que vivem com HIV, portanto, a priori, esteve inserida justamente nos atos aos quais a sociedade condena, ou seja, homossexuais, mulheres/homens com diversos parceiros, usuários de drogas, abrangente também, na população privada de liberdade, entre outros; selando então, uma rotulação social, tendo em vista que, “se foi contaminado pelo HIV, tem culpa por que foi promíscuo e despuadorado”

O tratamento social excludente esteve estabelecido fortemente nesse período, uma vez que, as próprias instituições e profissionais de saúde recusavam os atendimentos para com as pessoas infectadas, as justificativas baseavam-se em “falta de isolamento, embora aceitasse outras doenças infecto-contagiosas, falta de conhecimentos técnicos, de material e de pessoal especializado” (GRECO, 2015, p. 1555). Este quadro, além de hostilizar os internamentos, e por vezes renegar a doença, teve como consequência o pavor disseminado na população e os atos discriminatórios sustentados até a atualidade.

A categorização da Aids como uma doença mortal, logo, se alastrou e a “nova peste” era temida, devido ao seu contexto de expansão, seus aspectos biológicos desconhecidos e, auto sabotagem causada pelo vírus assolava a população. Desse modo, a manifestação de preconceito e discriminação impacta a relação das pessoas que vivem com HIV, uma vez que o preconceito como avaliação e julgamentos, que estejam no campo da mente dos indivíduos, sobre determinado grupo social, incorporando aspectos excludentes, implicando em relações de emoção, medo, raiva, desprezo, entre outros (LAURINDO; TEIXEIRA, 2015).

As exclusões dos sujeitos no meio social, ocorrem sob um processo, e a discriminação refere-se ao tratamento diferenciado sobre o indivíduo estigmatizado, uma vez que, finda em atos e comportamentos que os segregam, por exemplo, desemprego, repúdio social, difamação, sobretudo tem seus direitos negados. Portanto, o estigma, preconceito e discriminação desde o princípio, colocam-se como obstáculos nas relações sociais das pessoas que vivem com HIV, tendo em vista que, além do diagnóstico deve ser enfrentado também, a própria sociedade.

Observa-se que na segunda fase da epidemia, caracterizada pelo impacto da proteção social em relação as respostas, através da Política de Enfrentamento ao HIV, a queda na taxa de mortalidade é exorbitante, indicado por uma redução de 33%, demonstrando um significativo avanço, entretanto o caminho percorrido seria longo. Nos anos de 1990, identifica o processo de “feminização” do HIV, a mortalidade aumenta entre as mulheres.

O processo se engendra até o século XXI, cujo o investimento brasileiro no tratamento acerca do antirretrovirais esteve primordialmente, interligados com esse impacto social, na redução da morbidade e na intensificação do tratamento. Os significativos avanços serão expostos posteriormente.

### 2.3 PROTEÇÃO SOCIAL E AIDS

O Estado, sobretudo, devido as pressões advindas dos movimentos sociais, substancialmente compostos pela População LGBTs, e frente ao agravo da doença, concebe respostas. Em consonância com Guércio (2005), logo em 1986 houve a criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids, do Ministério da Saúde, tornando obrigatória as notificações dos casos aos órgãos de saúde, e sendo a gênese da Política de Enfrentamento do HIV, no país. Ademais, com o redimensionamento da Política de Saúde no Brasil, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), concretizando a Constituição Federal de 1988, marco fundamental que determina a “Saúde como Direito de Todos”, primordialmente, o Estado tem o dever de garantir aos seus cidadãos. Na dimensão do enfrentamento ao HIV, no mesmo ano, é criado o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), nomeado atualmente como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), ou seja, os casos são reportados com mais regularidade a partir da implantação de Redes de Atenção específicas, além das diversas Organizações Não Governamentais sendo criadas (GUÉRCIO, 2005).

Nos anos de 1990, logo, ocorre a intensificação das campanhas e ações, que visavam o enfrentamento e com objetivo de controlar a doença. Desse modo, em 1991, o Brasil esteve como um dos pioneiros na distribuição pública dos

preservativos e antirretrovirais, sendo iniciada a distribuição de AZT (LAURINDO; TEIXEIRA, 2015). Destaca-se também, as respostas sociais, sendo realizada no mesmo ano o I Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com Aids como aponta Guércio (2005).

A proteção social para com as pessoas vivendo com HIV, esteve se estruturando, à proporção que, visa assegurar direitos sociais e qualidade de vida. A trajetória repercute, inicialmente pelas garantias via setor saúde, tornando tanto o tratamento mais humanizado quanto preservando o direito da escolha. No apanhado histórico realizado por Guércio (2005), indica que o Conselho de Medicina, a partir de 1992, sancionou uma resolução, que prioriza a escolha a realizar o exame de HIV, retirando qualquer coercitividade na indução das pessoas, bem como, revelar o diagnóstico sem autorização.

Os medicamentos foram distribuídos pelo governo brasileiro, nos órgãos públicos de atenção à saúde, implicando em uma das primeiras conquistas das pessoas que vivem com HIV/AIDS, o acesso universal resguardado pela Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. É necessário ressaltar também, a criação dos serviços especializados, de testagem, aconselhamento, acompanhamento do tratamento, e em nível mundial o Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/Aids (UNAids).

Pode-se caracterizar o ano de 1996, como reflexo de vários marcos positivos mediante o HIV, exemplificando com o início da utilização do tríplice esquema de antirretrovirais, conhecida como coquetel, indicando uma nova etapa do tratamento amenizando os impactos sobre a população. Os resultados positivos logo, apresentaram-se nos anos posteriores, a mortalidade da doença reduziu em 50%, sendo seguimento da redução em 80% das infecções oportunistas como aponta Guércio (2005).

Em 1996 também, foi criado a Política Nacional de IST/AIDS, que norteia as ações estabelecidas no Programa Nacional de enfrentamento a IST/AIDS, frente aos princípios estabelecidos pelo SUS. Assim, o Ministério da Saúde através da Política Nacional de IST/AIDS buscou

A implementação de ações necessárias para a prevenção e a assistência, bem como o estabelecimento de mecanismos de apoio

que visem à redução da vulnerabilidade da população ao HIV/aids e garantam os direitos de todas as pessoas infectadas pelo vírus, requer vontade política (BRASIL, 1996, p.10).

A Política Nacional de IST/AIDS supracitada, explícita as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde, diante da materialização de combate ao HIV/AIDS no Brasil. O país destaca-se mundialmente pelo pioneirismo acerca dos avanços no combate ao HIV/AIDS, utilizando inclusive de convênios com o Banco Mundial, para implantação e estruturação dos serviços especializados (VILLARINHO et al, 2013). À vista disso, ocorreu a criação e ampliação de projetos na rede ambulatorial, de legislações específicas e demais políticas públicas, abrangendo os rebatimentos do diagnóstico de HIV/AIDS na sociedade. O Brasil encontra-se em posição relevante, visto que, se equiparava nas pesquisas com os países desenvolvidos.

Dessa forma, visando a expansão dos serviços, foram implantadas através do Ministério de Saúde os locais especializados para o tratamento e cuidados, para com as pessoas que convivem com HIV/AIDS, dentre eles, os Serviços de Assistência Especializado (SAE), Hospital Dia (HD), Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), os Centros de Testagem e Acolhimento (CTA), e diversas portarias ministeriais legitimando-os. As medidas durante os anos de 2000, foram intensificadas, e focalizadas no acompanhamento do público alvo, bem como adesão de novas remodelagens dos serviços (VILLARINHO et al, 2013).

No que corresponde a proteção social, advinda das políticas públicas e legislações, pode-se destacar as principais, apontado pela UNAids, que resguarda a população vivendo com HIV, em sigilo médico e profissional; direito a auxílios previdenciários (auxílio doença, aposentadoria por invalidez, saque Fundo de Garantia de Tempo de Serviço – FGTS), como ao Benefício de Prestação Continuada (BPC); isenção do imposto de renda; transporte gratuito; direitos constitucionais; resguardar contra crimes de discriminação; tratamento gratuito para o HIV (UNAIDS, 2018).

Os direitos sociais das pessoas vivendo com HIV, se intensificaram durante o início do século XXI, como explícito no quadro acima, mesmo sob ameaças dos cortes orçamentários do governo vigente. As medidas de recessão nas políticas

sociais, dentre a contrarreforma do Estado, intensificam o ataque aos direitos da classe trabalhadora, principalmente quando refere-se a seguridade social, por exemplo, a Reforma da Previdência em pauta, visando restringir auxílios, aposentadorias e BPC, atingindo diretamente essa parcela da população.

A mortalidade reduz ao nível em que o tratamento avança, a quantidade de antirretrovirais utilizado por pacientes ainda são intensas, sendo diminuída gradativamente. Segundo Guércio (2005), em 2000, a mortalidade pela Aids caiu para 54%, isto visto, implica na redução dos gastos com internações e o redirecionamento para o trato com antirretrovirais, aos quais os dados indicam eficácia no tratamento e a garantia do acesso.

No paradigma dos avanços mediante ao tratamento, aos direitos sociais e políticas públicas, no contexto brasileiro o perfil das pessoas que convivem com HIV/AIDS teve alterações. A princípio os casos estavam relacionados a parcela da população explicitada anteriormente, inclusive concentrando-se nos grandes centros urbanos e em um nível financeiro elevado, em contrapartida durante sua expansão, rompeu fronteiras e redirecionou o público.

Atualmente verifica-se uma maior incidência do vírus, em pessoas heterossexuais, e a ocorrência do fenômeno de “pauperização” e “feminização do HIV se instaura no Brasil, ou seja, os casos tornaram-se mais abrangente nas mulheres e pessoas em situação de vulnerabilidade (SZWARCOWALD, 2003). As tendências mais contemporâneas em relação ao HIV, sucinta na proteção social advinda do Estado, se inserindo como uma expressão da “questão social”. Em conformidade com Netto (2001),

A designação desse pauperismo pela expressão “questão social” relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sócio-político. Mantivessem os pauperizados na condição cordata de vítimas do destino, revelassem eles a resignação que Comte considerava a grande virtude cívica e a história subsequente haveria outra (NETTO, 2001, p. 43).

Incorporando dessa perspectiva, o pauperismo emerge da relação capital/trabalho, que por sua vez, no sistema capitalista resulta na relação social desigual, cujo a pobreza cresce na mesma proporção da riqueza. A conotação,

portanto, indica que a situação de pauperização que aflige determinada parcela da sociedade manifesta-se como uma expressão da “questão social”, implicando na exacerbada desigualdade, os tornando alvo de fome, desemprego, doenças, miséria, desproteção.

Aponta Szwarcwald (2003), que gradualmente a “pauperização” esteve crescente ao longo dos últimos anos, cujo a população vivendo com HIV apresenta um nível baixo de escolaridade, conseqüentemente de renda, uma vez que, demonstrou aumento no índice de desemprego. As mulheres nessas circunstâncias estão três vezes mais vulneráveis, considerando a condição do ser mulher em uma sociedade capitalista, que inferioriza as suas capacidades, no contexto de desempregada, com baixo nível de escolaridade, em suma

[...] apresentaram-se novas evidências favoráveis à tese de “pauperização” da AIDS no Brasil. A epidemia que, em sua fase inicial, concentrou-se em grupos populacionais de melhor condição sócio-econômica, ao se expandir, teria reduzido sua velocidade de crescimento nos grupos social mente mais favorecidos, à medida que crescia de forma intensa entre os socialmente menos favorecidos (SZWARC WALD, 2003, p. 1361).

Neste sentido, as mulheres em situação de vulnerabilidade social, estão mais vulneráveis ao HIV, considerando que existem falhas significativas, em relação ao sistema de proteção social e ao sistema de saúde brasileiro, ou seja, a desproteção advinda do Estado, implica no aumento do HIV nesta parcela da população. Ademais, a opressão de gênero, o racismo e a pobreza traçam um fenômeno em relação ao HIV/AIDS, que evidencia o extremo desamparo nesse grupo populacional e o redimensionamento da epidemia, explicita desde o conteúdo mundial quanto o nacional (PARCKER & CAMARGO JR, 2000).

Os aspectos supracitados atingem a população sobretudo, durante os anos 2000 e considerado a segunda fase da doença, vale salientar, que apesar do caráter urbanizado que adquire ocorre uma “interiorização”, apontando o aumento nos municípios situados em regiões mais abastadas, ou seja, a expansão dos casos de HIV/AIDS ocorreu sobretudo, em zonas urbanas de municípios de pequeno e médio porte. Os estudos apontam para a escassez de recursos, como educação,

desemprego, higiene, saneamento, indicando por sua vez, que quanto menor o município, maior demonstrava-se as taxas de doenças que os martirizam.

Ainda, a feminização da patologia, indica fatores aos quais expõe principalmente a mulher ao HIV, visto que, substancialmente deve-se considerar a desigualdade de gênero na sociedade, sobretudo, à luz do patriarcado estrutural. Com vistas a ideologia que inferioriza a mulher, preposições são colocadas nas suas relações afetivas, que as privam, por exemplo, da utilização dos preservativos.

Nesta lógica, o século XXI pressupõe um perfil diferenciado, no que tange as pessoas que vivem com HIV, de modo que, os dados apontam para acentuação da epidemia em um público em situação de vulnerabilidade social. Por conseguinte, a política de enfrentamento intensifica as suas ações, como, a participação social implicou na inserção das pessoas que vivem com HIV aos Conselhos e Conferências, uma vez que, colocavam-se como sujeitos da luta pelos direitos sociais.

### **CAPÍTULO 3 : IMPACTOS SOCIAIS DO DIAGNÓSTICO DO HIV**

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que implica na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) carrega um estigma posto na sociedade, devido a forma de transmissão mais corriqueira, através da relação sexual. Teve sua explosão no Brasil, em 1980, acarretando diversas mortes que perpetuaram na mídia, que implica na sua rotulação como uma doença relacionada com a promiscuidade. Logo, esteve direcionada por algum tempo, a determinado “grupo de risco”, uma vez que enfatizaram as ocorrências em grupo específicas, sendo eles a comunidade LGBTs, usuários de drogas, e as profissionais do sexo.

Em decorrência destas condições, o HIV/AIDS tornou-se uma doença associada ao rompimento com os princípios morais imponentes na sociedade, sendo alvo de preconceitos e discriminação. Ademias caracterizou-se como uma expressão da questão social, em que as pessoas assoladas por essa doença, são marginalizadas pela sociedade, implicado na maioria das vezes por determinantes além da sorologia. Tendo em vista, a atuação do Serviço Social mediante as determinações da saúde no âmbito social, está inserida na equipe multiprofissional.

As demandas que competem ao Serviço Social estão direcionadas a viabilização do acesso ao direito, vinculada aos direitos da pessoa que vivem com a HIV, e compreendendo a especialidade do setor, se insere no planejamento familiar. Entre os instrumentos utilizados para o acompanhamento social estão, a escuta qualificada, entrevista, declarações e encaminhamentos, orientações e apoio, solicitações de lanche, mantendo o contato multiprofissional, intraprofissional e institucional, aconselhamento pré e pós-teste, Busca Ativa.

A delimitação de gênero explicita pesquisa, ocorreu preliminarmente, à vista de i englobar o fenômeno da feminização no HIV. Com vistas, a explicitar os dados da Unaid, que apontam “todas as semanas, cerca de 7.000 mulheres jovens entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV” (UNAIDS, 2017).Com vistas a analisar o impacto do diagnóstico nas relações sociais das pessoas que vivem com HIV, extraímos através da entrevista semiestruturada os diversos entraves cotidianos enfrentados ao descobrir a infecção pelo vírus.

Através dos depoimentos pode-se esclarecer as indagações acerca das condicionalidades postas na vida dessas pessoas, uma vez que, foram abordados temáticas centrais, a discriminação, o preconceito e aceitação dos diagnósticos, bem como, esclarecemos os direitos sociais, que empregam uma política de enfrentamento a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa. O enfrentamento tanto do vírus, no cuidado à saúde, quanto dos estigmas sociais e estereótipos que são contínuos.

As participantes relatam as características próprias da doença, desde suposições criadas no convívio social, que implica na mistificação de fatores relacionados as “certezas” postas, as quais inserem a doença como uma “sentença

de morte”, acentuada ao descobrir o resultado positivo. Como também, revelam as adaptações inesperadas que englobam os contextos sociais, econômicos e culturais.

A segregação para com as pessoas que vivem com HIV, ainda é uma realidade, mesmo no século do acesso rápido a informação, as restrições de classe prevalência e a abrangência não é universal. Ou seja, o preconceito e a discriminação são as maiores dificuldades enfrentadas, intensificando o medo quando os atos depreciativos estão inseridos nas relações intrafamiliares, como aponta o estudo:

As maiores dificuldades enfrentadas por esses sujeitos apresentam-se no ambiente intrafamiliar, sofrendo preconceitos por membros próximos, do núcleo familiar. Nos depoimentos, as expressões-chaves, bem como os vocábulos condensaram-se no núcleo “família, filhos e amigos”. Essa tríade é tida pelos participantes como importante base de sustentação, e quando não está presente, tem maiores repercussões negativas que impactam diretamente no processo de conviver com a doença, tornando-o mais fatigante (JESUS et al., 2017, p. 303)

Nesta lógica, a revelação do HIV é gatilho para o julgamento moralista, uma vez que, as discussões que estigmatizaram a patologia, primordialmente ocorrem devido a relação com o sexo. Com o avanço das ciências, muitos tabus relacionados transformaram-se em mitos, entretanto, com a epidemia interiorizada e atingindo em ampla escala pessoas em situação de vulnerabilidade social, muitos desse mitos ainda são acometidos como verdadeiros.

As pessoas que vivem com HIV são sujeitas a quadros depressivos, uma vez que, as consequências de cunho emocional, substancialmente as atingem, sendo explicitadas pelas usuárias em mais de uma indagação, implicando que resguardar o diagnóstico por diversas vezes, demonstra ser doloroso. Pudemos observar, que durante as falas, os preconceitos repercutem de forma indireta, quando outras pessoas depreciam alguém com HIV diante as usuárias, sem ter o conhecimento da sua condição sorológica.

A discriminação nas relações intrafamiliares, que nitidamente as atingem de maneira mais severa, por conta do vínculo emocional intenso. O segredo acerca da doença demonstra ser doloroso, enfatizado como um peso, ter que procurar estratégias para superar as falsas suposições existentes. A descoberta do HIV

ocasiona o isolamento e afastamento, em busca da prevenção contra os estigmas sociais, absorvendo a discriminação como consequência do HIV.

Em concordância com os diversos estudos acerca das manifestações do preconceito para com as pessoas que vivem com HIV, implica afirmar que as informações sobre as formas de transmissão são perpetuadas, pelas redes de educação a saúde, porém não contempla e atinge uma totalidade específica da população. O perfil atual das pessoas que vivem com HIV, perpassa pela vulnerabilidade social, cujo sujeitos nesse segmento social tem seus direitos violados periodicamente incluindo o acesso a informação.

O contexto cultura que transforma mitos em verdades postas, também, contribuem para a permanencia de determinadas informações incompatíveis com a realidade, ao qual no contato social incorpora risco mistificados. A sociedade tendenciosamente exclui o que considera risco, e as perspectivas conservadoras no âmbito social formam posturas moralistas e julgadoras, no tange a uma suposta promiscuidade relativa ao HIV/AIDS.

### **3.3.1 Aspectos das relações de saúde**

O presente estudo objetivou também apreender os fatores externos que repercutem nas relações de saúde das pessoas que vivem com HIV, bem como, a garantia do acesso aos direitos à saúde e a proteção social pelo Estado. Neste sentido, buscamos visualizar através dos depoimentos as assertivas e problemáticas da rede de atenção à saúde, que repercutem diretamente na vida dos usuários e ao controle do HIV.

O Brasil adquiriu um caráter de pioneiro mediante aos avanços no trato do HIV, desde as políticas sociais de enfrentamento, buscando proporcionar uma qualidade de vida as pessoas infectadas e os investimentos na ciência. A partir do fornecimento dos antirretrovirais pela rede pública de saúde, assim, garantido o acesso ao tratamento de forma gratuita diminuiu a morbidade e mortalidade da doença.

As ações dos antirretrovirais coíbem a deterioração do sistema imunológico, porém não destroem o vírus HIV, a adesão ao tratamento impede que o organismo

seja atingido pelas doenças oportunistas, que eclodem na AIDS, ocasionando a fase mais severa da doença. Estar em contínuo acompanhamento, realizando a coleta da carga viral em torno de seis e seis meses, tomando os medicamentos, uma vez que, controla-se garante uma qualidade de vida para a população vivendo com HIV.

A insuficiência na socialização das informações acerca dos direitos das pessoas que vivem com HIV, aquelas que afirmam conhecer limitam-se ao passe livre. Desse modo, transparece uma problemática na interlocução da equipe multiprofissional, uma vez que, as demandas não chegam ao Serviço Social, refletindo a necessidade de uma intervenção direcionadas para ações educativas com o véis de facilitar o acesso a informação.

As conquistas dos direitos sociais para as pessoas vivendo com HIV, ocorreram de forma gradativa, a participação social dessa população intensificou esse processo, ocupando os conselhos e conferências como espaço de luta. Os movimentos sociais, principalmente constituídos pela comunidade LGBT's, pressionou o Estado desde 1980, no início da epidemia e expandindo-se após 30 (trinta) anos.

A Lei nº 12.984 de 2 de junho de 2014, assinada pela Presidente Dilma Rousseff, define como crime a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV, uma conquista imensurável acerca do combate a violação dos direitos dessa população. Neste sentido, a pesquisa buscou indagar as entrevistadas sobre o conhecimento da Lei e precisou utiliza-la, perpassando também, o objetivo de informar sobre a lei.

As mulheres demonstram não compreender o texto da lei e a insegurança ao fazer referência a legislação. Referente a Lei 12. 984, em vigor a partir de 2014, desconhecida por parcela significativa da população, contém em seu Art. 1º “Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de doente” (BRASIL, 2014).

Sobretudo, a prioridade enfatiza a lei, direcionada ao combate a segregação e exclusão das pessoas que vivem com HIV, abordando não negar ou demitir de emprego; separar ou excluir em ambiente escolar ou de trabalho. Vale ressaltar, a abrangência de uma forma de garantir a não divulgação do diagnóstico, por meio de

resguardar o direito da pessoa, de revelar ou não, principalmente, quando ocorre uma repercussão negativa e que ofenda a dignidade do cidadão.

Diante do exposto, trata-se da preservação do sigilo, seja ele nas relações sociais e de saúde, tendo em vista, opor-se ao histórico discriminatório para com as pessoas vivendo com HIV. O sigilo deve ser pauta principalmente, para as equipes dos profissionais de saúde, que devem fortalecer esta pauta, considerando que muitos diagnósticos são vazados da própria instituição de saúde.

### **3.3.2 Aspectos das relações afetivas**

Outra questão tratada perpassou por compreender os impactos dos diagnósticos nas relações sociais das pessoas que vivem com HIV, mediante a relatos de exclusão e discriminação que atingem o cotidiano dessas pessoas, especialmente as mulheres que vivem com HIV entrevistadas. Ademais, esse eixo está constituído de forma que abarque as relações íntimas das participantes, ou seja, as relações que circundam o convívio social particular e dispendo das condicionalidades mediante o HIV.

A relação dos casais soro-discordantes, condiz ao constante precauções nas relações sexuais, algumas demonstram alívio e pavor, ou seja, agradece o fato do cônjuge não ter sido contaminado e frisa o medo de transmitir o vírus. Em suma os relacionamentos afetivos das entrevistadas são impactados de forma negativa pelo diagnóstico, uma vez que, nos casais soro-discordantes existe a convivência diária pavor da transmissão e os soropositivos no abalo social da repercussão daquele diagnóstico.

Nas sociedades primitivas era comum haver a divisão sexual do trabalho, a subordinação das mulheres, o afastamento destas da vida pública e a determinação de papéis femininos e masculinos, em que o papel da mulher era o de reprodução da espécie, enquanto o do homem refletia autoridade e poder na sociedade. Tal fato acabou favorecendo a condição de submissão da mulher perante o homem e proporcionando o surgimento do patriarcado, que conforme Saffioti (2004, p. 44), “é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens”.

Este item traz à tona busca compreender os efeitos produzidos pelas iniquidades na vida de mulheres com HIV/aids em situação de violência, sendo utilizada a categoria *gênero* como ferramenta analítica para entender os processos sociais e as relações de poder que incidem sobre as mulheres, o que implica assumir que o corpo funciona como território de identidades e alvo de hierarquia social. As identidades femininas resultam de discursos ideológicos que formatam modelos, papéis e estereótipos, em que a mulher é socialmente subalternizada em sociedades patriarcais (MEYER, 2009; SCOTT, 1990).

A teoria do patriarcado considera que um dos mecanismos de legitimação social da desigualdade entre homens e mulheres é a socialização de gênero, por meio do qual as mulheres são educadas e aprisionadas ao *script* da função social de esposas e mães, o que é considerado parâmetro da conduta feminina. A socialização de gênero mascara a hierarquia entre os sexos e a dominação masculina, para os quais as mulheres devem serviços e obediência de acordo com o contrato sexual do casamento. Este contrato pressupõe que no contexto conjugal o sexo é um direito dos maridos e uma obrigação feminina (SANTOS; IRIART, 2007; COYLE et al., 2011; PATEMAN, 1996; SAGOT, 1995).

Nas últimas décadas, apesar de avanços importantes na legislação relativa à proteção das mulheres e na formulação de políticas públicas femininas, ainda não foi possível obter igualdade na garantia de direitos em relação aos homens. As desigualdades evitáveis e injustas entre os sexos impedem o acesso a recursos materiais e simbólicos para as mulheres, configurando iniquidades de gênero, que as colocam em situação de vulnerabilidade a agravos e doenças (UNAIDS, 2005).

A vulnerabilidade é compreendida como o nível de suscetibilidade a doenças ou agravos a que as mulheres estão expostas e a disponibilidade de recursos que possuem para se proteger. Consideram-se três dimensões da vulnerabilidade, que se relacionam para constituir a especificidade de uma situação em saúde, podendo-se destacar a dimensão individual, onde são reconhecidos os acontecimentos nocivos à saúde, as trajetórias pessoais das mulheres e suas condições materiais e psicossociais; a dimensão social, na qual se analisam cenários socioculturais e de proteção dos direitos humanos; e pela dimensão programática, que compreende as políticas e serviços dos diferentes setores da sociedade (AYRES et al., 2003;

AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012). Um dos princípios da compreensão do processo de saúde-doença com base no quadro da vulnerabilidade é a identificação de situações de infrações relativas aos direitos humanos. Em territórios ou segmentos populacionais onde há violações de direitos, encontra-se também maior frequência de doenças e mortes, inclusive por aids e violências perpetradas contra mulheres (AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2012).

A epidemia de HIV/aids e a violência de gênero são problemas sociais de elevada magnitude no Brasil, tendo ocorrido aumento da incidência entre populações pobres, em municípios do interior do país e entre o sexo feminino. Ainda que todas as mulheres sejam suscetíveis à violência e à aquisição do HIV/aids, há maior vulnerabilidade em alguns grupos, principalmente entre jovens, negras e pobres.

Viver com HIV/aids e sofrer violências é uma violação de direitos humanos das mulheres e, embora este fenômeno ainda seja pouco visibilizado, constitui uma forma de controle e/ou punição às que não cumprem os papéis de gênero designados pela cultura patriarcal. Estudos observaram elevadas prevalências de violências em mulheres com HIV/aids no Brasil, visto que 72% das que vivem com a doença relataram ter sofrido violência de gênero: 63% psicológica, 52% física e 28% sexual. As violências físicas e sexuais, geralmente coexistentes, corresponderam a mais da metade dos casos (BARROS; SCHRAIBER.; FRANÇA-JUNIOR, 2011; CECCON; MENEGHEL, 2015; CECCON; MENEGHEL; HIRAKATA, 2014).

Mulheres com HIV/aids são consideradas pela sociedade como infratoras, promíscuas, impuras, marcadas com a condição de risco e segregadas a espaços restritos. A elevada prevalência de violências neste grupo, o fato de sofrerem preconceitos, estigma, culpabilização e serem tratadas com iniquidade nos serviços resulta da moral sexual baseada em normas sobre o que é o comportamento sexual adequado e, como se trata de condições associadas aos “desviantes”, as mulheres com HIV/aids aceitam o rechaço social e acreditam que a doença é uma punição merecida. Dessa forma, é necessário conhecer os contextos sociais e trajetórias de vida das mulheres com HIV/aids para a formulação de políticas públicas de proteção específicas a este grupo, incluindo especificidades que as vulnerabilizam.<sup>2</sup>

O sistema patriarcal, capitalista e racista produz práticas cotidianas de dominação e exploração feminina, produzindo exclusões e iniquidades que afetam principalmente mulheres que vivem com HIV/aids, fato ainda pouco explorado na literatura (**BRILHANTE et al., 2016**). Este estudo tem como objetivo visibilizar as iniquidades de gênero presentes na vida de mulheres com HIV/aids em situação de violência.

Com isso, percebe-se que as relações de gênero produzem distribuição desigual de poder e autoridade, de acordo com o sexo. Discutir tal temática significa, a princípio, analisar as relações de poder, opressão e dominação.

Nos anos 60, ocorreu um período de grandes lutas decorrentes de movimentos sociais. O movimento feminista contribuiu na modificação da situação da mulher, reivindicaram direitos, igualdade entre os sexos, direito ao voto, direito ao desquite, entre outros.

Diversas são as políticas públicas voltadas ao enfrentamento de tais desigualdades contraídas socialmente. No entanto, mesmo com todas essas transformações a mulher contemporânea ainda convive com a violência de gênero e sexista.

Percebe-se que a violência de gênero é cada vez mais evidente, e o que antes era visto como assunto restrito ao casal, na atualidade apresenta-se como um problema social, político e de saúde pública a ser enfrentado, necessitando da ação governamental, uma vez que esta é uma forma de violação dos direitos humanos que causa desequilíbrio e diversos danos à vítima.

A falta de qualificação dos profissionais que atuam na atenção a essas mulheres vítimas de violência; a justiça na impunidade desses casos; a proteção integral a mulher em suas políticas específicas que deveria ocorrer e é desqualificada pelo Estado aguçam o quadro de ineficácia dos mecanismos de combate a crimes relacionados ao gênero feminino.

O Estado fere os direitos das mulheres em sua ausência a legitimação de suas lutas, como a atuação de diversas frentes com o propósito de defender e assegurar a vida das mulheres, sendo instrumento nessa luta. As campanhas

expressam seu valor, mas as ações concretas são as que trazem efetividade a esse combate.

De acordo com o IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada no estado da Paraíba em 2016 foram mortas cerca de 107 mulheres, sendo 15 mulheres não negras e 88 mulheres negras.

Ademais, fica visível que as campanhas de promoção com finalidade de conscientizar a população feminina a respeito do que é crime acabam se tornando falhas, pois cerca de 80% dos casos de violência contra a mulher, seja físico ou psicológico são acometidos pelos companheiros, 74% das mulheres são de baixa renda, sem ou pouca escolaridade.

Cerca de 57% dos casos acontece em municípios afastados dos grandes centros, lugares com pouca ou nenhuma medida de segurança, poucas delegacias, poucos ou sem hospitais. Casos onde mulheres desconhecem e/ ou tem seu direito ao sigilo sorológico negado. São cidades pequenas onde as notícias chegam rapidamente, fazendo com que as mulheres com medo de maiores exposições não façam a denúncias ou ficam presas economicamente aos maridos devido à concepção machista da sociedade, onde mulheres são vistas para serem “belas, recatadas e do lar”.

Apesar da nomenclatura medíocre de vitimização (onde é exposto que a pessoa que sofreu um crime se coloca de maneira tóxica e passa a impressão de que tudo em sua volta a transforma em vítima) utilizada de maneira a ofender a pessoa vitimada pelo agressor, o autor traz que há uma ineficácia na apuração dos dados de pesquisa e cita que a única pesquisa realizada de forma detalhada e voltada para questões de gênero foi a “Pesquisa de colocação socioeconômica e violência doméstica e familiar contra a mulher (PCSDFMulher)”.

As condições de subalternidade, opressão e violência sofrida pelas mulheres são questões que persistem há séculos na sociedade, e em pleno século XXI um dos maiores dilemas é o número crescente dos casos de feminicídio cometido pelos próprios parceiros. À medida que esses números crescem as mulheres reivindicam das autoridades métodos de combate e prevenção a violência, de modo que possam ser criados e/ou aprimorados leis que assegurem, de maneira mais rápida e eficaz, a

integridade da mulher, assim como foi criada a Lei Maria da Penha que é um marco na luta contra a violência.

### **3.3.3 O IMPACTO DO NOVO CORONAVÍRUS NA VIDA DE MULHERES EM CONDIÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE.**

Em questão de meses, a covid-19 mudou a vida das famílias em todo o mundo, trazendo muitos estresses situacionais. A violência doméstica é um problema real nesse novo contexto, que ameaça a segurança e bem-estar de centenas de milhões de mulheres. (UNICEF, 2020)

. Segundo o UNICEF, mulheres constituem um dos grupos mais vulneráveis ao risco de sofrer abusos, abandono, exploração e violência, ao terem que ficar trancadas em casa com seus agressores. .

A Organização das Nações Unidas já “tocou o alarme” de que os relatos de violência doméstica dispararam em taxas crescentes. Desde março de 2020 existem relatos da China, Estados Unidos, Reino Unido, França e Brasil, mostrando aumento de violência doméstica contra mulheres e crianças

. Como um todo, China, Itália, Espanha, França, Índia, Austrália, Reino Unido, EUA e Argentina, relataram aumento de 60% nas chamadas para linhas de apoio às vítimas . No Brasil, segundo dados da Linha Direta 180, fornecido pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, acordo com dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH), houve um aumento médio de 14,1% no número de denúncias de violência contra a mulher nos primeiros quatro meses de 2020 em relação ao ano passado, com destaque para o mês de abril, que apresentou um aumento de 37,6% no comparativo entre os dois anos. . Lições do passado: Embora não exista na literatura acadêmica um precedente claro para a crise atual, explorar o impacto de desastres naturais nos relatórios de violência familiar pode fornecer informações importantes.

Em vista da consistência dos dados com a compreensão do efeito do estresse na violência, os autores sugeriam maiores esforços de prevenção em períodos de dificuldades econômicas ( UNICEF,2020) Por outro lado, indicadores econômicos dos EUA sugerem que a crise atual será pior do que a recessão de 2008, mais parecida com a Grande Depressão, prevendo-se também maior ocorrência de violência contra mulheres no âmbito familiar.

As repercussões da pandemia vão muito além de medidas para prevenir a transmissão de doenças e reduzir seu impacto na população global. Embora o distanciamento social proteja contra a contaminação, expõe todas as famílias – sobretudo as disfuncionais – ao risco da violência doméstica e suas consequências físicas, emocionais e econômicas.

A resposta preventiva requer cooperação, coordenação e preparação de vários atores em vários setores.. Isto é de particular importância, pois se estima que o aumento da vitimização possa permanecer até meses após o fim da pandemia. (ONU,2020 ).

Assim, é essencial que se planeje e aborde várias situações que podem coexistir numa pandemia, acrescentando vários riscos, como o da violência doméstica contra vulneráveis, na preparação em longo prazo para estas situações . Para uma abordagem de saúde pública adequada de prevenção de violência é importante ter estatísticas regionais, examinar os dados e colocar os membros da comunidade na liderança e que possam trabalhar e atuar em vários setores .

Os profissionais da área da saúde, que trabalham em diversos serviços e os que estão na linha de frente exercem um papel crítico, tanto para gerenciar a propagação e os sintomas do vírus, mas também para ajudar aqueles que sofrem ou podem vir a sofrer com a violência doméstica. A estrutura de assistência em saúde pode ser o primeiro lugar em que um sobrevivente de violência vai encontrar informações sobre serviços e onde receber ajuda (muitas vezes afirmam não saber que esses serviços existiam), crucial nesse momento em que todos os outros serviços, programas e locais públicos podem estar fechados.

Logo, todo profissional de saúde tem obrigação de não esquecer as necessidades sociais da comunidade, analisando, abordando e combatendo a violência doméstica em todos os ambientes.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as reflexões construídas no presente trabalho, que proporcionou o amadurecimento do olhar profissional mediante as mulheres soropositivas. A vista que, podemos captar a realidade vivenciada por essas mulheres, à luz do materialismo histórico dialético, que possibilitou desenvolver potencialidades profissionais antes desconhecidas.

Diante do exposto, a partir da análise do perfil contemporâneo das mulheres que vivem com HIV, situando as problemáticas mais específicas desse público. A epidemia de HIV/AIDS nos últimos anos demonstrou uma feminização, englobando a vulnerabilidade social aos quais essas mulheres estão inseridas e a crescente pauperização.

Ademais, são fragilizadas em seu cotidiano devido ao HIV, no que se refere a exposição e a se retrair pelo segredo e medo que as afligem, seja da divulgação difamadora do diagnóstico, da hostilização que podem ser acometidas por pessoas do seu meio social. A convivência com os anseios do preconceito e discriminação, são diárias para todas as mulheres entrevistadas, na totalidade de respostas encontra-se o estigma social posto construído na sociedade, que afetam seus relacionamentos e preocupações maternas.

Vale ressaltar, a relação de ser mulher em um sistema capitalista patriarcal, que as condiciona estruturalmente, de acordo com os valores tradicionais as inferiorizando e as tornando submissas perante o homem. Esta premissa, empregasse diretamente nos relacionamentos de algumas mulheres entrevistadas, podemos observar a contaminação pelo vírus advinda dos próprios cônjuges, por estarem inábeis de contestar ou solicitar precauções durante as relações sexuais, bem como, aceitar os outros relacionamentos do companheiro.

A temática ao qual abrangemos permite refletir as condições atuais das pessoas que vivem com HIV, de modo que, o estudo possa contribuir tanto para os profissionais da saúde, assistentes sociais e afins, a fim de empregar as intervenções e políticas de enfrentamento direcionadas para esse público. Por mais que a epidemia de HIV sucinta seus mais de 30 (trinta) anos, as mistificações e preconceito ainda são intensos e muitas vezes velados, e acabam por estruturar a

vida dessas pessoas. A dupla jornada de conciliar o cuidado e manutenção a saúde e as aflições atingidas pelas retaliações sociais.

Podemos extrair também, o papel fundamental da intervenção estatal através das políticas públicas e sociais, que proporcionaram nesses anos uma melhor qualidade de vida. Tendo em vista que, a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a garantia do tratamento gratuito, a taxa de mortalidade reduziu em larga escala. Os demais avanços no âmbito dos direitos sociais, propiciaram uma melhoria na vida dessa população, no entanto não se mostra tão abrangente e adquirem diversos entraves. A socialização das informações ainda se apresenta escassa, uma vez que, o desconhecimento acerca dos direitos sociais e legislações garantidas as pessoas que vivem com HIV é padrão. Esse papel de facilitador cabe as Instâncias Públicas, através das políticas intensificar a perpetuação das informações.

A percepção geral, vislumbram a falta de autonomia e noção sobre os direitos sociais cabíveis aos cidadãos, tendo em vista que, a maiorias das usuárias desconhecem os direitos e os apreendem por diversas vezes como favores oferecidos. Em contrapartida esta perspectiva não pode ser generalizada, pois, são acometidas pela falta de informações aquelas pessoas em maior situação de vulnerabilidade social.

Neste sentido, a hipótese que norteava a pesquisa teve alcance, uma vez que, considerava que as relações afetivas são impactadas diretamente pelo diagnóstico e os estigmas sociais são temidos em suas interrelações pessoais a partir da descoberta. Desse modo, um conjunto de fatores podem contribuir para a não aceitação/aceitação do próprio diagnóstico, e corroborar ao abandono do tratamento, refletindo nos diversos grupos sociais em que estão inseridas, como nas relações de trabalho, familiar, amorosas, etc., determinada pela não compreensão e aceitação do companheiro afetivo com o HIV/AIDS.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29.ed.Petrópolis,RJ:Vozes,2010.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro: Record, 1997.

RIO DE JANEIRO. (Estado) Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ). Parecer N. 16/92. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em:

<<http://old.cremerj.org.br/skel.php?page=legislacao/resultados.php>> Acesso em: 12 setembro. 2019.

Neide Emy Kurokawa e Silva; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. NET, São Paulo, Abril. 2009. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000800016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800016)> Acesso em 12 de setembro. 2019

Simões-Barbosa, R. H. S. *Mulheres, reprodução e Aids: As tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Tese de Doutorado não-publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ,2001.

Ministério da Saúde. (Ed.). (2007). *Boletim Epidemiológico Aids e DST, 4(1)*. Guilhem, D.. *Escravas do risco: Bioética, mulheres e Aids*. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília,2006.

Knauth, D. R. Subjetividade feminina e soropositividade. In R. Barbosa & R. Parker (Eds.), *Sexualidades pelo avesso* (pp. 121-136). São Paulo, SP: Ed. 34,1999.

ANDREAZZI, M. de F. S. Luta pela universalidade da saúde. In: Revista Políticas Públicas. São Luís, Número Especial, p. 75-84, novembro 2016.

AYRES, J. R. C. M et al. O Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde, 2004.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. Aids E Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas, 1999.

BERTOLOZZI, Fátima; GRECO, Maria Rita; MARIA, Rosângela As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.30, n.3, p.380-98, 1996. Disponível em: . Acesso em: 18 maio 2020

BRAGA, José Carlos de Souza. A Questão da Saúde no Brasil: um estudo das Políticas Sociais em Saúde Pública e Medicina Previdenciária no Desenvolvimento Capitalista. 1978. 180 f. Dissertação (Mestrado) Universidade de Campinas, Campinas, 1978. Disponível em: < <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/285997>>. Acesso em: 10 julho 2020

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Médica e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2017. Disponível em: Acesso em 07 de junho.

BRASIL. Plano Nacional de DST/Aids Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. BRASIL. Lei nº 12.984 de junho de 2014. Disponível em: , Acesso em: 13 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 8. 080 de 19 setembro de 1990. Disponível em Acesso em: 04 de maio 2020.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. MOÇÃO Nº 015, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB – CEAD/CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org). Saúde na atualidade: por um sistema único estatal, universal, gratuito e de qualidade. In: Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: REDE SIRIUS, 2011.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1087-1103, mar. 2017.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança o modelo de atenção e gestão na saúde: nota preliminares. In: Ser Social. Brasília, v. 11, n 25, p.194-220, jul./dez 2009.

FINKLER, Renata Ulrich; RIBEIRO, Elaine Rossi. Controle social da saúde no Brasil. Caderno Saúde e Desenvolvimento, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, jul. 2014.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis. O Sistema Único de Saúde Brasileiro: desafios da gestão em rede. Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão, Lisboa, v. 11, n. 2-3, 2012.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/ Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 72-83, mar. 2008.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985- 2015. In: Ciências & Saúde Coletiva, 21 (5): 1553-1563. 2016.

GUÉRCIO, P. M. S. História da Aids no Brasil. 2005.

ÚNIOR, Aylton Paulos; JÚNIOR, Luiz Cordon. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: Revista Espaço para a Saúde. Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez/2006.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. São Paulo, Saúde Soc, v. 20, n.2, p. 522-532, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. Política de Saúde no Brasil: entraves para a universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. p. 58-75.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a Propósito Da Questão Social. Temporalis, Brasília, n. 3, p. 41-50, jan. 2001.

NETTO, J. P. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, J. P; BRAZ, M. Economia Política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2005. (biblioteca básica de serviço social; v.1).

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O Sistema de Saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011.

PARKER, Richard; CAMARGO JR, Kenneth Rochel. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, p. 89-102, jan. 2000.

PEREIRA, Bianca de Souza et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Feira de Santana, v. 19, n. 3, p. 747-758, jun. 2013.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2001.

REIS, Ana Cristina; SANTOS, Elizabeth Moreira; CRUZ, Marly Marques. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. Epidemiol. Serv. Saúde v.16 n.3 Brasília jul./set. 2007, Brasília, v. 16, n. 3, p. 1-15, jul. 2007.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero e patriarcado. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. Editora: Cortez, 2008. SILVA, Alessandra Ximenes da. A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E A FUNÇÃO DOS INTELECTUAIS COLETIVOS. In: SILVA, Alessandra Ximenes da et al. (Org.). Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na Política de Saúde.. 1. ed. Campina Grande: UEPB, 2017. p. 23-51. v. 1.

SIQUEIRA, Ranyella; CARDOSO, Hélio. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte americana. Imagonautas, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 92-113, jan. 2011.

SOUZA, N. P. C. A Saúde no governo João Goulart: aspectos da planificação no campo das políticas sociais. XXVIII Simpósio Nacional de História, Florianópolis, p. 1-15, jan. 2015.

UNAIDS. Disponível em: Acesso em agosto a novembro de 2018.

UNICEF. COVID-19: Children at heightened risk of abuse, neglect, exploitation and violence amidst intensifying containment measures. 2020[Jun 25, 2020]. Available from: <https://www.unicef.org/pressreleases/covid-19-children-heightened-risk-abuse-neglect-exploitation-andviolence-amidst>.

VILLARINHO, M. V., et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Revista Brasileira de Enfermagem, marabr; 66(2): 271-7, Brasília 2013.

SILVA, G. L. et al. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/20196858/Violencia-Domestica-e-Familiar-Contra-a-Mulher>  
Acesso em Maio de 2020

CARVALHO, Jose Raimundo; OLIVEIRA, Victor Hugo. **Violência Doméstica e seu Impacto no Mercado de Trabalho e na Produtividade das Mulheres**. Fortaleza: [s.n.], 2017. 28 p. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2017/11/violencia\\_domestica\\_trabalho\\_ago\\_17.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2017/11/violencia_domestica_trabalho_ago_17.pdf). Acesso em: 20 Junho de 2020

MORAES, A.F.; SORJ, B. **Gênero, violência e direitos na sociedade Brasileira**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004