



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

MARIA EDILMA DE JESUS SANTOS

**ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES SOROPOSITIVAS (HIV/AIDS)
NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA (SE)**

**SÃO CRISTÓVÃO – SE
2022**

MARIA EDILMA DE JESUS SANTOS

**ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES SOROPOSITIVAS (HIV/AIDS)
NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA(SE)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social como requisito para obter o título de Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Helena Santana Cruz

**SÃO CRISTÓVÃO – SE
2022**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237a Santos, Maria Edilma de Jesus
Assistência às mulheres soropositivas (HIV/AIDS) na Atenção
Básica no município de Itabaiana(SE) / Maria Edilma de Jesus
Santos ; orientadora Maria Helena Santana Cruz – São Cristóvão,
SE, 2022.
173 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade
Federal de Sergipe, 2022.

1. Assistência social. 2. Mulheres HIV-positivo – Itabaiana (SE).
3. Mulheres - Saúde e higiene. 4. AIDS (Doença) em mulheres. 5.
Direito à saúde. I. Cruz, Maria Helena Santana, orient. II. Título.

CDU 364-3:616.98:578.828HIV

MARIA EDILMA DE JESUS SANTOS

**ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES SOROPOSITIVAS (HIV/AIDS)
NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

São Cristóvão/SE, 11 de março de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Maria Helena Santana Cruz
(Orientadora-UFS)

Prof^a. Dr^a. Josefa Lusitânia de Jesus Borges
(Examinadora Externa –UFBA)

Prof^a Dr^a. Catarina Nascimento de Oliveira
(Examinadora Interna-UFS)

Prof^a. Dr^a. Vera Núbia Santos
(Examinadora Interna Suplente –UFS)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todo o amor, pelas misericórdias, providências, força, proteção, fidelidade e muitas bênçãos em minha vida!

À minha grande mãe, pelo amor, companheirismo, carinho, coragem, dedicação, paciência, força, compreensão, cumplicidade, pelos sacrifícios, ensinamentos e exemplos de como ser forte e enfrentar os desafios da vida!

A meu pai, por ser minha fonte de inspiração nos estudos. O senhor vive eternamente com Deus e está vivo no meu coração, na minha vida, nas minhas conquistas! Obrigada por tudo. Amo-te, papai!

À minha amada avó (minha mãe de zé), pelo amor, carinho e sua presença constante em vida.

À minha família, pelo amor, cuidado, pela força e atenção que dedicou e dedica a mim ao longo da vida! Gratidão aos meus irmãos por todo o amor, em especial, a minha amada irmã Edivânia. Aos meus sobrinhos (as), meus tios (as) e primos (as), em especial, a Joyce.

Agradeço imensamente à minha orientadora Maria Helena Santana Cruz, pela acolhida acadêmica e afetiva, pelo comprometimento no suporte teórico-metodológico, pela dedicação nas orientações e atividades, por todo o carinho, apoio, paciência e aprendizado durante todo o processo. Sem dúvida, este trabalho é fruto de uma parceria constante. obrigada de coração!

À minha banca de qualificação e defesa: Catarina, Vera Núbia e Lusitânia, obrigada pelas valiosas contribuições e por aceitarem o convite para participar desse momento tão especial.

Aos professores do PROSS-UFS, pelo compromisso e dedicação para promover uma educação pública e de qualidade.

À turma de mestrado da UFS, que foi singular nesse processo de amadurecimento, em especial, Victória e Cleverton e ao nosso secretário do programa, Walter.

Às minhas amigas da graduação Diléa, Leticia e Regiane. Vocês são presentes preciosos.

Às minhas amigas amadas e poderosas da Residência Saúde do Adulto e Idoso/UFS, Simony e Juliana.

Aos amigos que a UFAL me deu, em especial, Carol, Kátia, Tenório, Arlinda, Geizy e Aluísio. Também tem a querida amiga Kamilla (obrigada por tudo, miga).

LISTA DE SIGLAS

ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA, em português)
AIS	Atenção Integrada de Saúde
ARV	Medicamentos Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
BM	Banco Mundial
CF	Constituição Federal
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAPA	Grupo de apoio de prevenção da Aids
HD	Hospital-Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo e Assexuais
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MHD	Materialismo Histórico Dialético
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
NASF	Núcleo Saúde da Família
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
NOAS/SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONG	Organização Não Governamental
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SUCAN	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Descentralizado de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde (Hoje denominada de USF – Unidades de Saúde da Família)
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para Aids
PNAINSM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RNPVHA	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRGN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
FUFP	Fundação Universidade Federal do Piauí
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
PUCG	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Mato Grosso

RESUMO

Compreende-se que as mulheres com HIV/Aids têm apresentado situações de vulnerabilidade e necessidades específicas nem sempre reconhecidas e satisfeitas pelos serviços destinados à assistência de pessoas HIV/Aids. Essas situações estão permeadas por relações desiguais de gênero e poder que apontam para a necessidade de estudos e de intervenção sobre a abordagem de gênero, contemplando-se, em particular, as mulheres com HIV/Aids. Esta pesquisa tem como objetivo primordial analisar e identificar a relação entre a feminização do HIV/Aids e sua interface com as desigualdades de gênero em mulheres soropositivas atendidas na Atenção Básica do município de Itabaiana/SE. O materialismo histórico dialético oferece elementos epistemológicos e ontológicos para a compreensão da totalidade do objeto desta pesquisa na sociedade capitalista, estabelecendo-se uma relação com as determinações do real. A abordagem feminista mostra-se pertinente, por se tratar de uma investigação no âmbito dos estudos de gênero, priorizando-se a descoberta de temas, categorias e conceitos, a partir dos dados do fenômeno, da atuação desta pesquisadora e de sua visão de mundo, como instrumento primário de compreensão do objeto. A metodologia de caráter qualitativo teve por base fontes documentais e bibliografias, como: a) Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) com o recorte temporal de 2014-2020, para o mapeamento da produção do conhecimento sobre o objeto no campo do Serviço Social; b) dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde relativos aos prontuários da Secretaria da Saúde de Itabaiana/SE sobre os atendimentos das mulheres soropositivas, priorizando-se a Atenção Básica do Município no marco temporal indicado. A revisão bibliográfica, cuja base teórica se encontra em livros e artigos científicos, clássicos e contemporâneos, se deu no processo metodológico, na abordagem da temática, na interlocução da teoria e dos dados, a partir das análises qualitativas e das fontes documentais. Desigualdades em saúde – nas condições de saúde ou nos serviços de saúde – não são um “fato da natureza”. A retificação dessas desigualdades, no presente e no passado, sempre envolveu confrontar as injustiças sociais. Para alcançar a equidade em saúde, o principal foco dos serviços de saúde e de saúde pública deve ser a equidade em saúde – e não apenas a obtenção de um padrão médio de saúde. As diferenças no campo da saúde estão inscritas num conjunto de relações sociais (determinadas pela formação histórica e social), que, a partir da experiência vivida de cada sujeito, criam uma subjetividade e uma identidade. As diferenças entre raça, classe, gênero, geração e sexualidade são colocadas como eixos de diferenciação ou marcadores de diferença. Avaliamos como imprescindível que os/as profissionais de saúde passem a considerar as “inter-relações das várias formas de diferenciação social, empírica e histórica, mas sem necessariamente derivar todas elas de uma só instância determinante”.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção básica. Saúde. Feminização da HIV/Aids. Gênero. Direitos.

ABSTRACT

It is understood that women with HIV/AIDS have presented situations of vulnerability and specific needs that are not always recognized and satisfied by services aimed at assisting HIV/AIDS people. These situations are permeated by unequal relations of gender and power that point to the need for studies and intervention on the gender approach, particularly women with HIV/AIDS. The main goal of this research is to analyze and identify the relationship between the feminization of HIV/AIDS and its interface with gender inequalities in HIV-positive women assisted in Primary Care in the city of Itabaiana/SE. Dialectical historical materialism offers epistemological and ontological elements for understanding the totality of the object of this research in capitalist society, establishing a relationship with the determinations of reality. The feminist approach is pertinent, as it is an investigation within the scope of gender studies, prioritizing the discovery of themes, categories and concepts, based on the phenomenon's data, the work of this researcher and her worldview, as a primary tool for understanding the object. The qualitative methodology is based on documentary sources and bibliographies such as: a) consultation of the Bank of Theses and Dissertations of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) with the 2014-2020 time frame, to map the production of the knowledge about the object in the field of Social Work; b)) data made available by the Ministry of Health related to the medical records of the Health Department of Itabaiana/SE on the care of seropositive women, prioritizing the Primary Care of the Municipality in the indicated time frame. The bibliographical review, whose theoretical basis is found in classic and contemporary scientific books and articles, will take place in the methodological process, in the approach to the theme, in the interlocution of theory and data, based on qualitative analyzes and documentary sources. Health inequalities – in health conditions or in health services – are not a 'fact of nature'. The rectification of these inequalities, in the present and in the past, has always involved confronting social injustices. To achieve equity in health, the main focus of health and public health services must be equity in health – not just achieving an average standard of health. Differences in the field of health are inscribed in a set of social relationships (determined by historical and social formation), which, based on the lived experience of each subject, create a subjectivity and an identity. Differences between race, class, gender, generation and sexuality are placed as axes of differentiation or markers of difference. We consider it essential that health professionals start to consider the “interrelationships of the various forms of social, empirical and historical differentiation, but without necessarily deriving all of them from a single determining instance”.

KEY WORDS: Basic attention. Health. Feminization of HIV/AIDS. Gender. Rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 1991- 2000-2010.....	48
Quadro 2 Modelo geral para estratificação de risco	77
Quadro 3 Qualificar os profissionais	78
Quadro 4 Disponibilizar exames de CD4 e Carga Viral (CV).....	78
Quadro 5 Viabilizar o acesso aos antirretrovirais – ARV	79
Quadro 6 Pesquisa na base de dados Capes.....	116
Quadro 7 Mapeamento de temas sobre “HIV/Aids e outros assuntos correlatos” no âmbito do serviço social entre 2014-2020.	117
Quadro 8 Mapeamento e análise de temas sobre HIV/Aids e Mulheres - produções publicadas no âmbito do Serviço Social entre 2014-2020.	120
Quadro 9 Casos de Aids notificados pelo MS, declarados entre o período de 2014-2020....	130

GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual de gestantes soropositivas do município de Itabaiana/SE entre o período de 2014-2020	132
Gráfico 2: Grau de escolaridade entre os anos de 2014 e 2020.....	134
Gráfico 3: Ocupação entre os anos de 2014 e 2020	135
Gráfico 4: Raça/cor entre os anos de 2014 e 2020	137
Gráfico 5: Estado Civil entre os anos de 2014 e 2020	139
Gráfico 6: Categoria de exposição do HIV/Aids entre os anos de 2014-2020.....	141

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	A ESTRUTURA DO TRABALHO	23
1.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
2	CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO HIV/AIDS E A POLÍTICA DE ATENDIMENTO (COM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA PARA PESSOAS COM A DOENÇA)	32
2.1	SURGIMENTO E EXPANSÃO DA AIDS	32
2.2	PARTICULARIDADES DA AIDS NO BRASIL: PERFIS EPIDEMIOLÓGICOS	41
2.3	A AIDS NO ESTADO DE SERGIPE	44
2.4	OS MOVIMENTOS DE LUTA CONTRA A AIDS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	50
2.5	(AS) RESPOSTAS DO ESTADO FRENTE AO HIV/AIDS: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES COM HIV E GÊNERO	55
2.6	ASPECTOS HISTÓRICOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS E DA ATENÇÃO NO BRASIL	58
2.7	SERVIÇO DE SAÚDE NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS	70
2.8	A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS E O RECENTE PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA	74
3	CAPÍTULO II - GÊNERO E SEXUALIDADE EM INTERFACE COM FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS	85
3.1	UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE O PATRIARCALISMO	85
3.2	FEMINISMO: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA	89
3.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO	93
3.4	PENSANDO A SEXUALIDADE	98
3.5	A FEMINIZAÇÃO DA AIDS: a “invisível” vulnerabilidade feminina.	104
4	CAPÍTULO III - PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL	115
4.1	PRODUÇÃO DO CATÁLOGO DE TESES E DISSERTAÇÕES DA CAPES	116
4.2	MAPEAMENTO E ANÁLISE DE OUTRAS PESQUISAS QUE TRAZEM COMO OBJETO A FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS ATRELADA ÀS RELAÇÕES DE GÊNERO NA CAPES	121
4.3	PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS NAS PESQUISAS DA CAPES	127
4.4	PERFIL SOCIAL DAS MULHERES COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ITABAIANA /SE	130
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
	REFERÊNCIAS	153
	APÊNDICE	171

1 INTRODUÇÃO

O modelo de organização social reflexo do modo de produção capitalista define o perfil de adoecimento da sociedade. Isso implica dizer que as doenças que defrontamos e a maneira com que os distintos grupos sociais se impactam por elas têm vinculação direta com o arranjo estrutural de organização do trabalho e das condições de vida da população. A pandemia da Covid-19 mostra uma crise política em nível internacional de grandes dimensões, precipuamente, em razão do caráter intimidador da pandemia que não se deve precisamente ao potencial patogênico do vírus, mas ao estado precarizado dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo, principalmente, no Brasil. O desfinanciamento dos sistemas a partir de medidas de austeridade fiscal e cortes de direitos sociais, e os incentivos ao desenvolvimento do setor privado em saúde promovidos pelas últimas décadas de governos neoliberais, mostram uma dificuldade concreta de contingenciamento de epidemias.

Há séculos, algumas enfermidades e seus surtos epidêmicos e geográficos vêm, historicamente, mostrando a necessidade de o homem rever o seu modo de viver, de se alimentar e de se relacionar em sociedade. Da peste bubônica, primeira pandemia de que se tem notícia, ocorrida no século XIV, causando a morte de quase 30% da população da Europa, logo mais, passamos por outras de grande gravidade e repercussão, poder de contágio e proliferação, tais como as gripes russa (1580) e espanhola (1918), chegando à Aids (1980). Posteriormente, no momento em que o mundo se propôs a contribuir com o fim da pandemia do HIV/Aids elaborando estratégias e traçando metas para ninguém ficar para trás, emerge a atual pandemia da Covid-19, em 2020, que trouxe preocupação referente a outra pandemia 40 anos mais antiga: a de que o fechamento de fronteiras e as medidas para combater o coronavírus afetem negativamente a meta de extinguir a epidemia de HIV até 2030.

Convém ressaltar que as estratégias mencionadas foram provenientes da Declaração Política de 2016 das Nações Unidas na Reunião do Alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2016 sobre o Fim do HIV/Aids, e também da ação do Unaid para 2016-2021, no qual previa, entre outras questões: eliminar estigma e a discriminação relacionada ao HIV; eliminar a desigualdade de gênero e pôr fim a todas as formas de violência contra as mulheres e meninas, pessoas vivendo com HIV e populações-chave¹.

¹ [...] segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV/Aids e que apresentam prevalência superior à média nacional, que é de 0,4%. Essas populações são: gays e outros hsh; pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras (es) sexuais. Disponível: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/20-o-que-e-populacao-chave-para-o-hiv> Acesso: 20 de jun. 2021.

Essa nova doença do coronavírus é uma dessas antigas e conhecidas batalhas, com algozes invisíveis, que estamos enfrentando, hodiernamente. O vírus, denominado SARS-Cov-2, da família do *Coronaviridae*, de rápida disseminação e perigosa infecção, vem propagando o medo, impondo prisões, causando infortúnios e deixando um rastro de tristeza e lutos em nosso caminho (FREITAS, NAPIMOGA, DONALISIO, 2020). Desde que a pandemia de Covid-19 começou a se espalhar sobre a população nos primeiros meses de 2020, duas tensões distintas têm se mantido acesas nas páginas da internet. De um lado, na busca por alguma referência para aquilo que “denominamos de tempos estranhos”, muitos têm olhado para a pandemia de Aids, procurando lições, de algum tipo de conselho sobre como lidar com tempo de mortes maciças, histeria e medo. Do outro, porque a pandemia de Aids foi um monstro muito peculiar, há uma percepção de mantê-la em um armário protegido com vidro laminado e deixá-lo descansar em paz (RODRIGUEZ, 2020).

A Covid é uma virose aguda, a Aids, crônica — para a primeira doença, recentemente, foram produzidas vacinas, já a segunda está no processo de construção, embora remédios antivirais tenham eficácias excelentes. O que não se aplica aos tratamentos medicamentosos [contra o coronavírus] são frustrantes. A “Peste” da Covid-19, mesmo com o atual brilho anunciado pela medicina, ecoou no século XXI, os medos e os terrores das Pestes históricas. A ciência não mostrou novidades. A Covid-19 continua sem cura; a morte, nos casos mais graves, mesmo com o grau de tecnologia usada nas UTIs. As sequelas são alheias às intervenções médicas. A Saúde Pública vem reiterando as antigas normas sanitárias! O isolamento domiciliar dos transmissores substituiu os “leprosários” com a proposta de isolar os doentes para se evitar o contágio.

Nesse ambiente conturbado, confuso e repleto de dúvidas e ações desencontradas, não deixamos de perceber que a mesma dificuldade de obter informações confiáveis sobre a Covid-19 esteve presente no início da pandemia de Aids, ocorrida no início da década de 1980, há 40 anos, igualmente causando à coletividade pânico, dúvidas e incertezas, e provocando estigmas, preconceitos e discriminações em relação aos infectados. Porém, o que temos de certo sobre essas duas pandemias é o poder de destruição de seus vírus, pois, ao entrarem no organismo, sofrem reiteradas mutações, causando um conjunto de sintomas que variam de organismo para organismo, podendo provocar de uma simples febre a uma pneumonia severa.

O nascimento dessa nova enfermidade da Covid-19 vem permitindo conhecer, de forma dolorosa, a ação e a rapidez de seus agentes infecciosos ante a vulnerabilidade do ser humano. Diante disso, o isolamento social se tornou estratégia de autocuidado e sobrevivência. O distanciamento entre as pessoas surge como meio de impedir o avanço da pandemia em nosso

meio. Um simples aperto de mão, um afetuoso abraço, um toque inesperado numa superfície contaminada que pode estar impregnada de vírus facilitam o contágio. A imposição de estratégias preventivas à Covid-19 produz e reforça o cuidar de si e o cuidado com o outro, e isso vem se tornando “‘o maior experimento psicológico do mundo’ [...] colocando à prova a capacidade humana de extrair sentido do sofrimento e desafiando indivíduos e sociedade [...] a promoverem formas de coesão que amortecem o impacto de experiências-limite na vida mental [da população]” (LIMA, 2020, p. 6).

Com base nesta breve reflexão diante do cenário da pandemia, podemos dizer que estamos vivendo socialmente isolados e psicologicamente fragilizados, diante de inúmeras variedades psicossomáticas de adoecimento que estão surgindo. Dentro ou fora dos confinamentos, o indivíduo passa a estabelecer com o meio uma relação conflituosa entre continuar vivo ou morrer. Nessas condições, não há sistema imunológico que suporte, principalmente os das pessoas com vírus HIV. Assim, essa população se torna ainda mais vulnerável do que já é. A pandemia está causando um enorme impacto para o combate e o tratamento da Aids em todo o mundo. Essa preocupação se tornou evidente na 23ª Conferência Internacional sobre a Aids, ocorrida por videoconferência no início de julho de 2020, na qual foram discutidas questões diretamente ligadas a essa problemática. Segundo pesquisa realizada pela Agência Aids em junho de 2020, houve diminuição de 40% das equipes e 35% das consultas, levando a uma queda de 22% nas testagens de HIV (AGÊNCIA AIDS, 2020). A interrupção no tratamento está relacionada às estratégias de cuidado durante a pandemia, incluindo a redução da busca de cuidados e da capacidade para atendimento dos próprios serviços de saúde, devido à alta demanda de casos relacionados à Covid-19, além da possibilidade de ocorrer também a interrupção da distribuição de medicamentos.

De acordo com a Unaid², a interrupção de serviços voltados para o público com HIV pode resultar em cerca de 500 mil mortes a mais por Aids, considerando um período de 6 meses de interrupção da terapia antirretroviral (UNAIDS, 2020). Com isso, haveria um grande número de mortes por Aids resultantes do período da pandemia da Covid-19 pelos próximos cinco anos. No caso de interrupção por um período de três meses, o impacto seria reduzido, mas, ainda assim, significativo (HOGAN *et al.*, 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), 39 milhões de pessoas foram diagnosticadas com o vírus HIV em todo o mundo. No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2019), de 1980 a junho de 2019, foram

² UNAIDS. Interrupções de serviços de HIV por causa da Covid-19 podem causar centenas de milhares de mortes a mais por aids. Brasília. 11 de maio de 2020. Disponível em: <https://unaid.org.br/2020/05/interrupcoes-de-servicos-dehiv-por-causa-da-covid-19-podem-causar-centenas-demilhares-de-mortes-a-mais-por-aids>.

identificados 966.058 casos de Aids, e calcula-se que houve uma média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos. Quanto ao número de mortes, foram notificados, de 1980 a 31 de dezembro de 2018, 338.905 óbitos por Aids.

Fazendo uma breve comparação com a Covid-19, segundo o Ministério da Saúde (2020), de março a 15 de agosto de 2020, foram contabilizados 3.224.876 casos confirmados, sendo 2.356.640 casos recuperados, 762.773 casos em acompanhamento, e 105.463 óbitos confirmados (CORONAVÍRUS-BRASIL, 2020). Nessa direção, durante esse processo de pandemia da Covid-19, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids) tem comunicado mensagem para que os países criem investimentos e medidas arrojadas para diminuir o número de infecções. Mas as políticas de confinamento e o fechamento das fronteiras afetaram a produção e a distribuição de medicamentos – o que, conforme análise realizada pelo Unaid, poderia gerar crescimento de custos dos remédios e problemas de abastecimento.

A crise causada pela pandemia de Covid-19 vem impactando um retrocesso dramático aos avanços duramente conquistados na saúde global, inclusive os ligados ao HIV/Aids, mexendo em todas as áreas essenciais que afetam o cotidiano das pessoas afetadas pelo HIV ou mais vulneráveis. Nesse contexto, devemos garantir que a pandemia de Covid-19 não altere a nossa mobilização em face do HIV/Aids e evitar qualquer tipo de desmobilização, pois, caso contrário, tudo o que construímos para responder ao HIV estará sob ameaça de ampliar ainda mais as desigualdades sociais. No bojo dessa discussão, convém salientar que a pandemia do HIV não acabou. Com 1,7 milhão de novas infecções em 2019 e 38 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, vivemos em uma época de duas pandemias paralelas. Não apenas as lições de uma pandemia devem informar a outra, mas as respostas devem apoiar-se mutuamente, tendo o cuidado para não prejudicar o progresso alcançado até agora (UNAIDS, 2020). Aids e Covid-19 têm em comum o fato de, primeiramente, a propagação das duas doenças por todo o mundo ter ocorrido quando o agente etiológico delas era desconhecido. Dessa forma, no interim da pandemia da Covid-19, o Programa Unaid tem alertado os países que adotem medidas e coordenadas para reduzir a transmissão e proteger todos contra os impactos mais amplos do vírus, uma vez que os impactos socioeconômicos dessa pandemia serão profundos e duradouros.

Dito isso, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) encontra terreno fértil para discussões acerca do potencial político das organizações que se voltam para lutar em busca da defesa dos direitos das pessoas que vivem com o vírus e/ou com a doença. Isso se dá em razão dos movimentos de reivindicação por direitos e sua ampliação, principalmente, a partir da ditadura com as inquietações em torno da redemocratização do país e as conquistas da

Reforma Sanitária expressas na Constituição Federal de 1988 e a lei nº 8080/1990, que trouxe uma nova concepção de saúde. O surgimento da síndrome decorre da década de 1980 nos Estados Unidos e logo mais se alastrou por todo o mundo. No Brasil, a epidemia³ começou a ser registrada em meados da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos da doença nos centros urbanos mais populosos do país no estado de São Paulo, vindo, em seguida, as notificações no Estado do Rio de Janeiro. Nesse momento, de acordo com Martins (2014), a mídia executou o papel de propagar o aumento dos perigos dessa doença, o que propiciou os estudos acerca da Aids a possibilitar caminhos para além do enfoque puramente biomédico, fazendo apreender a Aids como uma doença de grande cunho social e de debates sobre os comportamentos sexuais dos indivíduos.

Inicialmente, a contaminação da Aids estava relacionada a “grupos de risco”, como homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos (que recebiam sangue) e profissionais no sexo. Posteriormente, utilizou-se a ideia de “comportamento de risco”, donde a expansão da doença dava-se pelos indivíduos com comportamento sexual “promíscuo”, pessoas que “praticavam sexo sem preservativo” ou utilizavam “drogas injetáveis” (BRASIL, 2003).

A partir da disseminação da doença e da notificação, começavam a surgir os primeiros casos da Aids também em mulheres. O crescimento considerável da doença em mulheres denominou-se de feminização do HIV/Aids, um relato acerca da mudança no perfil da doença. Assim, ao longo dos anos, a pandemia da Aids vem se feminizando, pauperizando, interiorizando e heterossexualizando. Na atualidade, há uma tendência crescente de infecção de mulheres por via heterossexual de parceiro único.

Atrelado ao processo de feminização, discute-se a vulnerabilidade feminina, que é assinalada pela subordinação da mulher ao desejo masculino em relações desiguais de gênero, de forma a determinar relações conflituosas na sua própria sexualidade, pois a mulher assume a passividade quanto à tomada de decisões. Assim, é válido considerar as relações de gênero como determinantes no processo saúde-doença das mulheres, pois influenciam o seu comportamento diante do autocuidado. Nesse sentido, podemos identificar que as mulheres estão submetidas cotidianamente a contextos sociais que potencializam sua vulnerabilidade ao HIV/Aids. Destacam-se as desigualdades de gênero, o fato de a mulher, na maioria das vezes,

³ Cabe ressaltar que a Aids nos primeiros anos de sua descoberta era considerada uma epidemia, contudo, quando ela começou a se proliferar mundialmente e atingir todos os continentes, passou a ser uma pandemia. Nessa direção, é pertinente apontar que alguns autores utilizam o termo epidemia.

acreditar que não detém a posse do seu corpo; pobreza; a baixa escolaridade e a não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

A vulnerabilidade feminina advém, principalmente, por dois fatores: uma vez tendo apenas um parceiro (relação estável), elas não sentem a necessidade de usar preservativo e o segundo fator está vinculado às questões de gênero, pois, diversas vezes, as mulheres acreditam não terem poder sobre o seu corpo e acabam se submetendo às vontades e aos desejos de seus parceiros. Assim, corroboramos com entendimento da Unids (2006), quando pondera que as mulheres estão sendo infectadas primeiramente e precipuamente por causa de sua aguda vulnerabilidade social. A falta de direitos e o poder delas em relação ao rendimento familiar, propriedade, escolhas de vidas e até seus próprios corpos facilitam a rápida difusão do vírus HIV/Aids. Acreditamos ainda ser necessário levar em consideração as diversas dimensões socioculturais na vulnerabilidade feminina e colocá-las no cerne de nossas políticas e ações.

Nesse sentido, vale frisar que, historicamente, as políticas de atendimento ao HIV/Aids, no Brasil, tinham seu componente assistencial desenvolvido precipuamente nos serviços especializados, cabendo apenas à atenção básica através da ESF (Estratégia Saúde da Família), ações de prevenção e promoção. Com a alteração proposta pelo Ministério da Saúde, a partir de 2012, o serviço de atendimento passa a ser ofertado também na atenção básica. As estratégias elencadas, desde o início da pandemia pelo Ministério da Saúde (MS), diminuiu muito a incidência de óbitos no Brasil, contudo, ainda não foi possível controlar o número de infecções do vírus.

No Brasil, é cada vez mais frequente o aumento do número de mulheres contaminadas pelo vírus HIV/Aids. Segundo dados de um boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, de 1980 até junho 2019, foram registrados 663.462 (65%) casos de Aids em homens e 332.505 (34%) em mulheres. Assim, constata-se que, apesar de os homens ainda serem os maiores infectados pelo vírus, é notável e assustador o número de mulheres infectadas pelo HIV nos últimos anos (BRASIL, 2019). Segundo essa lógica, de acordo com o MS, o crescimento de casos da doença em mulheres é predominante entre as faixas etárias de 25 e 39 anos e acima de 60 anos. Acerca da taxa de detecção de Aids em mulheres a partir de 60 anos, na última década, teve um aumento de 5,3 para 6,4 pessoas a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2020). Isso pode estar atrelado a diversos fatores, entre eles, a negação pela sociedade do idoso como indivíduo sexualmente ativo, a falta de campanhas que tragam maior visibilidade para essa problemática.

A questão do HIV/Aids em mulheres em idade reprodutiva torna-se algo também preocupante, pois conduz a uma maior ocorrência da transmissão vertical. O Estado de Sergipe se destacou entre as unidades de federação no alargamento dos casos. Em 2010, havia 58

gestantes soropositivas no Estado. Porém, os números de 2019 apontaram 112 casos registrados (BRASIL, 2019). Isso, inúmeras vezes, é decorrente da “ausência” de prevenção e da hierarquização de poder nas relações afetivo-sexuais, o que dificulta a comunicação acerca da sexualidade entre os parceiros e resulta em justificativas para a não utilização de métodos preventivos em relações estáveis. Adicionando-se a isso, outras vulnerabilidades, tais como: condições de pobreza, empregos precários e os aspectos culturais que submetem as mulheres à esfera sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2019)

A partir dessas discussões, encontra-se o terreno fértil para realizar esta pesquisa, tendo em vista o processo de descentralização do atendimento para a atenção básica e o alto índice de mulheres infectadas pelo HIV/Aids, precipuamente em decorrência das relações de gênero. O número de mulheres diagnosticadas com o HIV/Aids alargou consideravelmente a partir dos anos 90 e continua crescendo na contemporaneidade, arremetendo-as essencialmente em idade reprodutiva, apresentando como enorme problema de saúde pública, uma vez que faz surgir oportunidade para a transmissão vertical, além de apontar as relações desiguais entre os gêneros, de poder e subordinação construída, ao longo dos anos pela sociedade.

Ademais, e ainda de acordo com a Unids, no mundo, as mulheres jovens representam mais de 60% dos casos de HIV/Aids. O interesse pelo estudo sobre a temática HIV/Aids e Mulheres especificamente no município de Itabaiana Sergipe surgiu no mestrado, quando cursava a disciplina gênero e políticas públicas na condição de aluno especial. Tal situação começou a trazer questionamentos quanto ao crescimento rápido do índice de mulheres contaminadas pelo HIV/Aids e se esse fenômeno estaria relacionado a um processo culturalmente construído ou interligado à questão de gênero.

Nesse contexto, é pertinente acrescentar algumas especificidades durante a trajetória acadêmica e profissional que também possui aproximação com essa temática, tais como: o estágio supervisionado foi realizado em um Hospital Universitário/SE, especificamente na infectologia, o local de internação de usuários/as com HIV/Aids, onde possibilitou a aproximação de questões relacionadas ao HIV/Aids, desde as políticas de prevenção e cuidado, até a produção e análise de dados afins. Essa foi uma experiência enriquecedora que pode acumular conhecimentos e proporcionar amadurecimento profissional. O trabalho de conclusão de curso foi sobre “a organização política de mulheres soropositivas no município de Aracaju”. Esse contato direto com a temática e usuárias soropositivas possibilitaram reflexões e inquietações acerca dos serviços de saúde de atendimentos oferecidos a esse público. Tais questões não foram contempladas na pesquisa elencada.

A partir de então, durante atuação profissional na Residência Multiprofissional em saúde do adulto e idoso e na atenção básica, foi possível observar a dinâmica das ações de saúde relacionadas à população feminina nas instituições de saúde, como também, a incidência do HIV/Aids nessa população. Na realização dos atendimentos sociais no hospital, obtive maior contato com mulheres empobrecidas e de baixa escolaridade que vieram a contrair o vírus HIV de seus maridos ou companheiros em relações estáveis. Além disso, foi possível, em alguns momentos, evidenciar relatos de mulheres contaminadas pela doença, e que a submissão feminina poderia estar relacionada com essa questão de desigualdades de gênero.

A relevância dessa pesquisa se dá pela escassez de discussão sobre essa temática. Apesar de muito falar-se sobre HIV/Aids como problema de saúde pública mundial, a doença mantém uma elevada magnitude em diversos países. No Brasil, segundo dados do Programa das Nações Unidas HIV/Aids (Unaid), registra-se 48 mil casos de Aids e, em Sergipe, mais de 6 mil pessoas foram notificadas com a doença. Deve-se alertar para o caráter heterogêneo da pandemia, no decorrer das últimas décadas, em diferentes localidades e grupos humanos. Porém, apesar da importância do HIV/Aids e de seus multifatores para a área da saúde e da sociedade em geral, o aprofundamento deste tema tem sido pouco explorado nas Universidades, principalmente no âmbito do Serviço Social.

Nessa direção, vale notificar que Itabaiana está entre os municípios no Estado de Sergipe, que apresentam maior prevalência para o HIV/Aids em terceiro lugar (4,5%) entre os casos notificados, ficando atrás apenas da Capital Aracaju (44,99%) e Nossa Senhora do Socorro (9,4%). O município é considerado uma das sete regiões de saúde do Estado, fica na região Central de Sergipe e ocupa uma área de 364 quilômetros quadrados com uma população de 96.142 habitantes.⁴ É o mais importante município da microrregião do Agreste de Itabaiana.

Dessa maneira, o projeto de pesquisa ora apresentado constituirá um importante instrumento de estudo sobre a temática, que perpassará assistência às mulheres vivendo com HIV/Aids, colocando-a como via de enfrentamento da doença como também servirá um mecanismo relevante de articulação para os movimentos sociais de saúde que lutam por uma assistência de qualidade.

Assim, a realização da pesquisa apresenta relevância social, com vistas a dar maior visibilidade às mulheres soropositivas, e conseqüentemente fortalecer não só a categoria das mulheres vivendo com Aids, bem como todos os outros segmentos, como homens, crianças e adolescentes, homossexuais, profissionais do sexo, idosos, etc., para que eles também se

⁴Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/itabaiana/panorama>>. Acesso em : 12 de fev. 2021.

fortaleçam por meio do protagonismo político. Tal visibilidade pode contribuir para ganhos consideráveis para (a) o soropositiva (o), como a maior atenção do Estado a esse segmento que enfrenta dificuldades de diversas ordens, como os problemas de saúde, o preconceito da sociedade, o aprofundamento da pobreza por sua condição de infectado, e outros.

A pesquisa também contribui para compreender a especificidade da pandemia em mulheres, e propor a criação de novos projetos, programas e políticas sociais que tratem com especificidade a Aids no público feminino, como forma de enfrentamento da questão. Isso porque, conforme aponta Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999):

De [...] 1990 [...] para cá, muitos equívocos foram e continuam a ser cometidos: a maior parte dos programas educativos para as mulheres têm sido direcionados para as trabalhadoras sexuais, vistas como os ‘reservatórios de HIV’ que ameaçam a humanidade (CAROVANO, 1991). [...] assim, as mulheres comuns, as donas de casa, mães de famílias e, especialmente as pobres, que têm pouco ou nenhum acesso às informações e serviços, estão sendo negligenciadas ou abordadas somente em seus momentos de reprodução (quando grávidas) (VERMELHO; BARBOSA; NOGUEIRA, 1999, p. 370)

Para a comunidade acadêmica, também constitui um importante instrumento de estudo, visto que há uma dificuldade em se encontrar estudos sobre mulheres soropositivas atendidas na Atenção Básica, podendo constituir um referencial teórico que contribua para a elaboração de estudos posteriores.

A esse aspecto, destacamos que este estudo é o primeiro realizado no Estado de Sergipe pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, pois, em levantamento dos estudos correlatos sobre a Aids em Sergipe, nas principais faculdades de Serviço Social do Estado, percebeu-se a não existência de estudos que discorram sobre essa temática.

Como profissional de saúde, percebo a relevância e a necessidade de conhecimentos na área da saúde em nível local, tendo visto que cada realidade é única e suas particularidades necessitam ser reconhecidas. Este estudo poderá auxiliar profissionais de saúde no entendimento de questões práticas e subjetivas de mulheres vivenciando o recém-diagnóstico do HIV/Aids, como também as potencialidades de cuidado integral da saúde, considerando aspectos sociais totais das implicações que estão embutidas da doença em mulheres.

Para o Serviço Social, a pesquisa também apresenta relevância, considerando que o/a profissional de serviço social busca, por meio da dimensão pedagógica, orientar seus usuários no que tange à viabilidade de seus direitos. Além disso, esse profissional deve compreender a importância dos movimentos sociais, das políticas públicas no processo de emancipação dos

sujeitos. Isso porque o próprio projeto profissional do Assistente Social “se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero” (NETTO, 1999, p. 15).

Conforme Carloto (2001), a existência de gêneros é a manifestação de uma desigual distribuição de responsabilidade na produção social da existência. A sociedade ordena uma distribuição de responsabilidades que são alheias aos propósitos das pessoas, sendo que os critérios desta distribuição são sexistas, racistas e classistas. Trata-se de apreender que “a construção dos gêneros se dá através da dinâmica das relações sociais e são importantes para a manutenção da estrutura capitalista, havendo um lugar socialmente atribuído a cada um que determina como sobreviverá segundo sua classe, sexo e cor” (CARLOTO, 2001, p. 201).

Para Izquierdo (1992), poderíamos nos referir aos gêneros como obras culturais, modelos de comportamento mutuamente supressórios cuja aplicação supõem o hiperdesenvolvimento de um número de potencialidades comuns aos humanos em prejuízo de outras. Modelos que se impõem ditatorialmente às pessoas em razão do seu sexo. Trata-se do princípio da dialética que é imprescindível para a perspectiva da história na teoria de Marx. Mas esta só seria uma aproximação superestrutural do fenômeno dos gêneros. Nesse ponto, Izquierdo (1992) cita Marx:

Na produção social de sua existência os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; estas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. O conjunto destas relações de produção constituem a estrutura econômica da sociedade, a base real, sobre a qual se leva uma superestrutura jurídica e política e a qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. Não é a consciência dos homens o que determina a realidade; ao contrário, a realidade social é a que determina sua consciência. (Contribuições à Crítica de Economia Política). (MARX *apud* IZQUIERDO, 1992, p. 7).

Na relação de gênero, compreendemos o contexto manifesto da diversidade, podendo-se dizer que se trata do diverso, do variado, do múltiplo e do diferente. Socialmente falando, é composta por grupos humanos diferenciados por suas características, tais como: raça, etnia, gênero e sexualidade (CARLOTO, 2007).

A diversidade, do ponto de vista cultural, pode ser compreendida como a construção histórica, cultural e social das diferenças. De acordo com Gomes (2007, p.17), ela é “construída no processo histórico-cultural, na adaptação do homem e da mulher ao meio social e no contexto das relações de poder”. Parte-se do entendimento de que as desigualdades de riqueza e a complexidade da teoria marxista se expressam pelo seu pluralismo e a diversidade. Nesta pesquisa, a pretensão é estabelecer um espaço de articulação com o objeto buscando conferir-

lhe um caráter mais articulado e coletivo num país de dimensões continentais como é o Brasil. Entendemos que é importante compreender o movimento histórico que permite desvendar como alguns aspectos das diferenças existentes entre as pessoas (que podem estar inscritas no campo do natural, como o sexo, a cor da pele, os desejos, o corpo de uma maneira geral) se transformaram em desigualdades sociais (assim, a cor da pele fundamenta uma posição social, o gênero como uma condição feminina subalterna, etc.).

É fundamental entender e articular as ideias de diferença e desigualdade social, e compreender a relação entre as desigualdades estruturantes e as diferenças que se articulam com elas. As desigualdades se estruturam ao longo do tempo, e dizem respeito a um acesso desproporcional aos recursos primordiais. Segundo Carlos Moore (2012), esses recursos seriam: o acesso à educação, aos serviços públicos, aos serviços sociais, ao poder político, ao capital de financiamento, às oportunidades de emprego, às estruturas de lazer, e até ao direito de ser tratado equitativamente pelos tribunais de justiça e pelas forças incumbidas da manutenção da paz e o acesso aos bens materiais, como a propriedade e a renda.

Nesta perspectiva, observa-se que, no Brasil, as diferenças associadas à cor da pele, sexo e classe, determinam acessos desequilibrados aos recursos e políticas sociais fortalecendo desigualdades, suscitando questionamentos: as mulheres com HIV/Aids têm apresentado situações de vulnerabilidade? Como as suas necessidades específicas tem sido reconhecida e satisfeita pelos serviços destinados à assistência de pessoas HIV/Aids? A atenção Básica do município de Itabaiana/se tem seguido o protocolo sugerido pelo MS com o acompanhamento do atendimento integral (acompanhamento com toda equipe necessária para qualidade do cuidado) às pessoas com HIV/Aids? A vulnerabilidade das mulheres relacionada ao gênero vem contribuindo com o processo de feminização do HIV/Aids no município de Itabaiana/SE? As mulheres acometidas com a doença são monogâmicas e dependentes economicamente de seus companheiros? Dadas essas premissas, vale salientar que as questões assinaladas constituem a base para a condução desta pesquisa, na busca de resposta para a construção de conhecimentos sobre tema/objeto, antecipa-se como objetivo geral: Analisar e identificar a relação entre a feminização do HIV/Aids e sua interface com as desigualdades de gênero em mulheres soropositivas atendidas na Atenção Básica do município de Itabaiana/SE.

Tem-se como objetivos específicos 1) Evidenciar o papel da atenção básica no atendimento às pessoas com HIV/Aids e às mulheres soropositivas com o processo de descentralização do serviço; 2) Identificar se as relações de gênero e sexualidade podem contribuir para vulnerabilidade de mulheres e o processo de feminização do HIV/Aids; 3) Examinar e mapear na literatura científica como (e se) tem sido compreendida/pesquisada a

relação entre o HIV/Aids nos programas de pós-graduação em Serviço Social que abordam a intersecção de temas entre HIV/Aids em mulheres e as questões de gênero; 4) Traçar o perfil socioeconômico das mulheres soropositivas atendidas na Atenção Básica no Município de Itabaiana/SE.

Dessa forma, a pesquisa procura trazer à luz as relações de poder existentes no interior das relações de gênero que favorecem o número de mulheres infectadas pelo HIV/Aids. Refletir sobre essas questões é também uma forma de apreender o porquê da opressão das mulheres, da repressão, do controle, do poder, do preconceito, da construção de papéis e identidades sexuais; enfim, das múltiplas representações individuais e coletivas que giram em torno das mulheres na sociedade. Nesta linha de reflexão, tomando por embasamento a literatura examinada, é plausível antecipar hipóteses norteadoras, como fios condutores para a linha de pensamento, na busca por soluções adequadas ao problema, por meio da averiguação e demonstração. Para Barros (2008), a hipótese seria uma possível resposta para o problema formulado, devendo ser submetida à verificação. Nesse sentido, a complexidade do tema abordado permitirá considerar hipóteses orientadoras no processo da pesquisa. De acordo com Gil (2010, p. 17), “as hipóteses podem ser entendidas como afirmações, muitas vezes derivadas do senso comum, mas que conduzem à verificação empírica”.

Nesta direção, as hipóteses aventadas para este estudo compreendem que: 1- As desigualdades nas relações de gênero e sexualidade contribuem para o processo de feminização de mulheres na pandemia do HIV/Aids. A intrínseca relação existente entre a feminização da Aids e as desigualdades de gênero, expressam-se na medida em que, é atribuída socialmente as mulheres uma posição/lugar de subalternidade na sociedade, colocando-as em maior vulnerabilidade quanto à contaminação do vírus HIV; 2- As mulheres soropositivas atendidas na atenção básica no Município de Itabaiana provavelmente integram os segmentos sociais menos privilegiados e pauperizados economicamente.

O recorte temporal do estudo foi de 2014-2020. O período demarcou o início das publicações emitidas pelo Ministério da Saúde, descentralizando o atendimento integral às pessoas com HIV/Aids também para atenção básica.

Dito isso, compreende-se que as mulheres com HIV/Aids têm apresentado situações de vulnerabilidade e necessidades específicas, que nem sempre são reconhecidas e satisfeitas pelos serviços destinados à assistência de pessoas HIV/Aids. Essas situações estão permeadas por relações desiguais de gênero e poder, que apontam para a necessidade de estudos e de intervenção sobre a abordagem de gênero contemplando-se em particular, as mulheres com HIV/Aids. Nesse ponto, o gênero é tido como um eixo categorial que abrange duas dimensões

da ordem social. A partir da perspectiva distributiva, o gênero aparece como uma diferenciação de classe, enraizada na estrutura econômica da sociedade. Um princípio organizador básico da divisão do trabalho. O resultado é uma estrutura econômica que gera formas específicas de injustiça distributiva por gênero. Do ponto de vista do reconhecimento, por sua vez, o gênero aparece como uma diferenciação de status, enraizada na ordem de status da sociedade.

Os códigos de gênero abrangem padrões culturais de interpretação e avaliação, que são centrais para a ordem de status como um todo. Assim, uma das principais características da injustiça de gênero é o androcentrismo: um padrão institucionalizado de valor cultural que privilegia traços associados à masculinidade, enquanto desvaloriza tudo o que é codificado como “feminino”. Ambas as perspectivas estruturam amplas faixas de interação social hierarquizadas e desvantajosas para as mulheres principalmente aquelas inseridas em estratos de renda baixa.

Isto é, o fato de ser mulher com HIV/Aids, em si, já traz consigo uma série de questões complexas, pautadas em estruturas patriarcais. A moldura de sociabilidade em que estamos inseridos/as é pautada nas relações de dominação. A esse respeito, Pierre Bourdieu (2012) em sua obra “A Dominação Masculina” alerta o leitor sobre o fato de estarmos inseridos em padrões inconscientes de estruturas históricas da ordem masculina, e que, portanto, nosso olhar e análise estarão sempre sob o viés dessa ótica. Nesta linha de reflexão, valendo-se de dados históricos, literários, arqueológicos e artísticos, Gerda Lerner (2019) refaz o traçado evolutivo das principais ideias, símbolos e metáforas graças às quais as relações de gênero patriarcais foram incorporadas à nossa civilização, sustentando que a dominação da mulher pelo homem é produto de um desenvolvimento histórico.

Do entendimento das relações sociais nestes espaços, particularmente, espera-se contribuir para tornar visível a singularidade das mulheres com HIV/Aids, em um universo social, adverso. Dentro desse contexto, e fazendo uma reação com a Covid-19, sabe-se que ambos, Covid-19 e HIV, atingem aqueles que são mais marginalizados. No começo da epidemia do HIV/Aids, como foi sinalizado, havia a ideia de que a doença atingia grupos denominados “clube dos H”: homossexuais, usuários de heroína e hemofílicos. Vamos intensificar isso um pouco mais e destacar: população trans e *queer*, negros (e outros não brancos), pessoas que usam drogas, pessoas com necessidades especiais, meninas adolescentes e mulheres jovens, trabalhadoras e trabalhadores do sexo, pessoas privadas de liberdade. Está incluída aí grande parte dos grupos que ainda são mais suscetíveis ao HIV, atualmente.

Nesse sentido, as desigualdades em saúde têm crescido e afligem as populações dos países mais pobres. Sabe-se que um tipo particular de diferença de saúde está intimamente

ligado com desvantagem social, econômica e/ou ambiental. Disparidades de saúde afetam grupos de pessoas que sofreram sistematicamente maiores obstáculos para a saúde com base em sua raça ou grupo étnico; religião; condição socioeconômica; sexo; idade; saúde mental; estado cognitivo, deficiência sensorial ou física; orientação sexual ou identidade de gênero; localização geográfica; ou outras características historicamente relacionadas com discriminação ou exclusão (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2008, p. 28).

Com isso, estão em questão as políticas e as práticas de saúde injustas e desleais do passado e do presente, que favorecem econômica e socialmente alguns grupos em prejuízo de outros. O ponto básico é que as relações sociais injustas entre os grupos formam as características desses grupos, inclusive o seu estado de saúde. É a injustiça (resultante de relações e interações sociais desiguais) que determina e produz as desigualdades na saúde, e não apenas a “diferença” (KRIEGE, 2011). A consciência do que hoje seria nominado de “desigualdades em saúde” não é nova (KRIEGER, 2010). Na verdade, é fácil avistar os efeitos prejudiciais da miséria, da degradação e do trabalho duro sobre a saúde.

Descrições nesse sentido podem ser encontradas em documentos que remontam aos primeiros textos médicos conhecidos. Ademais, os números expressivos da prevalência da infecção por HIV/Aids entre travestis e mulheres trans indicam também a necessidade de atenção especial a esta população, utilizando-se pesquisas direcionadas para o desenvolvimento de ações que promovam saúde e qualidade de vida para grupos vulneráveis. Estimativas mundiais registram que 19% das travestis e mulheres trans estão vivendo com HIV/Aids; no Brasil, a prevalência está acima de 30%. Essas taxas são progressivas e exprimem a falta de atenção à saúde desta população. Raros estudos tratam sobre a adesão dessa população aos antirretrovirais, com resultados preocupantes comprovando falhas na adesão; além disso, escassos trabalhos científicos retratam a qualidade de vida de travestis e mulheres trans vivendo com HIV/Aids (DOURADO, 2016).

Conforme adverte Dourado (2016), a saúde de travestis e transexuais (TRANS) tem recebido crescente atenção mundial, como exibem relatórios de diversos países, apontando taxas substancialmente mais altas de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Mulheres transexuais exibem uma carga eminente de HIV, precisam prementemente de serviços de prevenção, tratamento e cuidados. Uma revisão sistemática de 2012 apreciou uma predominância do HIV de 19,1% (17,4 -20,0) entre 11.066 mulheres transexuais de 15 países. Entre 7.197 mulheres transexuais exibidas em 10 países de renda baixa e média, a prevalência foi de 17,7% (15,6 -19,8). E a razão de chances (OR) de infecção por HIV entre mulheres

transexuais em comparação com todos os adultos em idade reprodutiva nos 15 países foi de 48,8 (21,2 -76,3). Ainda de acordo com Dourado, com relação ao Brasil, uma pesquisa com 638 mulheres transexuais, a prevalência foi 33,1% e uma razão de chances de infecção por HIV de 85,3 em comparação com todos os adultos em idade reprodutiva. Ainda assim, pouco se sabe acerca da saúde e os motivos que cooperam para o crescente risco para as IST⁵ entre os indivíduos trans.

1.1 A ESTRUTURA DO TRABALHO

Os conhecimentos obtidos desta pesquisa foram sistematizados em três capítulos e as considerações finais. O primeiro capítulo tratou-se da Contextualização social e histórica do HIV/Aids e sua particularidade no Brasil, apontando a relevância dos movimentos sociais como protagonistas na luta por direitos das pessoas que vivem com a doença e as respostas do governo frente à Aids com Políticas Públicas para mulheres com HIV e Gênero no Brasil. Em seguida, abordamos os aspectos históricos da construção do SUS e da atenção básica, os serviços de atendimentos às pessoas com HIV/Aids, priorizando a assistência ofertada na atenção básica.

O segundo capítulo objetivou apresentar as categorias analíticas, patriarcado, gênero, sexualidade, feminização e vulnerabilidade aplicada à compreensão do HIV/Aids. Destacamos que tais categorias foram explanadas de forma clara, profunda e objetiva ao longo dos capítulos que estruturam esta pesquisa. Dessa forma, pretendemos elucidar as bases teóricas, fazendo inicialmente uma discussão acerca das considerações sobre o patriarcado, gênero, explicitando as conquistas e lutas dos movimentos feministas, bem como as relações de gênero e as desigualdades que vêm atreladas a este conceito. Em seguida, ainda neste capítulo, tratamos sobre os conceitos de sexualidade, evidenciando as relações de poder que existiram e ainda existem entre homens e mulheres durante a relação sexual. Por fim, encerramos o capítulo explanando e discutindo acerca das concepções sobre o processo de feminização da Aids, elencando os fatores que ressaltam este processo, bem como a vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV. Para isso, a revisão de caráter bibliográfico priorizou contribuições de autores relevantes sobre o tema, tais como: Scott (1990), Safiotti (1987), Ayres (1997) e Parker (2004),

⁵ O termo IST se refere às Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nos últimos anos, houve a adoção do termo IST em substituição ao termo DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis). A mudança ocorreu porque existe a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Disponível: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>. Acesso: 20 jun. de 2021.

Lima e Moreira (2008), Cruz (2005), Freyre, (2006), Foucault (1988), dentre outros não menos relevantes.

O terceiro capítulo teve como objetivo expor os resultados sobre o mapeamento e a análise de outras pesquisas que trazem como objeto a feminização do HIV/Aids atrelada às relações de gênero. Neste aspecto, foi possível observar que esse tema não vem sendo abordado com frequência nos estudos, sobretudo no âmbito do Serviço Social. Por último, exibimos o perfil socioeconômico das mulheres soropositivas atendidas na atenção do município de Itabaiana Sergipe.

1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

As últimas décadas demonstraram uma efervescência no debate em torno da relação entre desigualdade e diversidade, sobretudo por causa dos questionamentos que ativistas dos movimentos Negro, Feminista e LGBT fizeram em torno das diferentes facetas da dominação na sociedade que vivemos. Nesse contexto, emergiram teorias para pensar as relações de poder de forma a não as hierarquizar. Um dos dilemas para o feminismo marxista é refletir sobre a forma como lidar com tais teorias de maneira a ampliar as discussões dos processos históricos estruturais nas formações dos sujeitos, contribuindo com uma leitura das teorias imbricacionistas.

Embora seja mais ou menos consensual que o marxismo não pode ser reduzido, no que diz respeito ao estudo da sociedade, a uma teoria econômica, ou antropológica, ou política, ou qualquer outra, sendo, ao contrário, uma concepção de mundo totalizante, ou uma teoria ou método de apreensão do existente, a verdade é que o aprofundamento da divisão do trabalho intelectual, no campo das ciências humanas ou sociais, e a sua cristalização acadêmica burguesa, resultaram em um considerável fatiamento e cristalização do próprio campo teórico marxista, seguindo as linhas divisórias, reciprocamente excludentes, na aparência, das ciências humanas burguesas.

No sentido mais amplo, do senso comum, o método é a forma de ordenamento de uma atividade com o fim de alcançar um objetivo determinado. Como o conhecimento, de acordo com o materialismo, resulta da atividade prática, no sentido específico de meio de geração de conhecimento, ou seja, como instrumento de pesquisa, o método é o procedimento essencial para que o ser humano possa reproduzir o objeto ou fenômeno estudado, isto é, explaná-lo de modo fiel, no e através do pensamento. O procedimento destacado consiste no “conjunto de leis do método ou leis do pensamento. O objeto ou fenômeno reproduzido pelo pensamento é uma categoria do pensamento – um conceito ou uma teoria” (MARX, 1984)

Sendo a pesquisa motivada pelo objetivo de produzir novos conhecimentos, segue-se que a pesquisa científica é essencialmente uma atividade prática, mas uma atividade prática organizada em fenômeno determinado.

Em consonância com as questões e os objetivos da pesquisa, priorizamos contribuições do metodicamente, com o objetivo consciente de gerar novos conhecimentos sobre um objeto ou materialismo histórico dialético, em interlocução com as teorias feministas e de gênero, analisando o objeto numa contextualização sócio-histórica, estabelecendo conexão com as determinações do real que incidem sobre ele. No entendimento de Marx, utilizando o método dialético, todos os fenômenos econômicos ou sociais, todas as chamadas leis da economia e da sociedade, são produtos da ação humana e, por consequência disso, podem ser transformados por essa ação. Não são leis absolutas. São leis resultantes da ação e da interação, da produção e da reprodução da sociedade pelos indivíduos e, logo, podem ser transformadas pelos próprios indivíduos num processo que pode ser, até mesmo, revolucionário. Esta ideia é uma concepção da dialética e em seu princípio que, aplicado no terreno social, toma forma de historicismo, ou seja, de afirmação da historicidade de todas as instituições, estruturas, leis e formas de vida social.

Se, por um lado, o marxismo necessita do feminismo para ampliar e fortalecer a análise sobre a luta de classes, o feminismo sem a leitura marxista é facilmente incorporado aos interesses do mercado capitalista. É necessário fortalecer uma leitura que combata as explicações as quais partam somente do indivíduo para compreender as desigualdades de gênero⁶. Feminismo e marxismo são aportes teórico-políticos que há décadas formulam conceitos e explicações sobre os fenômenos sociais. Suas elaborações auxiliam a compreensão das relações de exploração e dominação, mas também procuram alternativas para combater as desigualdades de classe e gênero. Entretanto, é importante ressaltar que nem o marxismo nem o feminismo são correntes teóricas unificadas, pois ambos contêm diferentes perspectivas políticas, analíticas e teóricas. Isso é fruto da permanente tensão entre, de um lado, a realidade social/os movimentos sociais e, de outro, as buscas pelas explicações sociais que deem conta de responder à realidade, às demandas políticas elaboradas pelos sujeitos sociais.

O reconhecimento das influências políticas e ideológicas acerca das concepções e práticas epistemológicas dominantes evidencia as diversas formas pelas quais as mulheres (bem como outros grupos marginalizados) são excluídas dos interesses da reflexão filosófica e

⁶ “Essa mão dupla na análise está em consonância com a disseminação recente de temas antes considerados identitários e menos importantes nas agendas políticas de esquerda”. (MOTTA, 2020, p. 40).

científica dos pesquisadores e, assim, do próprio fazer investigativo. A abordagem feminista adotada mostra-se pertinente, por se tratar de uma investigação no âmbito dos estudos de gênero, priorizando a descoberta de temas, categorias e conceitos, a partir dos dados documentais e bibliográficos; a compreensão do fenômeno a partir dos dados e da atuação do pesquisador (a sua visão de mundo) como instrumento primário para a coleta e análise dos dados; foco no processo, significados e compreensões.

Outrossim, buscar-se-á “reproduzir no plano do pensamento a realidade analisada, isto é, através das categorias ontológicas para se chegar as categorias reflexivas” (VAZQUEZ, 1990, p.12). Por conseguinte, o método materialista histórico dialético atribui ao objeto de pesquisa uma existência objetiva, que antecede o seu conhecimento, sendo esse “[...] a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto.” (NETTO, 2009, p. 675). A realidade é o momento histórico, com suas determinações, mediações e contradições, ou seja, é uma totalidade concreta e dinâmica.

O princípio metodológico da investigação dialética da realidade social é o ponto de vista da totalidade concreta, que antes de tudo significa que cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo. Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como momento de um determinado todo; desempenha, portanto, uma função *dupla*, a única capaz de dele fazer efetivamente um fato histórico: de um lado, definir a si mesmo, e de outro, definir o todo; ser ao mesmo tempo produtor e produto; ser revelador e ao mesmo tempo determinado; ser revelador e ao mesmo tempo decifrar a si mesmo; conquistar o próprio significado autêntico e ao mesmo tempo conferir um sentido a algo mais. Esta recíproca conexão e mediação da parte e do todo significam a um só tempo: os fatos isolados são abstrações, são momentos artificialmente separados do todo, os quais só quando inseridos no todo correspondente adquirem verdade e concreticidade. Do mesmo modo, o todo de que não foram diferenciados e determinados os momentos é um todo abstrato e vazio. (KOSIK, 1995, p. 49, grifo original).

A categoria metodológica da totalidade significa a percepção da realidade social como um todo orgânico, estruturado, no qual não se pode entender um elemento, um aspecto, uma dimensão, sem perder a sua relação com o conjunto através desse método. É possível realizar aproximações sucessivas e apreender as características essenciais do objeto estudado, ou seja, sua estrutura e dinâmica, indo mais além da sua aparência, indispensável no início do processo de produção do seu conhecimento.

Desse modo, a pesquisa será norteadada pelo método elencado, o qual buscará compreender até que ponto a relação de poder existente no interior das relações de gênero pode exacerbar o número de mulheres infectadas pelo HIV/Aids e se isso é visto na ótica assistencial, destacando-se os aspectos singulares e universais, bem como as particularidades do objeto, em que a realidade é vista de forma crítica, adotando-se uma postura que pretende romper com

a análise superficial e de superação da imediatividade do real, por meio da abordagem metodológica qualitativa, do tipo bibliográfica e documental.

Destacamos que a escolha da abordagem qualitativa para a realização da pesquisa refere-se à natureza do objeto que se situa no campo do “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (MINAYO, 2001, p. 21-22). No entanto, convém ressaltar que, não obstante a ênfase no caráter qualitativo da pesquisa, a análise quantitativa dos dados também pode permear o processo investigatório, entendendo que esses dados não se tornam antagônicos, mas complementares, uma vez que “quantidade e qualidade são características iminentes a todos os objetos e fenômenos e estão inter-relacionados” (GIL, 2008, p. 13).

A pesquisa qualitativa, de acordo com Denzin e Lincoln (2006), enfatiza a natureza socialmente construída da realidade e desvela a íntima relação entre o pesquisador e seu objeto de estudo, rechaçando a ideia de neutralidade. Por outro lado, os pesquisadores sociais “[...] enfatizam a natureza repleta de valores da investigação. Buscam soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado [...]”. Por outro lado, os pesquisadores sociais “[...] evidenciam a natureza repleta de valores da investigação”. [...]”. Preocupam-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, mas compreendidos e explicados na dinâmica das relações sociais (DEZIN; LINCOLN, 2006, p. 23, grifo dos autores). A metodologia qualitativa, tal qual aponta Minayo (2007), [...] verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que pode ser traduzido com números, uma vez que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Ainda conforme Minayo (2007), a diferença entre as abordagens quantitativa e qualitativa se dá quanto a sua natureza, porém não são contraditórias e se complementam, haja vista que a realidade abrangida por elas interage dinamicamente, minimizando as dicotomias existentes. Enquanto a primeira apreende os fenômenos através do que é visível e concreto, a abordagem qualitativa busca os significados das ações e relações humanas, aspectos não apreendidos em estatísticas, por exemplo. Ressalto ainda que a metodologia qualitativa não é apenas constituída de modelos e normas fechadas. Na verdade, o trabalho qualitativo caminha em duas direções: “[...] numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e toma direções privilegiadas” (MINAYO, 2007, p. 245).

Essa modalidade de pesquisa permite a coleta de dados de maneira aprofundada, considerando-se os aspectos explícitos e implícitos do fenômeno estudado, isto é, destacam-se

não só os aspectos sociais, econômicos, políticos, ideológicos, e culturais, mas também a maneira de pensar e agir dos sujeitos pesquisados, remontando o fato que dão contorno à realidade, aprendendo as causas constitutivas e determinantes dos fenômenos. Isto posto, no desenvolvimento da pesquisa em tela, foi realizado um estudo exploratório e descritivo por meio de um levantamento de documentos de domínio público, para dimensionar aspectos do objeto ainda pouco explorados na produção do conhecimento em Serviço Social. Contudo, ao priorizar as fontes documentais – a caracterização da *pesquisa documental* do tipo Estado da Arte –, mostrou-se mais aderente, por se priorizar informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico. Incluem-se nesse universo os impressos, os manuscritos, entre outros (OLIVEIRA, 2007). Romanowski e Ens (2006) constatarem os estados da arte e de conhecimento e se traduzem numa contribuição importante na constituição do campo teórico de uma área de conhecimento, pois procuram identificar os aportes significativos da construção da teoria e prática, apontar as restrições sobre o campo em que se move a pesquisa, as suas lacunas de disseminação, identificar experiências inovadoras investigadas que apontem alternativas de solução para os problemas da prática e reconhecer as contribuições da pesquisa na constituição de propostas na área focalizada. (ROMANOWSKI; ENS, 2006).

É possível encontrar diferentes tipos de estudos que realizam revisões de literatura e de produções científicas com as mais variadas denominações: levantamento bibliográfico, revisão bibliográfica, estado da arte, revisão narrativa, estudo revisão sistemática, revisão integrativa, meta-análise, metassummarização e síntese de evidências qualitativas. Portanto, essa diversidade de termos encontrada para denominar os estudos que realizam revisões em várias áreas do conhecimento nos leva a questionar sobre a relação existente entre eles: o que os distingue quando as expressões representam o mesmo tipo de estudo.

A pesquisa documental se assemelha muito à pesquisa bibliográfica, sendo que, nesta última, os documentos já foram analisados e adquiriram status científico, enquanto, na pesquisa documental, os elementos ainda estão “crus” e não se restringem a textos escritos. Sobre essa questão, Gil (1999, p. 66) ressalta que “a única diferença entre *ambas está na natureza das fontes*. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos, [...] a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico de acordo com os objetivos da pesquisa”. A pesquisa bibliográfica tem como pressuposto a condensação de elementos teóricos e metodológicos concernentes à abordagem e às análises do objeto em questão. Assim, a consulta bibliográfica, cuja base teórica se encontra em livros e artigos científicos, clássicos e contemporâneos, acompanha o processo da penugens.

Foram realizadas leituras de produções teóricas do campo da saúde e do Serviço Social sobre o HIV/Aids e sua nova tendência com o processo de feminização da doença em interface com as desigualdades de gênero; política de saúde de atendimento as mulheres soropositivas como forma de enfrentamento da doença. As análises textuais foram acompanhadas de fichamentos em livros, artigos, coletâneas, dissertações, teses, portarias do Ministerio da Saúde, boletim epidemiológico, revista, que tratam da temática objeto de estudo. É importante destacar que o levantamento bibliográfico não é uma ação desenvolvida apenas nessa fase da pesquisa. Ele é concomitante com todo o processo exploratório, porque, por várias vezes, o pesquisador terá que recorrer às fontes teóricas para compreender novas determinações, fazer outras análises, consultar outros autores, entre outros.

Para a realização da pesquisa documental, foram consultadas diferentes fontes, como:

A - *Banco de Teses e Dissertações* dos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social para mapear o conhecimento produzido sobre o objeto da pesquisa, disponíveis no portal da Capes. Na consulta ao Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), delimitou-se o marco temporal do “estado do conhecimento” entre 2014-2020 para o mapeamento da produção do conhecimento sobre o objeto no campo do Serviço Social. A opção de realizar essa pesquisa na Capes se justifica pelo fato de ser esta uma Fundação do Ministério de Educação (MEC).

A busca realizou-se utilizando-se os seguintes descritores ou palavras-chave: saúde, feminização do HIV/Aids e gênero para identificar os documentos, sistematizar os resultados em tabelas e quadros com informações sobre ano da defesa, programas, temas abordados no título, conceitos principais, entre outros aspectos. Na coleta, foram aplicados os critérios de busca que o Banco de Dados da Capes direciona no intuito de refinar os resultados obtidos: Tipo de trabalho (dissertação e tese); Ano do trabalho, Grande área de conhecimento (Ciências Sociais Aplicadas); Área de conhecimento/de Avaliação e de Concentração (Serviço Social).

B) A consulta dos dados de atendimentos das mulheres soropositivas em Itabaiana/SE foi extraída de prontuários relativos à Secretaria da Saúde do município, disponibilizados pelo Ministério da Saúde no período de 2014 a 2020. O período especificado demarcou o início das publicações emitidas pelo Ministério da Saúde, descentralizando o atendimento integral também na atenção básica às pessoas com HivAids, como já mencionado. A pesquisa priorizou a Atenção Básica do Município de Itabaiana/SE. E a escolha do marco temporal deveu-se ao fato de que o período especificado delimitou a implantação do serviço *Teste Rápido* e

Diagnóstico e Aconselhamento nas unidades de saúde, descentralizando o atendimento integral das pessoas com HIV/Aids para a atenção básica.

A coleta dos dados ocorreu com base em um roteiro previamente elaborado e agrupado por eixo temático, englobando questões relativas à feminização do HIV/Aids em interface com o gênero e a política de saúde do atendimento. Depois dos dados colhidos, se procederá a análise deles, compreendendo todas as etapas que a fase demanda: descrição, codificação, tabulação e interpretação dos eixos temáticos que serão agrupados.

Dessa maneira, a análise de conteúdo foi empreendida tendo como embasamento as epistemologias feministas⁷, visto que os projetos feministas de ciência buscam uma explanação mais adequada acerca do mundo, mais rica, e que almeja que os indivíduos vivam nele melhor. Isso se dá a partir de uma relação que se instaura de maneira crítica e reflexiva com relação às próprias práticas de privilégios que todas as posições sociais contêm (HARAWAY, 1995).

O processo de análise de conteúdo mostra-se relevante, visto que, como uma proposta metodológica dinâmica, permite identificar o que está por trás da realidade empiricamente observada. Conforme Setúbal:[...] A análise de conteúdo de expressão dos sujeitos sociais, e, como produto, um conhecimento não-linear, por conseguinte não-espasmódico, já que sua derivação se dá pela observação social do objeto de estudo, onde o tempo e a circularidade da comunicação são considerados significativos (SETÚBAL, 1999, p. 61).

Vale salientar que esse método permite o estudo do não dito ou dito nas entrelinhas pelos interlocutores, bem como a compreensão do significado atribuído pelos sujeitos da pesquisa. A Análise de Conteúdo, esclarece Bardin (2009), é caracterizada pela expansão das aplicações da técnica a disciplinas muito diversificadas e pelo aparecimento de interrogações e novas respostas no plano metodológico. Desse modo, historicamente, alguns fenômenos são primordiais que acabam por afetar a investigação e a prática da análise de conteúdo. Para Bardin, o primeiro é o recuso do computador; o segundo é o interesse pelos estudos inerentes à comunicação visual e o terceiro é a inviabilidade de precisão dos trabalhos linguísticos. “As diferentes fases da análise de conteúdo organizaram-se em torno de três polos, conforme

⁷ O projeto da epistemologia feminista começa, assim, a partir do diagnóstico de uma tradição hegemônica masculina, pela revisão crítica dos conceitos de ‘conhecimento’, ‘sujeito cognoscente’, ‘objetividade’, ‘racionalidade’, ‘justificação’, ‘metodologia científica’, ‘generalidade’, ‘universalização’, como sendo conceitos falhos e tendenciosos, em vista de uma sua reconstrução normativa, prática e ideológica que reconheça, explique e endosse a parcialidade e a contextualidade dos nossos processos de conhecimento. Algumas das questões são, portanto, velhas questões epistemológicas remodeladas e renovadas pela perspectiva de gênero – como o deveriam ser também pela perspectiva de classe, de raça, de pertença cultural e geográfica. (SATTLER, 2019.)

Bardin: 1. A pró-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação” (BARDIN, 2009, p. 121).

A pré-análise, primeira fase desta organização de AC, tem como objetivo a sistematização para que o analista possa comandar as operações sucessivas de análise. Assim, num plano inicial, a missão dessa primeira fase é, além da escolha dos documentos a serem analisados, também a formulação de hipóteses para a elaboração de indicadores para a interpretação final. Para isso, escolhemos como amostras dois blogs da mídia digital, que tem por tema “educação”, ou possuem objetivos educativos, isto é, são fontes de construção de conhecimento compartilhado no meio digital. Encontramos, nesse aspecto, uma problemática no que se refere à pró-análise e, precipuamente, à escolha dos documentos (BARDIN, 2009).

Vale dizer que, como partimos de um “universo de documentos de análise” (BARDIN, 2009, p.122), trata-se, portanto, de reconhecer que, para um trabalho mais profícuo de AC, é necessário restringir as amostragens. Nessa direção, a contribuição do autor possui uma ancoragem consistente no rigor metodológico, com uma organização apropriada à compreensão aprofundada do método e, ao mesmo tempo, traz aos pesquisadores um caminho multifacetado que caracteriza a Análise de Conteúdo como um método que, historicamente, produz sentidos e significados na diversidade de amostragem presentes no mundo acadêmico (BARDIN, 2009).

2 CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO HIV/AIDS E A POLÍTICA DE ATENDIMENTO (COM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA PARA PESSOAS COM A DOENÇA)

Este capítulo será dividido em duas partes, para melhor entendimento do assunto. Na primeira parte, abordamos o histórico do HIV/Aids, desde a sua origem às formas de contaminações; as respostas do governo frente à doença com Políticas Públicas para mulheres com HIV e Gênero e a importância dos movimentos sociais na luta para consolidação de direitos a pessoas acometidas pelo HIV/Aids, bem como o perfil epidemiológico da doença no País. Já a segunda parte, discutimos sobre a conjuntura histórica da criação do SUS e da atenção básica, dos serviços de atendimentos às pessoas com HIV/Aids, priorizando a assistência ofertada na atenção básica.

2.1 SURGIMENTO E EXPANSÃO DA AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, ou AIDS, em inglês) data, segundo Pinto *et al.* (2007), dos anos de 1981, nos Estados Unidos, mas, em 1960, alguns casos já eram descobertos na região Equatorial da África, porém, ainda não havia reconhecimento da doença. A partir da década de 1980, foram notificados vários casos em indivíduos do sexo masculino e homossexuais, que apresentavam Sarcoma de Kaposi, Pneumonia Por *Pneumocystis Carinii*, comprometimento do sistema imune, o que levaria à conclusão de que se tratava de uma nova doença, não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (REIS; SANTOS, 2004). Sobre essa temática, Lacaz (1990) acrescenta:

Tudo começou em 1981, época de profundas transformações sociais e de grandes avanços na medicina. O Serviço de Epidemiologia [...], especializado em doenças transmissíveis, contando com a colaboração de laboratórios especializados, detectava a ocorrência de uma nova síndrome (AIDS), com características peculiares sob o ponto de vista clínico e imunológico onde se associavam processos infecciosos diversos e, eventualmente, até uma neoplasia, de início cutâneo ou não, conhecida com o nome de angiossarcoma de Kaposi. (LACAZ, 1990, p. 6)

Vale notificar que, somente em 1983, em Paris, quando milhares de pessoas já estavam infectadas, o vírus causador da Aids foi descoberto. “O HIV é um retrovírus” da família Lentivirinae, inicialmente denominada de LAV e, em maio de 1986, uma subcomissão do comitê internacional sobre a taxonomia do vírus propôs a mudança para HIV, como atualmente é conhecido (SOUZA *apud* MENEZES, 2005, p. 17).

No ano de 1986, surge uma campanha americana estimulando o uso da camisinha, ao mesmo tempo em que se descobre um segundo tipo de vírus causador da Aids. É a partir daí que surge a classificação HIV-1 e o HIV-2, sendo que os dois têm a mesma ação no organismo humano, mas o HIV-2 produz menos partículas virais que o HIV-1, o que representa um risco menor para o infectado, mas que não caracteriza a ausência da doença.

A partir da expansão da doença, e da consolidação dos estudos científicos sobre o diagnóstico da infecção, a Aids, na década de 1990, já era considerada uma doença de caráter epidemiológico.

No Brasil, os primeiros casos de Aids notificados surgiram em 1980, principalmente na região Sudeste do país, nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo. A partir do final daquela década, observou-se a disseminação da doença para suas diversas regiões. Apesar do registro de casos em todos os estados, a pandemia da Aids não se distribui de forma homogênea, observando-se maior concentração e casos nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do país (BRASIL, 1998). É importante salientar que a expansão da Aids para outras capitais e para o interior do país só veio ocorrer a partir da segunda metade da década de 80. “Em nosso país, a Aids ainda predomina nos estados da região Sudeste, apresentando sua maior concentração no estado de São Paulo e acredita-se que a doença tenha sido importada dos EUA por turistas” (SOUZA *apud* MENEZES, 2005, p. 21).

O país neste período vivenciava um processo de transição política que afetava diretamente as condições sociais, econômicas e culturais da população. O período ditatorial já demonstrava seus sinais de corrosão, e é nesse contexto que surgem as primeiras ações voltadas para atender às pessoas com HIV, que, por algum tempo, foram excluídas da agenda política por causa de um processo de culpabilização do infectado. Conforme aponta Parker, Galvão e Bessa (1999):

A epidemia surgiu, por um acidente histórico, durante os anos finais de uma prolongada ditadura militar, [...] coincidindo dessa forma com a gradual redemocratização da sociedade civil, e com a reforma e reestruturação do sistema brasileiro de saúde nos anos seguintes à ditadura. É nesse contexto, [...] que nos ajuda a entender porque os conceitos de cidadania e solidariedade foram tão fundamentais para a organização inicial em torno da AIDS, e porque a interação entre programas governamentais de AIDS e organizações e atores não-governamentais tornou-se cada vez mais complexa e envolveu uma maior colaboração, com o passar do tempo, enquanto a redemocratização se aprofundava e solidificava, proporcionando a base para formas cada vez mais sofisticadas de colaboração e interação entre a sociedade civil e o Estado. (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999, p. 18).

A Aids é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), cujo termo em inglês é HIV (Human Immunodeficiency Virus). É um vírus que ataca o sistema

imunológico, destruindo as células de defesa do organismo, os linfócitos, de forma que a pessoa infectada fique muito mais vulnerável a adquirir doenças que, para pessoas que não possuem o vírus, representaria pouca ameaça à sua saúde. Conforme esclarece Cunico, Gomes e Júnior (2008):

[...] a doença compromete o funcionamento do sistema imunológico, impedindo-o de executar sua tarefa de proteger o organismo contra as agressões externas (por bactérias, outros vírus e parasitas) e contra células cancerígenas. Com o progressivo comprometimento do sistema imunológico, o corpo humano torna-se cada vez mais susceptível a doenças oportunistas. (CUNICO; GOMES; JÚNIOR, 2008, p. 211).

O HIV entra no corpo humano através do contato com a pessoa infectada por meio de relações sexuais sem uso do preservativo, utilização de sangue infectado, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes, bem como a transmissão vertical⁸ passada de mãe para filho.

A Aids é uma doença que agride não só a condição física das pessoas, mas também traz consequências muito duras para o âmbito psicológico e emocional, visto que a pessoa com o vírus terá de enfrentar cotidianamente aspectos como o preconceito, a discriminação, o isolamento por parte da sociedade e, muitas vezes, da família. Esses aspectos influenciam fortemente as condições socioeconômicas dos infectados, tendo em vista que tendem a “expulsar” os infectados do mercado de trabalho, ou a própria condição de saúde do indivíduo não possibilita que ele continue trabalhando. De acordo com Sontag (1989):

A AIDS é progressiva, uma doença do tempo. Uma vez atingida certa densidade de sintomas, a evolução da doença pode ser rápida, causando sofrimentos atrozes. Além das doenças iniciais mais comuns [...], há toda uma variedade de sintomas que incapacitam, desfiguram e humilham o paciente, tornando-o cada vez mais fraco, indefeso e incapaz de controlar suas funções e atender a suas próprias necessidades básicas. (SONTAG, 1989, p. 93).

Nessa perspectiva, é importante elencar que a infecção pelo HIV pode apresentar-se de várias formas, desde a infecção assintomática até formas acentuadamente graves, com severa imunodeficiência, associada a infecções oportunistas e neoplasias (BALDY *apud* MENEZES, 2005). A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases:

⁸ A infecção vertical pelo HIV é caracterizada pela transmissão da doença de mãe para filho. Conforme o Ministério da Saúde, “a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho durante a gravidez, sem qualquer tratamento, pode ser de 20%. Mas em situações em que a grávida segue todas as recomendações médicas, a possibilidade de infecção do bebê reduz para níveis menores que 1%. (Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/uso-de-antirretrovirais-em-gestantes>).

a) Fase aguda ou soroconversão:

A infecção aguda ocorre em cerca de 50% a 90% dos pacientes. Seu diagnóstico é pouco realizado devido ao baixo índice de suspeição, sendo, em sua maioria, retrospectivo. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar, por isso, a maioria dos casos passa despercebido. (REIS; SANTOS, 2004).

b) Fase assintomática ou latência clínica:

Fase marcada pela forte interação entre as células de defesa e por constantes e rápidas mutações do vírus, mas que não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois o vírus amadurece e morre de forma equilibrada. Sobre essa fase, Reis e Santos (2004) esclarece o seguinte:

A abordagem clínica nestes indivíduos prende-se a uma história clínica prévia, para identificar situações que podem complicar ou serem agravantes em alguma fase do desenvolvimento da doença pelo HIV. É importante ressaltar que nesta fase os testes sorológicos são positivos. (REIS; SANTOS, 2004, p. 21)

c) Fase sintomática inicial:

Essa fase é caracterizada pela alta redução dos glóbulos brancos do sistema imunológico que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm^2 de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades (LACAZ, 1990). Sobre essa fase, Reis e Santos afirmam que:

Essa fase caracteriza-se pela ocorrência de manifestações que são mais frequentes em indivíduos com imunodeficiência em fase inicial, mas que também podem ocorrer em pacientes imunocompetentes. Os sintomas são: sudorese noturna, fadiga, febre diária de 39°C a 39°C por longos períodos intermitentes, emagrecimento de mais de 10% do peso corporal, diarreia, sinusopatias, candidíase, oral e vaginal, gengivite, úlceras aftosas, herpes simples [...] e depressão. (REIS; SANTOS, 2004, p. 22).

d) Fase Sintomática tardia ou Aids:

Caracteriza-se pela ocorrência de infecções e/ou neoplasias que raramente afetam indivíduos imunocompetentes (RACHID *apud* REIS; SANTOS, 2004). Vale ressaltar que a baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, as quais recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge o estágio mais elevado da doença, a Aids. Quem chega a essa fase, por não saber ou não seguir o tratamento indicado pelos médicos, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia e alguns tipos de câncer (BRASIL, 1998).

Convém informar que ter o HIV não é a mesma coisa que ter a Aids. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Todavia, podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez, pela amamentação e ao receber sangue ou derivados contaminados. Nessa direção, ao longo de 40 anos, a Aids desenhou um traçado epidemiológico, que, inicialmente, era “chamado de grupo de risco”, o qual geralmente se referia aos grupos gays, drogados, hemofílicos e prostitutas, provocando grande segregação e discriminação por parte daqueles que se sentiam fora do alcance do HIV/Aids. Entretanto, com o avanço da pandemia para além do entorno então nominados de “grupo de risco”, as atenções se voltaram para o “risco de comportamento individual sexual”, pessoas que praticavam sexo sem uso do preservativo ou utilizavam “drogas injetáveis”.

Os dois conceitos de grupos mostram uma interpretação moralizante da doença que leva a uma estigmatização dos indivíduos com HIV/Aids, colocando-os como setor marginalizado da sociedade. Dessa forma, os indivíduos tendiam a esconder da sociedade a doença, o que, muitas vezes, implicava dificuldades no próprio processo de tratamento. Segundo Narciso, Medina e Pereira (1998):

Devido ao preconceito e discriminação que a sociedade destina aos doentes com AIDS, observa-se que muitos preferem ter uma morte anônima, viver na clandestinidade a lutar por seus direitos e assumir a doença (NARCISO; MEDINA; PEREIRA, 1998, p. 110).

Por muito tempo, a infecção era associada a um público que estava mais vulnerável de adquirir a doença. Porém, o processo de heterossexualização fez com que o número de casos em mulheres aumentasse, inclusive em mulheres com relacionamentos estáveis. A partir disso, percebeu-se que ninguém estava imune de adquirir a doença. Nesse sentido, a ideia de “grupos de risco” foi substituída pelo conceito de vulnerabilidade, ou seja, “ser vulnerável significa não ter meios para se proteger; não ter acesso aos cuidados com a saúde, à educação, trabalho; fonte de renda, moradia” (SALDANHA, 2003, p. 19). De acordo com Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999):

Até então, a AIDS era uma doença de homossexuais masculinos, de usuários de drogas injetáveis, dos hemofílicos/transfundidos e, no máximo, de suas parceiras sexuais. Quando a comunidade científica reclassificou um enorme contingente de mulheres categorizadas na rubrica ‘outros’, as manchetes de jornais, no mundo inteiro, estamparam notícias alarmantes: “mulheres estão em risco para a AIDS!” (VERMELHO; BARBOSA; NOGUEIRA, 1999, p. 370)

Vale destacar que a visão de que a Aids era uma doença que só atingia aquelas pessoas que tinham uma vida sexual “promíscua” contribuiu para que a sociedade estigmatizasse o sujeito de HIV, e entendesse o fenômeno como uma infecção que só atingia a grupos específicos. Por causa disso, as primeiras ações de enfrentamento da doença por parte do Estado só vieram a se consolidar em 1986, com o Programa Nacional de Controle da Aids. Conforme apontam Nichiata, Shima e Takahashi (1999):

[...] o próprio Ministério da Saúde, por considerar a AIDS como um problema localizado e restrito aos chamados grupos de risco, não a visualizou como um problema que merecesse investimentos para a adoção de um programa nacional integrado de combate à epidemia; argumentava que outros problemas de maior magnitude eram prioritários naquele momento. (NICHATA; SHIMA; TAKAHASHI, 1995, p. 153).

Dito isso, com a difusão da doença e a notificação do Ministério da Saúde (MS), observou-se os surgimentos do HIV/Aids também em mulheres, e digam-se, mulheres em relacionamentos estáveis, e com parceiros únicos, percebeu-se que a infecção passa a atingir os diversos segmentos sociais e, ao longo dos anos, adquire um novo perfil com os processos de envelhecimento, juvenização, ressurgimento da transmissão entre homens que fazem sexo com homens, heterossexualização, feminização, interiorização, e pauperização da Aids, acometendo indivíduos vulneráveis nos aspectos sociais, econômicos e culturais. Vale informar que concentramos o estudo nos fenômenos de heterossexualização, feminização, interiorização, e pauperização do HIV/ Aids, uma vez que tem mais relação com objeto, sem deixar de evidenciar as transexuais também mulheres.

Entretanto, não poderíamos deixar de assinalar o aumento da incidência do HIV/ Aids na população a partir dos 60 anos. Nos últimos anos, o número de casos em idosos está subindo. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2007/2008, eram 212 casos e, em 2019, esse número chegou a 963, representando um aumento de 354,25%.⁹ (BRASIL,2020). Esse crescimento não corresponde, no momento, à atual realidade do Estado de Sergipe. Um levantamento feito pela Gerência do Programa IST/Aids exhibe que, nos últimos cinco anos, 99 pessoas idosas foram infectadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida e outras 141 adquiriam a Aids, o que corresponde a 3% e 4%, respectivamente, do total de casos no Estado (SERGIPE, 2021a).

Essa realidade do crescimento do HIV/ Aids nos diversos Estados do Brasil, se deve ao fato da predominância no imaginário social que os idosos não são vulneráveis ao HIV, já que não possuem uma vida sexualmente ativa. Encarar a população idosa como sexuada ativa e

saudável é um importante ponto da agenda de intervenções dos profissionais de saúde que, inúmeras vezes, descartam a necessidade de idosos/as realizarem testes sorológicos de forma rotineira para a detecção do HIV atrasando o diagnóstico da contaminação pelo vírus.

Leite *et al.* (2007), em estudos realizados, destacam que o pensamento, baseado em preconceitos e falta de informações, de que os idosos são assexuados só corrobora para o aumento da vulnerabilidade dessa população às IST/ Aids, incluindo o HIV/Aids. O erro está na concepção enraizada da sociedade de que sexo é um privilégio só dos jovens. Tal questão parece isentar a possibilidade da infecção nessa idade, o que implica diretamente na representação do próprio idoso e na construção de políticas públicas, e acaba por extinguir esse segmento populacional tão significativo de ações de prevenção às IST/ Aids.

De acordo com o médico Dr. Almir Santana (SERGIPE, 2021a), embora seja uma realidade, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ainda não são efetivamente evidenciadas pelos profissionais de saúde nas consultas de rotina de idosos. Este defende inclusão da testagem das ISTs na rotina dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos consultórios particulares:

As pessoas da terceira idade de hoje têm vida sexual ativa, mudaram o comportamento, mas por outro lado, os profissionais de saúde abordam pouco ou não falam com estes pacientes sobre sexualidade. E esse é o risco, porque os idosos não são testados para o HIV e as demais infecções sexualmente transmissíveis. Então, se têm a Aids, sífilis ou Hepatite, ficam sem diagnóstico” [...] “Por que não solicitar o teste do HIV, sífilis e hepatites para o paciente a partir dos 60 anos, assim como faz com o hemograma, glicemia e colesterol?”. (SERGIPE, 2021a).

Dessa forma, avaliamos ser imprescindível que os/as profissionais de saúde passem a considerar com naturalidade a ocorrência da atividade sexual na terceira idade com o propósito de tornar o encaminhamento do idoso para o exame do HIV um procedimento rotineiro, da mesma forma como tem sido realizado junto aos mais jovens.

No debate feminista, as diferenças entre raça, classe, gênero, geração e sexualidade são colocadas como eixos de diferenciação ou marcadores de diferença. Segundo Brah (2006), devemos pensar as “inter-relações das várias formas de diferenciação social, empírica e historicamente, mas sem necessariamente derivar todas elas de uma só instância determinante” (BRAH, 2006, p. 331).

As diferenças estão inscritas num conjunto de relações sociais (determinadas pela formação histórica e social), que, a partir da experiência vivida de cada sujeito, criam uma subjetividade e uma identidade. Brah (2006), ao tratar das conceituações de diferença, discute a dinâmica das relações sociais, que “são constituídas e operam em todos os lugares de uma

formação social. Isso significa que, na prática, a experiência como relação social e como o cotidiano da experiência vivida não habita espaços mutuamente exclusivos (BRAH, 2006, p. 364). As definições desenvolvidas por Brah (2006) são importantes para contextualizarmos as diferenças e os processos de diferenciação, situando-os em sua dinâmica histórica.

Nesse contexto, as ideias de Interseccionalidade, Consustancialidade e “Nó” surgiram com a proposta de tratar das inter-relações entre gênero, raça, classe e outros marcadores, de maneira a não os hierarquizar. Muito debate e polêmica se instauraram a partir de então. Os conceitos de interseccionalidade, consustancialidade e nó ganharam repercussão e passaram a ser acionados de forma a questionarem métodos e paradigmas anteriores.

O desafio que se coloca é a compreensão da relação entre a diversidade (humana, cultural, religiosa, etc.) e as desigualdades sociais construídas ao longo da humanidade. Estas enquanto construções históricas e sociais são passíveis de transformação. As leituras imbricacionistas, quando trabalhadas a partir de uma perspectiva marxista, evidenciam uma leitura da classe social enquanto desigualdade, disputam a perspectiva da ação, acenam para uma possibilidade emancipatória, presente nas origens da formulação da interseccionalidade⁹. Dessa forma, é necessário disputar esse debate não apenas como uma possibilidade analítica, mas como um horizonte político.

Nesse ponto, a temática sexualidade precisa ser abordada nas capacitações dos profissionais de saúde. Segundo Dr. Almir Santana (SERGIPE, 2021b), os treinamentos precisam dar uma segurança maior às equipes sobre como evidenciar a questão da sexualidade junto aos pacientes idosos nas consultas rotineiras. É imprescindível que se converse, na área da saúde, acerca do sexo na terceira idade e a importância dos testes.

Em relação às mulheres lésbicas, por exemplo, como enfatiza a Rede Feminista Saúde (2006), muitas nunca fizeram o exame Papanicolau (exame ginecológico que previne o câncer de colo do útero) porque há um “tabu” em relação à orientação sexual delas no consultório ginecológico e, dentre aquelas, as que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual e, das que revelam, 28% afirmaram preferir maior rapidez no atendimento médico e 17% afirmaram que os médicos deixam de solicitar exames que, para

⁹ Interseccionalidade, Consustancialidade e Nó são teorias formuladas em diferentes locais no âmbito do feminismo que trabalham de diferentes maneiras a imbricação das relações sociais. Para saber mais sobre a interseccionalidade, ver: CRENSHAW, 1989; sobre a Consustancialidade, ver: KERGOAT, 2010. Ainda que o termo Interseccionalidade tenha sido cunhado em 1989 por Kimberle Crenshaw, a ideia da imbricação das relações de gênero, raça, classe e sexualidade já vinha sendo discutida entre ativistas afro-americanas e mulheres negras intelectuais, como Angela Davis, Bell Hooks, Audre Lorde, Patricia Hill Collins, entre outras ativistas. A origem dessa ideia está na busca por justiça social e liberdade, pensada a partir da situação de classe, raça e gênero. (MOTTA, 2020).

elas, são considerados necessários. A Rede ainda cita uma pesquisa realizada no ano de 2002, pela Coordenação DST/ Aids do Ministério da Saúde, que demonstrou uma disparidade entre as mulheres heterossexuais as quais realizaram o exame preventivo de câncer uterino (Papanicolau) nos últimos três anos, que foram 89,7% e as mulheres lésbicas e bissexuais que corresponderam a 66,7% do percentual, mesmo entre aquelas que possuíam maior escolaridade e renda.

A saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais (LGBTQI+¹⁰), por sua vez, durante várias décadas, foi marginalizada e esquecida pelo fato de esse segmento da sociedade ser considerado insignificante e doentio. Decorrido um período, especificamente na Segunda Guerra Mundial, lésbicas e gays passaram a ser sujeitados aos mais terríveis tratamentos que tinham como propósito de reverter a sua orientação sexual, pois esta era entendida como sendo algo antinatural, incomum e anormal, que deveria ser curada de todas as formas sem deixar nenhum resquício. Entretanto, cabe ressaltar que, devido à morte de diversos homossexuais ocorridas nesses experimentos, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1990) se sensibilizou com a referida causa e, no ano de 1990, retirou a homossexualidade da lista internacional de doenças e, em seguida, o Conselho Nacional de Psicologia passou a proibir os profissionais de realizarem atendimentos às pessoas LGBTQI+ com a finalidade de reverter à homossexualidade dos sujeitos.

Na esteira dessas transformações, surge a Política de Saúde Integral da População LGBT,¹¹ de 2009, prevendo a atenção integral à saúde e ações transversais para além da atenção especializada, considerando os marcadores sociais de raça, gênero, ciclo de vida e classe e empregando referenciais dos direitos humanos para seu desenvolvimento. Dessa maneira, o entendimento de que a saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais demanda uma atenção específica e humanizadora dos profissionais que trabalham na área da saúde, permite o entendimento e a apreensão da realidade em que esses sujeitos estão inseridos e das causas que mais incidem nas formas de adoecimento dessa população.

¹⁰ O fato de travestis e transexuais encontrarem grande dificuldade em utilizar banheiros públicos e acabam desenvolvendo problemas urinários. E muitos deles sentem-se recuados em procurar os serviços ofertados pelo SUS devido à falta de respeito que ocorre em relação ao nome social escolhido por eles. A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT ainda pontua os casos em que as travestis morrem devido à má aplicação dos silicones industriais, demonstrando que há uma necessidade constante de maior fiscalização e orientação. Além disso, algo que também se relaciona aos transexuais masculinos e femininos é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios que acarreta consequências enormes.

¹¹ LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) era o termo usado quando a política foi criada.

2.2 PARTICULARIDADES DA AIDS NO BRASIL: PERFIS EPIDEMIOLÓGICOS

Nos dias atuais, nota-se que a Aids traz um novo perfil epidemiológico. Se, nos primeiros anos da pandemia, ela atingia pessoas de classe média e classe média alta, hoje está muito ligada às condições socioeconômicas dos sujeitos, visto que a infecção tem atingido principalmente as populações de baixa renda e pouco nível de escolaridade. Acerca disso, Brito, Castilho e Szwarcwald (2001) apontam que a análise do fenômeno da pauperização da Aids, marcada pelo aumento da doença em pessoas que convivem em situação socioeconômica precária, relaciona-se, com algumas restrições, ao nível de escolaridade desses indivíduos. Ainda conforme os autores:

Houve expressiva mudança no perfil da escolaridade dos casos notificados entre adultos e adolescentes. A totalidade dos casos de AIDS, com escolaridade conhecida, diagnosticados até 1982, apresentava nível superior ou médio; já em 1985, o percentual deste grupo alcançou 76%, enquanto apenas 24% dos casos eram analfabetos ou cursaram os primeiros quatro anos do ensino fundamental. Nos anos subsequentes, houve tendência progressiva de aumento no registro de casos em indivíduos com menor grau de escolaridade, observando-se em 1999/2000, entre os casos com escolaridade informada que, 74% eram analfabetos ou haviam completado o ensino fundamental, e apenas 26% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior (BRITO; CASTILHO; SZWARC WALD, 2001 p. 212)

Sobre essa questão, Fonseca (2002) ainda esclarece que a epidemia da Aids vem atingindo fortemente as mulheres, sendo que o maior risco de exposição está entre a população feminina com maiores proporções na categoria de escolaridade mais baixa. Como pode ser visto nos dados emitidos pelo Ministério da Saúde, no período de 2007 a 2020:

[...] a maior concentração de casos de aids ocorreu entre indivíduos com a 5ª à 8ª série incompleta (21,0%), embora haja uma tendência de redução dos casos nesse grupo ao longo dos anos. Observaram-se diferenças nas proporções de casos segundo sexo entre os níveis de escolaridade: os homens com aids apresentaram grau de instrução mais elevado que as mulheres. Em 2019, a proporção de casos entre homens analfabetos foi de 2,0%, enquanto entre as mulheres foi de 2,8%. No mesmo ano, a proporção de homens que tinham pelo menos o ensino médio completo foi de 38,6%, enquanto entre as mulheres esse mesmo grupo representou 25,0%. Ressalta-se que a proporção de notificações sem informação de escolaridade permanece elevada 24,6% em 2019 (BRASIL, 2020).

Uma análise do perfil socioeconômico da Aids no Brasil, baseada em indicadores como o nível educacional dos casos notificados de Aids, tem demonstrado que a pandemia afeta agora os segmentos mais pobres e marginalizados da população brasileira. Altos níveis de infecção pelo HIV e o aumento de casos de Aids entre setores mais pobres da sociedade, por sua vez,

têm sido associados a uma variedade de problemas de saúde intimamente relacionados, como os aumentos recentes nas taxas de tuberculose, que afetam a qualidade da saúde e do bem-estar entre os segmentos mais pobres da sociedade brasileira.

Nessa esteira de discussão, convém ressaltar que a vulnerabilidade das mulheres à infecção é ainda mais agravada pelas desigualdades econômicas e sociais e de poder entre homens e mulheres, sendo expressa por meio do trabalho do doméstico, de cuidado não remunerado, o peso do estigma e os diversos tipos de violências para as mulheres mais pauperizadas de afeto de alguma maneira suas vidas, especialmente a adesão ao serviço e a continuidade do seu tratamento (FERNANDES, 2020). Acerca dessa pauperização, Barbosa Filho e Rocha (2018) ainda registram:

Os novos casos de HIV no Brasil seguem uma tendência mundial de se concentrar nas áreas e populações mais pobres e entre mulheres, que são as que mais sofrem os impactos sociais das contrarreformas neoliberais e da consequente familiarização das políticas sociais, fazendo da pauperização e feminização da epidemia uma tendência inegável no Brasil (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018, p. 91)

Atualmente, como já mencionado no tópico anterior, além do processo de pauperização, percebe-se que há a tendência de três outros aspectos que trazem um panorama de como a pandemia tem se caracterizado nas últimas décadas, são eles: a interiorização, a heterossexualização e a feminização.

A interiorização é um processo no qual se verifica uma migração dos casos de Aids para as cidades interioranas, visto que a pandemia se concentrava majoritariamente nas grandes metrópoles. Isso contribui para uma reconfiguração da situação da Aids no país, de modo que a infecção vai adquirindo características mais especificadas em cada região. De acordo com Brito, Castilho e Szwarcwald (2001):

As transformações no perfil da AIDS no Brasil, embora com dinâmicas regionais e populacionais distintas devem-se, sobretudo, a difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do País. (BRITO; CASTILHO; SZWARWALD, 2001, p. 208)

Dito isso, cabe salientar que o Brasil é um país de dimensões continentais e as diferenças regionais são relevantes no que tange ao perfil da pandemia. Nesse sentido, existem alguns fatores que explicam a expansão da pandemia nas regiões, entre eles, estão: fatores sociais e culturais como a “pobreza, baixa escolaridade e renda e deficiência dos serviços de saúde pelo isolamento geográfico dos grandes centros urbanos, o que parece distanciar sua população de maiores informações acerca da Aids e de práticas de prevenção” (SANTOS, *et al.*, 2019, p.91).

A heterossexualização, por sua vez, é marcada pela maior transmissão da infecção em relacionamentos heterossexuais, e não mais homossexuais como nas primeiras décadas de expansão da doença. Atualmente, a transmissão heterossexual entre homens e mulheres tem aumentado vertiginosamente. As principais formas de transmissão do vírus HIV são o sangue, secreção vaginal, sêmen e leite materno, sendo a via sexual a mais prevalente no Brasil. Essa forma de exposição heterossexual por via sexual constitui uma relevante característica na pandemia, pois tem contribuído para o crescimento do número de casos entre mulheres. O aumento na proporção de casos do HIV por meio de relações heterossexuais em mulheres pode ser constatado através dos dados:

[...] os casos de infecção pelo HIV registrados no Sinan de 2007 a junho de 2020 em indivíduos maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição. Entre os homens, verificou-se que 51,6% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual e 31,3% heterossexual, e 1,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Entre as mulheres, nota-se que 86,6% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,3% na de UDI (BRASIL, 2020, p. 11)

Assim, corroboramos com Souza *et al.* (2013) quando pondera que a mulher com baixa escolaridade é mais vulnerável à exposição, principalmente porque a feminização da Aids envolve aspectos biológicos, dependência financeira, falta de autonomia, com pouco poder na prática de sua sexualidade, e a relação que a mulher faz com o uso de preservativo, atrelando-o somente às questões de contracepção e não como forma de prevenção das IST.

Nesse processo, o fenômeno de heterossexualização da infecção pelo vírus HIV é um dos fatores responsáveis para a feminização da Aids no cenário nacional, como revelado por estudos sobre o tema. Nesse sentido, destacamos ainda que a tendência da feminização da Aids vem camuflada por outra questão, que é a relação de gênero.

Historicamente, a mulher está subordinada à figura masculina. Os papéis sociais que lhes são colocados apontam para uma clara superioridade do homem. Desde as sociedades primitivas até os dias atuais, os significados sociais impostos às mulheres sempre lhes dão um sentido de “fragilidade”, “sentimentalidade”, enquanto que, aos homens, recaem os termos de “racionais”, “fortes”, “protetores”.

Essas representações sociais entre homens e mulheres representam as relações de gênero que estão implícitas ou explicitamente presentes na sociedade. Nesse sentido,

Podemos entender “gênero” como uma inscrição social, ou seja, a maneira como a pessoa está sendo socialmente representada. A formação da identidade de gênero se processa através das relações entre o corpo e o social, na medida em que, exercendo papéis, mulheres e homens vão sendo investidos socialmente de diferentes graus de valorização e juízos. Cada cultura inscreve e normatiza, até de forma estereotipada,

atributos de conduta da feminilidade da masculinidade que o sujeito poderá incorporar ou rechaçar. (BRUSCHINI; HOLANDA, 1998, p. 90).

Percebemos que as relações de gênero mascaram fortemente o processo de feminização da Aids na medida em que enfraquecem a autonomia da mulher em seus relacionamentos afetivo-sexuais, ou contribuem para que a mulher naturalize os papéis que lhe são impostos pela sociedade, tais como: genitora, cuidadora do lar, dependente (emocional e financeiramente) do marido, entre outros.

Dito isso, cabe ressaltar que, neste momento, não serão discutidos aspectos referentes à relação entre gênero e HIV, visto que trataremos mais adiante de um capítulo específico sobre as relações de gênero e sexualidade e feminização na soropositividade feminina.

2.3 A AIDS NO ESTADO DE SERGIPE

Os municípios sergipanos que apresentaram mais casos de Aids, contabilizando crianças e adultos são Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Itabaiana, São Cristóvão, Estância, Lagarto e Propriá. No Estado de Sergipe, cresce número de casos de Aids, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde (MS), de 1987 até agosto de 2019, o estado de Sergipe notificou 5.155 casos de Aids, e 2.301 casos de HIV. Até maio deste ano, eram 5.054 casos de Aids, e 2.212 casos de HIV. Esse índice vem aumentando significativamente entre idosos, mulheres casadas e homossexuais. Em 2013, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) diagnosticou 45 novas pessoas infectadas pelo vírus por mês, 50% a mais que o registrado em 2012 (SERGIPE, 2019).

O primeiro caso de Aids notificado em Sergipe ocorreu no ano de 1987, na cidade de Nossa Senhora do Itanhy, e não foi advindo do estado, mas de uma pessoa sergipana, que morava em São Paulo, e retornou para a região quando contraiu a infecção. Segundo Santos (2012):

[...] muitas pessoas saíam à procura de emprego, ou até alguns deles eram homossexuais e a família não aceitava a homossexualidade deles, aí eles iam embora pra São Paulo, principalmente. Então o que é que acontecia, eles se infectavam, ficavam doentes, não tinha quem cuidasse, aí eles voltavam pra terra natal. E isso aconteceu não foi só aqui, em vários estados foram chegando, tudo migrando de São Paulo. (SANTANA *apud* SANTOS, 2012).

Nota-se que São Paulo foi o foco inicial dos casos de Aids, e ainda hoje, as regiões com maior número de casos notificados são provenientes dos estados do eixo sul-sudeste. Ao chegar

infectado no estado de Sergipe, pouco se sabia sobre o diagnóstico da infecção pelo HIV, por causa disso, essa pessoa sofreu uma série de preconceitos, desde a rejeição das pessoas e dos próprios familiares, até o atendimento na unidade de saúde de seu município. Santos (2012) aponta que “ele foi fortemente rejeitado, o prefeito queria expulsar ele de lá, onde ele sentou pra ser atendido no posto de saúde tocaram fogo na cadeira, então foi uma coisa cruel”. (SANTANA *apud* SANTOS, 2012).

O segundo caso de infecção ocorreu no município de Itabaiana. Um cabeleireiro que residia em São Paulo passou a residir na cidade, e quando melhorou dos problemas de saúde que havia manifestado por causa da Aids, ele retornou a São Paulo. Vale ressaltar que o terceiro caso de aids já foi oriundo do próprio município de Itabaiana, de uma pessoa que nunca havia saído da cidade, o que significava que o vírus já passou a circular no estado, com casos originados aqui.

A partir da circulação do vírus HIV no próprio estado, a infecção foi se disseminando, e a Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa do Dr. Almir Santana, que é precursor na luta contra HIV/Aids em Sergipe, passou a acompanhá-los. Dessa forma, em 1987, mesmo ano em que se diagnosticou o primeiro caso de Aids em Sergipe, a Secretaria¹² cria Programa Municipal de DST/Aids, fruto do Programa Nacional de DST/Aids, criado no ano anterior.

Porém, é necessário destacar que a criação dos Programas de combate à Aids não foi “dada” pelos órgãos públicos. Estes foram frutos das pressões sociais que os movimentos de combate à doença forçaram diante do quadro de expansão da doença. É importante que se frise que, sem os movimentos de luta, a população brasileira não teria alavancado os ganhos referentes às diversas políticas sociais como saúde, assistência, educação, habitação, entre outros.

As internações recorrentes desde o início da epidemia da Aids, no Hospital João Alves Filho, fizeram com que este se tornasse referência no internamento dos soropositivos. Entretanto, atualmente, o “novo” hospital de referência em internamento de pessoas com Aids é o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU), mas o fluxo de transferência é um pouco problemático, visto que, no HU, não são oferecidos serviços de Urgência e Emergência, assim, os pacientes com Aids que precisam ser internados necessitam, antes, dar entrada no Hospital João Alves. Além disso, os leitos oferecidos no HU são em número reduzido, o que compromete a viabilidade do serviço de saúde, caso haja mais pacientes para internar do que o número de vagas disponíveis.

¹² Atualmente, Programa IST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Com o crescente número de casos de HIV no Estado, o médico Almir Santana, em 1991, fundou, em Aracaju, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids do Estado de Sergipe. O grupo buscava diminuir os impactos da Aids através da prevenção e do atendimento às pessoas vivendo com Aids, por meio de visitas domiciliares, visitas hospitalares, terapia ocupacional, trabalhos de geração de renda, distribuição de cestas básicas, e outros (SANTOS, 2012).

Porém, com a saída de alguns integrantes da coordenação, em que outros grupos de pessoas começaram a assumir, surgiram algumas dissidências internas que fizeram emergir alguns problemas de situação financeira. Além disso, a divulgação na imprensa de escândalos do Grupo fez com que a maioria dos colaboradores deixasse de contribuir com o GAPA. A partir de então, o Grupo foi enfraquecendo e, em 2007, por ordem do Ministério Público Estadual, a instituição foi fechada. A partir dessas considerações, Santos (2012) destaca que:

[...] o movimento [de luta contra à AIDS], o ativismo caiu! Isso se remete a vários motivos. O câncer [por exemplo], tem uma estrutura melhor, a sociedade tem pena, a sociedade se sensibiliza, e a AIDS não. A AIDS a sociedade diz assim: “ele pegou, pegou, problema é dele”. A culpa [...] não é como o câncer. [...] A AIDS as pessoas acham que nunca vão ter, acha que não é vulnerável: “não, não é problema meu, eu sei com quem eu ando”. Aí eu pergunto: sim, você sabe com quem você anda, né? Mas você usa camisinha? “Não!”. E aí? (SANTANA *apud* SANTOS, 2012, p. 21).

Nesse sentido, percebe-se que, apesar de a ideia de “grupo de risco” estar ultrapassada, ela ainda vigora no imaginário das pessoas, que convivem com o posicionamento de que a culpabilização pela infecção é unicamente da pessoa a qual contraiu o HIV/Aids. Ela foi quem “procurou” a situação de risco.

Nos dias atuais, a assistência oferecida às pessoas com Aids é efetuada pela Casa de Apoio Bom Samaritano, uma organização não governamental com apoio financeiro da Cáritas, uma instituição da Igreja Católica, e a Casa de Apoio Janaína Dutra, que atua na área da segurança alimentar e nutricional através de Cooperação Técnica firmada com as Secretarias de Estado da Inclusão Social (Seias). São distribuídas mensalmente, desde o ano de 2012, 500 cestas básicas às pessoas soropositivas. Segundo Dr. Almir Santana, Sergipe é o único Estado do Brasil a fazer esse tipo de atendimento:

Somos¹³ pioneiros neste tipo de ação e sabemos da sua importância, pois os pacientes precisam muito do alimento que lhes dá suporte, auxiliando no tratamento medicamentoso que fazem de forma permanente”, explica. Ele afirma que por guardar relação com a situação de pobreza, o HIV/Aids constitui não só uma questão de saúde pública, mas também uma questão social. “A epidemia está voltando a crescer na pobreza, tendo essa relação direta, assim como ocorre com a hanseníase e a

¹³ Primeiro grupo de apoio às pessoas com HIV/Aids.

tuberculose. Temos observado cerca de 300 novos casos de HIV por ano, com aumento entre pacientes socialmente vulneráveis. Isso se dá por diversos fatores, agravados pela pandemia. (SERGIPE, 2021b, n.p)

Além dessas organizações, existe a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, criada em 2011, e a Rede de Mulheres Cidadãs Positivas.

Atualmente, de acordo com o médico Dr. Almir Santana (SERGIPE, 2021c), em Sergipe, de 1987 até fevereiro de 2021, tivemos confirmados 3.029 casos, o que confirma o crescimento do número de pessoas com HIV. “Já em pessoas com Aids, isto é, aquelas que já têm sintomas e manifestações da doença, o número chegou a 5.541” (SERGIPE, 2021c). O perfil das pessoas convivendo com HIV em Sergipe são de pessoas pobres, heterossexuais, procedentes do interior e com faixa etária entre 20 e 49 anos. A maior via de infecção é pela relação sexual desprotegida, visto que a diminuição da droga injetável com a maior circulação do crack fez com que a contaminação por via sanguínea diminuísse aqui no Estado.

No Estado, seguindo a tendência nacional, a Aids também passou por um processo de reconfiguração no seu perfil, seguindo as tendências da pauperização, interiorização, heterossexualização e feminização. Mas Santana (2001) e Santos (2012) destacam que a feminização da Aids é preocupante, visto que a infecção nas mulheres pode ser uma porta para a infecção em crianças através da transmissão vertical. Nesse sentido, enfatizamos que a mulher é mais vulnerável que o homem, não apenas pelo seu aparelho reprodutor, que é receptor do esperma, mas também por uma questão de gênero, visto que, influenciados pela cultura machista, o homem é quem geralmente decide sobre o uso da camisinha.

O crescimento do HIV/Aids em mulheres também é algo perturbante no Estado de Sergipe, pois tem crescido o processo de feminização da Aids, o que, conforme já foi dito anteriormente, se apresenta uma preocupação quanto à disseminação da epidemia, que é a infecção pela transmissão vertical, passada de mãe para filho. Isso porque, mesmo que atualmente haja, nos serviços públicos da saúde, a obrigatoriedade no acompanhamento pré-natal do teste do vírus HIV nas mães, não podemos perder de vista as falhas na política de saúde brasileira.

O processo de interiorização também é um fenômeno presente no perfil da Aids em Sergipe, visto que algumas cidades com menos de 50 mil habitantes¹⁴, conforme o IBGE, apresentam um número de casos significativo (20 ou mais casos), como as cidades de Barra dos Coqueiros, Boquim, Campo do Brito, Capela, Itabaianinha, Propriá, Simão Dias e Tobias

¹⁴ Consultar a população destes municípios no site do IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12 de jun. 2021.

Barreto. Assim, podemos perceber que, apesar das especificidades de cada Estado, a Aids é uma pandemia que tem muitos aspectos em comum, não só nos diferentes Estados do Brasil, mas também nos diversos países nos quais se apresenta.

Dito isso, o cenário da pesquisa abrange o município de Itabaiana localizado no Estado de Sergipe na região Agreste, a 53 km da capital do Estado de Sergipe, Aracaju. Possui uma extensão territorial de 337,295km² quilômetros quadrados, densidade demográfica de 258,30hab/km², é a maior cidade do Agreste Sergipano. Com uma população estimada de 96.839 pessoas, faz limites com os municípios de Frei Paulo, Ribeirópolis, Moita Bonita, Areia Branca, Malhador, Campo do Brito e Macambira. A religião é predominantemente católica. A população encontra-se em sua maioria na zona urbana, com aproximadamente 76%, já a zona rural com aproximadamente 22%. A maior parte da população de Itabaiana é composta por mulheres com 51%. O município possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com média de 0,642, permanecendo entre os municípios do Estado de Sergipe em 9º lugar.

Município de Itabaiana

Quadro 1: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 1991- 2000-2010

Discriminação	1991	2000	2010
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)	0,399	0,481	0,642
Índice de Esperança de Vida (IDHM-L)	0,655	0,715	0,801
Índice de Educação (IDHM-E)	0,178	0,276	0,513
Índice de PIB (IDHM-R)	0,545	0,565	0,645
Esperança de Vida ao Nascer (em anos)	64,27	67,90	73,03
Renda <i>per capita</i> (R\$ 1,00)	237,80	269,07	443,39

Fonte: IPEA – Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 1991, 2000 e 2010.

Sobre trabalho e rendimento, de acordo com o IBGE¹⁵, em 2019, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 1,6 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 19.1%. Na comparação com os outros municípios do Estado, ocupava as posições 72 de 75 e 4 de 75, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 4352 de 5570 e 1518 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 42.1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 71 de 75 dentre as cidades do estado e na posição 2463 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

¹⁵ Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/itabaiana/panorama>> Acesso:10 de set. 2021.

Com relação à educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade, em 2010, foi de 96,4%, comparando a outros municípios do Estado, ocupava a posição 67 entre os 75 municípios; já em relação a outras cidades do país, permanece na posição 4.281. Referente ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), em 2019, nos anos iniciais do ensino fundamental (rede pública), tinha 4,6 de cobertura, já nos anos finais, 3,4.

No que tange à saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.73 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do Estado, fica nas posições 48 de 75 e 48 de 75, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2197 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente. O município possui 144 estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS.

Ademais, dentre as cidades de Sergipe, destaca-se o município de Itabaiana que, até 2020, encontrava-se entre os três municípios sergipanos com maiores índices de notificação de Aids, apresentando 168 casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2020). De acordo com dados da Revista Carga Pesada (ROCHA, 2008), Itabaiana é a cidade que tem a maior taxa de caminhões por habitantes do Brasil: 1 para 20. O transporte rodoviário de cargas é o motor da economia local, considerada a capital nacional de caminhoneiros. A rota mais permanentemente utilizada por esses profissionais que une o nordeste do Brasil à cidade de Santos (SP), conhecida como a capital mundial do HIV/Aids. Esses profissionais têm pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde, em razão do tempo que ficam longe de suas cidades. No geral, apresentam baixa escolaridade, constante trânsito e cultura patriarcal machista.

Alguns estudos indicam que os caminhoneiros têm maiores chances de apresentar vulnerabilidade à contaminação por HIV, principalmente por causa de fatores ligados ao estresse causado pelos vários dias em viagens e com uma vida eminentemente itinerante. Pesquisas ainda apontam que os profissionais de rota prolongada, isto é, que fazem, constantemente, percursos de, no mínimo, 1.000 km, em razão da necessidade de viajarem continuamente por diversas cidades e países, podem cooperar para a difusão da epidemia da Aids (FERRAZ, 2005; NASCIMEN; ROCHA, 2008; TELES *et al.*, 2008).

Dentro dessa discussão, Teles *et al.* (2008) evidenciaram, em um estudo com caminhoneiros do Brasil, que, em viagens longas por um período maior a 15 dias, havia um crescimento no número de visitas a profissionais do sexo (58,3%). Os dados também apontaram que o uso de preservativo com parceiras ocasionais ainda é baixo, e é menor com parceiras únicas. O uso consistente de preservativo é uma estratégia central de prevenção à infecção pelo

HIV/Aids entre homens que fazem sexo inclusive com homens. As variáveis “aceitar não utilizar preservativo quando sente confiança no companheiro sexual” e “não utilizar proteção na primeira relação sexual” se vincularam ao uso inconsistente de preservativo em todos os subgrupos.

Mesmo em meio ao crescimento do HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens, no Brasil, o uso consistente de preservativo enquanto uma ação de prevenção ainda enfrenta desafios. Esses resultados remetem à necessidade de políticas públicas para a promoção e o fortalecimento da utilização desta tecnologia do preservativo que se caracteriza como uma relevante tecnologia de prevenção a ser utilizada, em razão da sua já comprovada eficácia, custo-efetividade e acessibilidade em conjunto com outras estratégias disponíveis.

Ademais, dificuldades e resistência ao uso de preservativos estão atreladas às questões de gênero e outros fatores e fazem com que homens não usem preservativos e tenham menos cuidado com a saúde, sendo necessária a implementação de uma política que pretende suprir a atenção e o cuidado pela saúde masculina não evidenciada nas ações da atenção básica. O machismo arraigado culturalmente gera inúmeros prejuízos nas vidas das pessoas – principalmente das mulheres. Pode-se dizer que a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis fazem parte desses prejuízos, pois estão correlacionadas ao comportamento sexual humano e, conseqüentemente, também habitam em contextos de abuso, coação e omissão. Dessa forma, percebemos que o crescimento de casos do HIV/Aids no município de Itabaiana/SE também está associado a um número significativo de caminhoneiros, uma vez que estes profissionais são tidos culturalmente como uma população com maior risco de adquirir o HIV/Aids.

2.4 OS MOVIMENTOS DE LUTA CONTRA A AIDS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Os primeiros movimentos organizados em torno da luta contra a Aids surgiram através de grupos compostos principalmente por gays¹⁶. Isso decorreu principalmente pelo fato de, no início da epidemia, ser fortemente apregoada à ideia de que este setor social correspondia ao grupo populacional considerado de “risco”.

A tomada da consciência de que a Aids passava a se disseminar rapidamente e, portanto, necessitava de respostas, fez com que a sociedade construísse os primeiros grupos antiAids, e

¹⁶ Cabe ressaltar que esse termo designa a nomenclatura dada aos homossexuais na época encontrada na literatura que foi usada nesta pesquisa.

passasse a ter representatividade na cena política, o que refletiria principalmente nas respostas governamentais à Aids. Conforme aponta Galvão (2000), a intensa mobilização dos grupos afetados pelo HIV, desde o seu início, foi reforçada pela dimensão global que passou a ter a infecção.

É nesse contexto que surge, no Brasil, em 1983, os grupos “Somos” e “Outra Coisa”, que representaram as primeiras organizações de combate ao HIV/Aids, formados por gays. O trabalho desses grupos centrava-se basicamente na distribuição de folhetos com informações sobre a doença, bem como as formas de prevenção, e outros. Apesar de serem atividades, aparentemente, de pequena dimensão, essas ações já constituíam os primeiros veículos de luta contra a Aids.

Em 1985, na cidade de São Paulo, o primeiro Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (Gapa) significou um importante avanço no que se refere à atenção às pessoas com a doença. O grupo contou com a participação de profissionais de saúde, homossexuais, pessoas infectadas e seus familiares.

A partir de 1987, os Gapas¹⁷¹⁸ generalizaram-se para diversos Estados do país, de maneira que “a sigla Gapa (Grupo de Apoio à Prevenção à Aids) passou a sintetizar ações concretas no tratamento social da doença, cobrando de autoridades e levando a sociedade a refletir sobre os diversos aspectos que a pandemia atinge”.

É importante destacar que o município de Aracaju também contava com um Gapa, criado em 1991, porém, em 2007, o Ministério Público do Estado de Sergipe decretou o fechamento da instituição por causa da falta de recursos financeiros que propiciassem a manutenção do Grupo.

O Grupo “Pela Vidda” também representou um importante mecanismo de luta contra a Aids. Foi fundado em 1989, pelo escritor Herbert de Souza, o Betinho, que conforme afirma Gohn:

[...] ele viveu no exílio muitos anos e tornou-se bastante conhecido em todos os países na década de 80 por sua atuação em companhia de apoio aos aidéticos portador do vírus da Aids, por ser hemofílico como seus dois outros irmãos que morreram da mesma doença (GOHN, 2001, p. 148).

¹⁷ Atualmente existem 17 Gapas espalhados em todo o país, que estão “ligados ao mesmo Código de Ética, mas possuem autonomia para executar suas ações, com as características regionais e atuam de forma independente com estatutos e regimentos próprio”. Disponível em: <<http://www.gaparp.org.br/nossorespeito/rede.php>>.

O Grupo propunha uma nova significação social a respeito das pessoas vivendo com Aids, isto porque “o preconceito e o silêncio em torno da doença e do doente impunham às pessoas com Aids uma morte em vida, subtraindo qualquer direito ou possibilidade de convivência afetiva e social” (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p. 91). Portanto, era necessário combater o sinônimo existente entre Aids e morte, possibilitando uma melhor qualidade de vida às pessoas vivendo com a doença.

Nesse contexto, no ano de 1985, foi criado o Programa Nacional de DST/Aids, que constituiu uma alternativa do governo de traçar as primeiras ações de combate à epidemia. Contudo, foi somente a partir de 1986 que o Programa Nacional de Aids se consolidou, passando a ter um panorama nacional da epidemia propiciado pelas articulações macrorregionais, a disseminação das ações nos Estados e pela participação das ONGs (GONCALVES, 2006).

Convém ainda frisar que, nesse período, as agravantes condições de saúde que a população vivenciava era a herança dos quase 30 anos de ditadura pelo qual o país passou. Assim, destacamos, nesse processo de reabertura política, o Movimento da Reforma Sanitária, que reivindicava por um novo modelo de saúde, que pudesse ser consolidado por meio de um sistema de saúde unificado, que fora pleiteado na VIII Conferência Mundial de Saúde.

Também no ano de 1986, fruto da organização política da sociedade civil, em parceria com profissionais de saúde e com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, foi criada a Declaração¹⁹ dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, que, dentre outros aspectos, defende que:

- I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids
- II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- VI - Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
- XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

¹⁹ Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>>. Acesso em: 15 de jun. de 2021.

Nos anos de 1990, há uma redefinição no cenário de lutas no Brasil, visto que, nesse contexto, também se redefine o papel do Estado, frente à ofensiva neoliberal. O cenário social foi fortalecido diretamente com o crescimento das organizações não governamentais ONGs e com as políticas de parcerias, onde o Estado descentralizava suas ações, transferindo responsabilidade para as comunidades organizadas, tendo as ONGs como intermediárias entre o público estatal e público não estatal (GOHN, 2001). Porém, o ativismo político dos movimentos relacionados à Aids mantém ativa a bandeira de luta desses grupos e consegue alguns ganhos significativos nesse período.

O primeiro que destacamos é a distribuição gratuita, em 1991, da Zidovudina (AZT), primeira medicação (antirretroviral) que agia contra a progressão da imunodeficiência dos infectados pela Aids. Os medicamentos eram distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém o acesso era restrito, não era de caráter universal. Mas foi em 1996 que a lei nº 9.313 passou a garantir o acesso universal da medicação, fato que configurou um grande ganho para a categoria.

Em 1993, o Brasil assina um importante acordo financeiro com o Banco Mundial (BM), com montantes que previram um investimento na cifra de 160 milhões de dólares para investir no Projeto brasileiro Aids I. O projeto tinha como principais objetivos ações que pudessem trabalhar na redução e transmissão do HIV e DSTs, visando ao fortalecimento de instituições públicas e privadas que trabalhavam com o controle da pandemia, a capacitação de profissionais para diagnosticar, tratar e disponibilizar serviços que pudessem trazer melhorias para a pessoa com HIV, bem como identificar os problemas de saúde ocasionados pelas doenças oportunistas (DSTs, tuberculose, etc.) por meio do estabelecimento de serviços de pesquisa e monitoramento (MARQUES, 2002).

Desde a assinatura do primeiro acordo, o Brasil já fez mais três parcerias com o BM. A última foi realizada em 2010, com o empréstimo de 64 milhões²⁰ de dólares destinados ao combate e controle da Aids no país.

Outro marco importante estabelecido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids (Unaid) foi a criação, em 1987, do dia mundial de luta contra a Aids, celebrado a cada 1º de dezembro, que unificou, em uma mesma data, ações de mobilização em todo o mundo para o enfrentamento da pandemia.

²⁰Informação coletada no site do Banco Mundial. Disponível em: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/HOMEPORTUGUESE/EXTPAISES/EXTLACINPOR/BRAZILINPOREXTN/0,,contentMDK:22724450~menuPK:3817263~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:3817167,00.html>>. Acesso em: 16 de jun 2021.

Muito mais do que um dia de luta, o 1º de dezembro visa à sensibilidade da comunidade para a prática constante da solidariedade e maior comprometimento de autoridades na implementação de ações voltadas para a prevenção e assistência às pessoas vivendo com o HIV. Nessa direção, vale ressaltar que o Brasil é um dos países mais afetado pelo HIV/Aids em todo o mundo. Entretanto, ao mesmo tempo, fornece um dos “melhores exemplos de uma resposta ampliada e multissetorial à epidemia, tanto por parte do governo quanto, mais especialmente, da sociedade civil”. (BRASIL, 1998, p. 21).

O outro aspecto que se configurou enquanto ganho para as pessoas vivendo com Aids é que o Brasil passa a ser referência internacional no tratamento da doença, participando de vários encontros internacionais como a Conferência Mundial de Aids, em Genebra, no ano de 1998, em que o Brasil propunha para outros países o acesso universal dos antirretrovirais. Em 1999, o Brasil também esteve presente em Durban, num encontro com países em desenvolvimento defendendo a produção de genéricos para a Aids.

Além desses movimentos, destacamos, na década 1990, a criação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNPVHA), em 1995. Na Carta de Princípios da RNPVHA, destaca-se que essa instituição:

[...] é uma organização nacional de pessoas vivendo com HIV/AIDS, sem vínculo político-partidário e religioso, que atua na promoção do fortalecimento das pessoas sorologicamente positivas para o vírus HIV, independente de gênero, orientação sexual, credo, raça/cor ou etnia e nacionalidade. (RNPVHA, 2012, n. p.)

A RNPVHA é um movimento conhecido nacionalmente pelo seu trabalho junto às pessoas com HIV/Aids, e constitui um importante movimento de luta contra a Aids. Trabalha com a formação de grupos de pessoas soropositivas com a pretensão de:

[...] proporcionar às pessoas vivendo com HIV/Aids a chance de se encontrar, tomar atitudes frente à sua condição sorológica, preparar táticas mediante as quais se desenvolva o indivíduo, combater o isolamento e a inércia, promover a troca de informações e experiências e melhorar a qualidade de vida de quem vive com HIV/Aids. (RNPVHA, 2012, n. p.)

Assim, percebe-se na literatura abordada que a história do movimento social ensina que o movimento direto dos cidadãos em qualquer processo de mudança é fundamental para garantir as transformações desejadas e os alcances de seus objetivos. Dessa maneira, a presença da sociedade civil neste trabalho é fundamental para a efetivação e democratização dos direitos sociais.

2.5 (AS) RESPOSTAS DO ESTADO FRENTE AO HIV/AIDS: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES COM HIV E GÊNERO

Com o desenvolvimento e a expansão da pandemia, as pressões sociais de alguns grupos específicos passam a aglutinar esforços para reivindicar respostas governamentais para o enfrentamento da Aids.

Em face às diversas pressões que começavam a surgir desses movimentos de luta, além da influência política do processo de redemocratização por qual passava o Brasil, é que, em 1983, cria-se, no Estado de São Paulo, o primeiro Programa governamental de controle da Aids, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Assim, percebe-se que:

[...] a resposta inicial à Aids, de 1982 a 1985, só pode ser entendida completamente dentro do contexto do período de abertura, com a eleição de forças progressistas de oposição, abertas ao diálogo e dispostas a responder às preocupações [pressões] da sociedade civil, no nível estadual, e com a continuidade do regime militar, com sua mentalidade fundamentalmente autoritária, no nível federal (PARKER *apud* GALVÃO, 2000, p. 44-45).

Isso significa que, apesar da criação do primeiro programa de apoio à Aids, em São Paulo, o país ainda não tinha um programa unificado, mesmo que os índices de infecção já apontassem, em 1985, a apenas cinco anos da descoberta do primeiro caso, um total de 554²¹ pessoas notificadas. Vale ressaltar que os muitos casos que ocorreram nesse período não foram notificados, porque muitas pessoas preferiam morrer, a ter que se identificar enquanto portador da doença. O programa de apoio à Aids de São Paulo tinha como principais estratégias:

[...] serviços de referência assistencial e laboratorial, vigilância epidemiológica, informação e educação à população e mobilização e participação social. Entre as diretrizes, se destacam o combate à discriminação, a garantia do acesso universal ao tratamento e a promoção da equidade para os grupos sociais mais afetados no acesso aos recursos disponíveis. (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p. 88)

Dito isso, em 1985, por meio da portaria nº 235, é criado, como mencionado anteriormente, o Programa Nacional de DST/Aids, que tem como principais objetivos: 1) Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/Aids e por outras DST; 2) Ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e a assistência – melhorando sua qualidade - no que se refere ao HIV/Aids; 3) Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da Aids.

²¹ Informação colhida em site do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>>.

Em 1988, é criado o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), atual Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), tendo início à distribuição de medicamentos para as infecções oportunistas pelo sistema público de saúde. Em 1988, o dia 1º de dezembro é designado como o Dia Mundial de Luta contra a Aids (MENEZES, 2005).

Em 1996, foi aprovada, no Brasil, a Lei nº 9.313, de 13 de novembro, que garante a distribuição gratuita, pelo sistema público de saúde, de medicamentos para pessoas com o HIV e Aids. Os serviços públicos de saúde distribuem: AZT (Zidovulina) DDI (Didanosida), DDC (Zalcitabina), 3TC (Lamivudina), Saquinavir e Ritonavir (BRASIL, *apud* MENEZES, 2005).

Em 1999, é lançada a Política Nacional de DST/Aids para nortear as ações do Programa Nacional que mencionava sobre o fenômeno de feminização da Aids como um que se aplica ao perfil da infecção do HIV no qual se observa tendência do aumento do número de mulheres infectadas e/ou doentes. Atualmente, no Brasil, as mulheres representam 48,4% do total de casos registrados, sendo a maior concentração de casos de Aids está entre as jovens, de 25 a 39 anos (BRASIL, 2020). Todavia, constata-se, pela própria leitura dessa política, que não existe uma atenção especializada para a feminização da Aids, evidenciando-se apenas estratégias pontuais, que não colocavam como central tal problema.

Sobre esse prisma, cabe salientar que, mesmo com o marco político jurídico constitucional de 1988, consagrando o preceito de igualdade entre homens e mulheres, é somente em 2003, passados mais de 24 anos, que foi criada uma específica para mulheres que é denominada de Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República (SPM/PR). A finalidade da secretaria é de assessorar, direta e imediatamente, o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres, e elaborar um planejamento de gênero que contribuísse na ação do Governo Federal e demais esferas, com vistas à promoção da igualdade, tendo essa secretaria um importante papel de articular as políticas do Governo Federal voltadas para as mulheres (BRASIL, 2010).

No que tange às Políticas Públicas de Saúde, em 2004, “foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que começou a direcionar o olhar para a questão da feminização do HIV/Aids, uma vez que foram assinalados nos objetivos específicos “promover conjuntamente com o Programa Nacional de DST/Aids a prevenção e o controle das DST/Aids entre as mulheres” (BRASIL, 2004).

Nessa direção, em 2004 e 2007, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e o Governo Federal realizaram a I e II Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, de que se originou o “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”, em 2007. O objetivo principal do plano é enfrentar a feminização da pandemia

da Aids e outras DST por meio de ações integradas, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e movimentos sociais, nas esferas federal, estadual e municipal. O plano traça como um dos propósitos:

[...] a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais com capacidade para acelerar o acesso aos insumos de prevenção ao diagnóstico e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da aids, para as mulheres das diferentes regiões de nosso país (BRASIL, 2007, p.8).

Esse plano pretende ampliar e qualificar o debate público e contribuir na promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e se organiza a partir das iniciativas históricas de organismos governamentais e movimentos sociais de toda a região do país. Esses movimentos foram organizados pelas lideranças e representantes do movimento feminista de mulheres (prostitutas, cidadãs positivas, negras e outras) que chamavam a atenção para a demora no enfrentamento da pandemia da Aids entre elas (BRASIL, 2007).

Nos anos de 2009 e 2011, esse plano foi revisado e republicado, aglutinando esforços coletivos de debate participativo. A intenção foi de colaborar efetivamente para a mudança dos contextos de vulnerabilidade que tornam as mulheres mais passíveis à pandemia. A principal ação para a reedição foi a realização de oficinas regionais com a participação de representantes de governo, de movimentos sociais, universidades, organismos internacionais e outros parceiros de todos os Estados. A partir destas oficinas, foram englobados ao Plano de Enfrentamento agendas afirmativas constituídas por mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com Aids, prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade, lésbicas, mulheres bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), excluindo-se assim um público feminino considerado de grande vulnerabilidade: as adolescentes e as mulheres casadas, não contaminadas pelo vírus (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, percebeu-se o equívoco e as estratégias foram modificadas e estão destinadas tanto às mulheres de forma geral, quanto às mulheres vivendo com Aids e às mulheres vítimas de violência. Isso foi um grande avanço, pois possibilita incluir ações gerais para o público feminino, que visa trabalhar os aspectos da sexualidade, prevenção e tratamento.

Outra questão enfatizada e incorporada no plano de enfrentamento da feminização da Aids foi a categoria gênero como aspecto fundamental para discutir a problemática das mulheres que vivem com HIV ao destacar “as desigualdades de gênero constituem fatores estruturantes da vulnerabilidade das mulheres a pandemia de aids e outras DST”.

Nesse contexto, sobre a transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas, Bandeira (2005) destaca que as políticas públicas, no Brasil, em regra, quando são

dirigidas às mulheres não contemplam necessariamente a perspectiva de gênero. Políticas públicas de gênero são diferentes de políticas públicas para mulheres. A primeira considera a diversidade dos processos de socialização para homens e mulheres, cujas consequências se fazem presentes, no decorrer da vida, nas relações individuais e coletivas. Já a segunda tem centralidade no feminino enquanto parte da reprodução social.

Assim, para além da transversalidade, Sardenberg (2010) propõe a transversalidade de gênero, visto que, para a autora, a transversalidade de gênero é um fato amplamente constatável. Daí porque a necessidade da transversalização da perspectiva das relações de gênero nas políticas públicas: para garantir a promoção social, econômica, política, cultural, das mulheres. A transversalização situa-se, portanto, enquanto uma proposta mais ampla que possibilite, de fato, a erradicação das desigualdades de gênero.

Percebe-se que muitos avanços alcançados pelas pessoas que convivem com Aids só foram possíveis graças a esses movimentos que, atualmente, ainda constituem uma via de enfrentamento da doença.

2.6 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS E DA ATENÇÃO NO BRASIL

Antes da criação do SUS, é pertinente lembrar que o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com campanhas de vacinação e controle de endemias. A assistência à saúde no país tinha uma estreita relação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários (BRASIL, 2003).

Essa divisão, extremamente injusta do ponto de vista social, dividia a população brasileira em cidadãos de 1ª e de 2ª classes. Os de 1ª classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham, mesmo com os problemas inerentes ao sistema de então, um acesso mais vasto à assistência à saúde, desfrutando de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social através do Inamps. Os de 2ª classe, representados pelo restante da população brasileira, os não previdenciários, tinham um acesso bastante restrito à assistência à saúde – geralmente limitado às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais (BRASIL, 2003).

Dessa forma, importa ressaltar que a atuação do setor de saúde na chamada assistência hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o qual era vinculado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo que a assistência à saúde beneficiava apenas os trabalhadores contribuintes assegurados pelo INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal e gratuito (BRAVO, 2006).

Assim, o modelo oficial de saúde, melhor dito de assistência médica, estava baseado na privatização e na compra de serviços de saúde da rede particular de prestação do serviço, havendo uma exclusão de unidades públicas do sistema de prestação de cuidados à saúde. De acordo com Aguiar (2011), nesse período, ocorreu uma desvalorização do modelo sanitarista campanhista e as ações em saúde pública reduziram-se a controle de endemias comandadas pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam).

Ao fim dos anos 70, o modelo de saúde previdenciária entra em colapso pelo seu grande custo, e por ser pouco resolutivo e ineficaz para a demanda, com altos desvios de recursos. A crise na saúde se agrava, aumentando a insatisfação da sociedade e aparecendo movimentos sociais reivindicando por melhores condições de vida e saúde (SANTOS, 2014).

Na década de 1980, com o processo de abertura política e da transição do regime ditatorial para o democrático, que trouxe entre outras coisas a necessidade de reformular o modelo de gestão político-administrativo de suas diferentes políticas, proporcionou também um repensar da política nacional de saúde, que desde a década de 1970, já computava juntamente a um posicionamento mundial a inserção de um novo modelo de saúde que rompesse com a ideia de hospital como centro de locação exclusivo de atendimento e tratamento do cuidado com a saúde. Aliados a esse cenário, os velhos movimentos surgem, assim como novos entram no cenário político reivindicando direitos sociais. Sobre esse contexto, Santos (2014) comenta:

[...] a década de 80 trouxe consigo profundas transformações na conjuntura social, política e econômica do país, se por um lado adentrávamos definitivamente no processo democrático, por outro, o fim do modelo econômico militar representava uma grave crise econômica que preconizava ainda mais as condições de vida da população[...] os reflexos das péssimas condições no âmbito da saúde naquele momento eram visualizados no crescimento das epidemias e na falta de eficiência nos serviços de atendimento às necessidades básicas da população (SANTOS, 2014, p.15)

Nessa conjuntura, nasceu um dos principais movimentos sociais brasileiros: o Movimento de Reforma Sanitária que surge contra o regime ditatorial e as condições precárias dos serviços de saúde. O movimento sanitário então iniciou seus trabalhos em meados dos anos

1970, e se fortaleceu com a abertura política na década seguinte. A princípio, o movimento era constituído apenas por um conjunto de intelectuais e técnicos, porém, no decorrer de sua trajetória, foi recebendo reforço de integrantes de lutas específicas que estavam deflagradas na sociedade civil no mesmo período, dentre elas, os sindicatos, partidos políticos de oposição, associações, movimentos de bairros. Esses atores fomentaram o debate em torno da problemática da saúde e construíram uma proposta de saúde pública e universal, pois o acesso aos serviços de saúde somente era viável mediante a vinculação ao trabalho formal, ou seja, o acesso à saúde e a outros direitos somente era mediante pagamento do seguro social (BRAVO, 2006).

Em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília (DF), que contou com ampla participação de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e gestores, pode-se inserir como um marco determinante dessa proposta. Essa conferência significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor da saúde, consolidada na Reforma Sanitária. Nesse momento, intensas manifestações contrárias ao modelo vigente de proteção à saúde foram realizadas dando lugar a um processo gradativo de mudanças que culminou com o reconhecimento da saúde como política social previsto constitucionalmente, fruto da compreensão de sua reconceituação que passa a ser compreendida como o resultado das condições de alimentícias, habitacional, acesso à terra e aos serviços públicos (SANTOS, 2014).

O debate realizado na 8ª CNS fortaleceu e expandiu por todo o Brasil os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária. Tal movimento serviu como uma das principais inspirações na elaboração da Constituição Federal de 1988 que, no seu art. 196, afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2008, p. 131).

Nesse contexto, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que pretendiam fazer a transferência de verbas, por meio de convênio a Estados e municípios, para financiamento de serviços de saúde. As AIS deram origem ao Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) que foi considerado, naquele contexto, um marco decisivo para o processo de descentralização e redefinição dos papéis e atribuições, seja em nível federal, estadual e municipal. No entanto, ainda com o SUDS, não foi possível mudar o modelo de atenção à saúde vigente na época, pois não houve uma reorganização concreta dos serviços, no que diz respeito aos preceitos do projeto da Reforma Sanitária. Dessa forma, no ano de 1990, o SUDS é

substituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada de assistência à saúde, financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, articulando a esfera federal, estatal, distrital e municipal (SANTOS, 2014).

A partir de então, o SUS passou a ser concebido com essa nova formulação política e organizacional, fruto das lutas do movimento sanitário brasileiro, preconizada tanto na CF/1988 quanto nas leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8080/1990 e nº 8.142/1990). Nesse sentido, os avanços e resultados dessas mudanças na legislação foram percebidos de imediato, como, por exemplo, ao sinalizar a saúde como um direito de todos (as), a universalização das ações e serviços no campo da saúde, diferentemente do que era antes:

O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da ‘carteirinha’ do INAMPS; para os não incluídos restava a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes. (BRASIL, 2006, n.p.).

Sobre esse prisma, a lei nº 8080/1990, art. nº 3 (BRASIL, 2021), conforme preconiza o Movimento pela Reforma Sanitária, ampliou o conceito de saúde da qual a relacionou com fatores condicionantes e determinantes que envolvem o contexto do indivíduo como um todo:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2021 n.p.).

Percebe-se, então, que a saúde está diretamente vinculada à política econômica e social do país e que os direitos sociais são dependentes um dos outros, pois a saúde não pode ser garantida se cada sujeito não usufruir de uma alimentação equilibrada com todos os nutrientes necessários ao organismo; se a sua residência e sua comunidade não possuem saneamento básico; se não tiver acesso a uma educação que favoreça no desenvolvimento de uma consciência crítica sobre as questões sociais e outras; se não houver tempo e condições financeiras disponíveis para participar de atividades culturais; se seu ambiente de trabalho não for livre dos riscos de acidentes e agravos ao organismo e se a renda familiar não for suficiente para garantir todas as necessidades básicas da família entre outros agravos decorrentes destes.

Logo, nota-se que esse enfoque confronta-se com o modelo biomédico de intensificação do uso da técnica da especialização da centralidade da doença da relação médico-paciente. Esse

modelo incorpora apenas os elementos biológicos dos pacientes, ou seja, a doença em si. O paciente não é cuidado na sua integralidade, desconsiderando um dos princípios que norteia o SUS: a integralidade que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde dos utentes.

Com o conceito ampliado de saúde, esta passa a compor a ideia de que não se refere apenas à ausência de doenças, mas, sobretudo, às questões que envolvem as condições de vida, configuram-se como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (ESCOREL, 2006). Os fatores biológicos, psicológicos e sociais devem, por isso, ser todos simultaneamente considerados e articulados entre si para a efetiva condição de sobrevivência das pessoas e suas famílias num contexto favorável de contínuas inovações tecnológica e de mudanças organizacionais com produção de alternativas que estimulem a qualidade de vida e melhores condições de cuidados em saúde.

Mesmo com o avanço na política de saúde, no Brasil, ainda se constavam problemas de saúde, sendo identificados baixos níveis de saúde, dificuldades no serviço de saúde e elevadas taxas de desigualdades socioeconômicas. Dessa maneira, com o objetivo de garantir o direito universal ao cidadão, em 2006, criou-se uma comissão específica para discutir os determinantes sociais da saúde, Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), impulsionada pelo movimento global da Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com Garbois, Sodré e Araújo (2017), a OMS “convocou as autoridades dos países para a necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde” (GARBOIS, SODRE, ARAUJO, 2017, p. 4).

Segundo a OMS, os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive/trabalha ou ainda as suas características sociais, dentro das quais a vida transcorre, considerando os fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos, comportamentais, éticos/raciais que vão influenciar a ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, lazer, emprego, escolaridade. Nesse contexto, ressalta-se a importância da integração do setor saúde aos demais setores da sociedade no combate às iniquidades.

Ao analisar a saúde sob a ótica dos determinantes sociais de saúde, nos permitem o livre desenvolvimento de intervenções no sentido de analisar políticas públicas que possam reduzir iniquidades, desigualdades injustas e avançar em políticas de saúde.

Nessa discussão, os fenômenos de saúde, de acordo com o materialismo histórico dialético (MHD), são entendidos como resultado da organização social para a produção/consumo, pois é dela que dependem os seres humanos para abastecerem suas

necessidades vitais. Portanto, transformações no modo de produção e reprodução social de um determinado período histórico geram igualmente transformações na saúde humana.

Para Fonseca, Egry (2006), com fundamento no MHD, entendem a sociedade como a totalidade das relações de produção e das forças produtivas que, no conjunto, formam sua estrutura econômica; a essa estrutura correspondem as formas de consciência social e onde se desenvolve o processo de vida social, a superestrutura. Ora, as relações de produção que movem as forças produtivas são o próprio trabalho. Por ser uma categoria central no MHD, e por isso é inúmeras vezes citado neste trabalho, o conceito de totalidade não deve significar o conjunto de todos os fatos, como poderia sugerir uma interpretação simplista, mas, sim, a:

[...] realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. [...]. Os fatos são conhecimento da realidade se são compreendidos como fatos de um todo dialético – isto é, se não são átomos imutáveis, indivisíveis e indemonstráveis, de cuja reunião a realidade saia constituída – se são entendidos como partes estruturais do todo. (KOSÍK, 1995, p. 44)

Sem a compreensão das relações entre a base material e a constituição dos sujeitos, os fenômenos da saúde e doença inevitavelmente serão colocados no âmbito da gênese e responsabilidade individuais e mantidos/controlados por decisões e escolhas de cada pessoa. É contra uma interpretação falsa e reducionista no campo da saúde que o materialismo histórico e dialético vem se interpor, não para deslocar a importância do sujeito e suas responsabilidades mais imediatas com relação à sua saúde/doença - tal qual como acusam os pós-modernistas, por exemplo -, mas para colocar a questão no âmbito em que ela deve estar na produção coletiva que vise à universalidade, à integralidade dos serviços de saúde, o que implica para uma compreensão de saúde no sentido amplo.

Dito isso, o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais e curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2018).

É pertinente destacar, também, que, no decorrer do processo de implantação do SUS, houve a publicação de algumas leis de regulamentação, as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93, NOB/SUS 01/1996. Além dessas, a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde foi publicada em 2001 (NOAS/SUS 01/01) que foi reestruturada e publicada no ano seguinte, a qual vigora atualmente (NOAS/SUS 01/02). É

relevante relatar que todas as decisões do SUS são discutidas entre o Ministério da Saúde e os Conselhos. Isso ocorre desde a criação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) ajudando a efetiva implantação do SUS. Tais leis foram regulamentadas em 2011, pelo decreto 7.508/2011, que dispõe sobre organização, planejamento, assistência à saúde e articulação interfederativa do sistema.

Assim, o SUS está consolidado na Constituição Federal de 1988, tem seus princípios postos na LOS (Lei Orgânica da Saúde 8.080/90) e nas Normas Operacionais Básicas, ou seja, o Sistema em sua base pautada na lei, que propõe superar as formas tradicionais de assistência, caracterizadas precipuamente, pela ótica biologizante e curativa, logo, centrada no modelo hospitalocêntrico essencialmente focado na doença, por práticas de assistência e prevenção de ações educativas, ordenadas a partir de uma política de saúde da atenção básica.

As ações de atenção básica possuem relevância primordial no SUS, visto que se tornam um dos pontos fundamentais de uma nova perspectiva de fazer política pública de saúde, universal, integral e participativa.

A atenção básica compreende o nível de atenção que possibilita a entrada da população ao sistema de saúde para todos os problemas de saúde, novos ou antigos, com assistência direcionada à pessoa e não à doença. Considera a integralidade e o contexto onde a doença ocorre e acompanha o indivíduo ao longo do tempo e em todas as condições, além de integrar e coordenar as ações de saúde em outros níveis de atenção e, na presença de problemas raros, racionaliza os recursos para atender às necessidades da população. Promove, ainda, a prevenção, a cura, a reabilitação e potencializa a saúde (STARFIELD, 2002).

Esse nível de atenção primária foi fortalecido após a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada no ano de 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Após discussões sobre o tema, foi sintetizada a Declaração de Alma-Ata, a qual teve como proposta a reorganização e o racionamento dos sistemas de saúde para a população mundial atingir o mais alto nível de saúde, devendo ser prioridade nos países-membros, tais como o Brasil. Dessa forma, a saúde foi estabelecida dentro de em uma perspectiva ampliada, ou seja, para além do bem-estar físico, associando-a, assim, à concepção de saúde como resultante dos fatores de bem-estar corporal, integrado também à saúde mental e social. Além disso, o referido documento definiu a saúde como um direito fundamental.

Por conseguinte, o âmbito internacional difundiu-se à ideia da organização da política de saúde iniciando pela estruturação de uma rede de atenção à saúde em nível primário

denominado de Atenção Primária a Saúde (APS) ou Atenção Básica de Saúde (ABS)²². Esses termos são equivalentes. Entretanto, a literatura aponta que o termo APS é mais utilizado em nível internacional.

Já o conceito de (ABS) foi forjado no contexto da reforma brasileira, que expressa diretrizes e princípios do SUS.

De acordo com a atual política nacional de atenção básica (PNAB), a AB é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem as ações de promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por uma equipe multidisciplinar e dirigida à população em território definido sobre os quais as equipes assumem responsabilidades sanitárias (BRASIL, 2017).

A conceituação de atenção básica denota uma categorização desse nível de atenção classificado como à base do sistema de saúde, que acolhe o indivíduo em seu contato inicial (considerada porta de entrada), viabilizando a inserção deste em uma rede de cuidados cujo foco é a integralidade da saúde. Nessa direção, mantém conexão com outros níveis de atenção, ordena os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Ademais, é a “porta” de acesso da comunidade à equipe de multiprofissionais da área, assim como à Política de Saúde.

A materialização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é consequência da luta de muitos atores envolvidos: usuários/as, trabalhadores/as, gestores/as e movimento sociais (BRASIL, 2012). A primeira edição da PNAB foi elaborada em 2006, posteriormente reeditada em 2011 e, mais recentemente, a de 2017, a atual sofre novas modificações.

A portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006, apresentou uma reorientação da Atenção Básica no país, estabelecendo “a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2006). Na revisão da PNAB, no ano de 2011, permaneceu a centralidade da ESF com o objetivo de consolidar o viés da atenção primária, reafirmando-a como porta de entrada do cidadão aos serviços públicos de saúde e reconhecendo-a como ordenadora do cuidado e da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante, UBS com ou sem ESF.

²² Neste estudo, optamos por utilizar o termo Atenção Básica à Saúde.

Após as emissões e revisões das normativas elencadas sobre a PNAB, surgiu ainda outra Portaria de número 2.436, elaborada em 21 de setembro de 2017, que aprovou a mais recente da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo atualização de conceitos e a inserção de alguns elementos relacionados à função que se almeja como ordenadora das Redes de Atenção, bem como a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2017). Sobre essa revisão, Almeida *et al.* (2018) apontam que:

[...] o processo de revisão da PNAB, ocorrido entre 2015 e 2017, foi fortemente marcado por disputas técnico-políticas entre o Ministério da Saúde e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde. As principais mudanças introduzidas pela nova versão da PNAB são a possibilidade de financiamento de outros modelos de organização da atenção básica além da Estratégia Saúde da Família; a ampliação das atribuições dos agentes comunitários de saúde; a construção da oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliadas da atenção básica; e a inclusão do gerente de atenção básica nas equipes. (ALMEIDA *et al.*, 2018, p. 1)

Percebemos que a PNAB de 2017 não traz mudanças significativas quando comparada à publicação anterior. Contudo, nota-se que avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário no SUS. Entretanto, constata-se que, desde a implantação da PNAB até as recentes alterações elencadas no texto, observamos avanços e retrocessos, os quais têm gerado impactos na concretude dessa política no sistema de saúde.

Com a finalidade de operacionalizar as ações da atenção básica, o Ministério da Saúde (MS), em 1994, criou o Programa Saúde da Família (PSF), sendo seu principal propósito a reorganização da prática de atenção à saúde, buscando reafirmar os princípios básicos do SUS através da universalização, da descentralização, da integralidade das ações e da participação da comunidade, princípios estes elencados na constituição federal de 1988 e reafirmados na LOS 8080/1990.

Cabe informar que outro programa surgiu primeiro no ano de 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado para tentar reduzir a mortalidade materna – infantil. O PACS serviu de base para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF) visando à operacionalização da Política de Atenção Básica em Saúde.

O PSF, desde sua implementação, tinha o intuito de fortalecer o processo de descentralização do SUS através da compreensão de oferta da atenção básica na comunidade, criando, sobretudo, um elo entre os profissionais e os usuários. Nesse sentido, de acordo com Aguiar (2011), foi instituída uma equipe básica responsável pela cobertura de uma área que habitasse de 800 a 1000 famílias, na qual cada equipe seria formada por um médico, um

enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Para os Agentes Comunitários de Saúde, o regime de trabalho seria de dedicação exclusiva e residência obrigatória na comunidade. Além disso, o PSF preconizava também atendimento integral a cada pessoa da família e participação da comunidade no controle dos serviços prestados para a população.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, tendo em vista que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A partir da portaria nº 648, de 28 de março de 2006, instituída pelo MS, a ESF atua como diretriz do processo de trabalho em saúde, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. O foco da atenção é a família e a comunidade em seus contextos sociais, na ótica de uma compreensão ampliada do processo saúde doença. O trabalho é realizado por uma equipe interdisciplinar no território definido.

Nessa direção, compete à equipe multiprofissional traçar diretrizes de acompanhamento da família dentro e fora da casa, e, assim, criar estratégias de intervenção, conhecer as famílias ali residentes e suas condições de saúde, elaborar planejamento de ações visando aos determinantes de saúde/doença, identificar as situações de risco presentes em seu território e estabelecer vínculos duradouros e com responsabilidade na comunidade. A equipe é composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, agentes de saúde e auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo ser incluídos cirurgião-dentista e/ou técnico em saúde bucal e o Agente de Combate às Endemias (ACE) (BRASIL, 2017).

A ESF centraliza uma assistência baseada em cuidados familiares, em que os profissionais que compõem as equipes devem ter uma visão integral de todos os componentes de uma família, compreendendo que cada membro do núcleo familiar deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de morte e, para tanto, necessita da garantia da acessibilidade ao sistema de saúde.

De acordo com Ohara (2010), o cuidado familiar deve apreender os aspectos culturais, levando em consideração as crenças, valores e costumes familiares, conhecer e compartilhar a concepção do cuidado em saúde construído pela família, conhecer suas interações, relações interpessoais, entendendo a família como sujeito dinâmico. Nesse aspecto, o foco do cuidado deve ser compreendido como uma oferta de suporte para que a família possa atender às necessidades dos seus membros.

Nessa esteira de discussão, assinala-se ainda na PNAB que, além dos diversos formatos de ESF, há a existência de outros modelos de equipes voltadas para as distintas

populações a partir da realidade brasileira. Dessa maneira, apresenta algumas modalidades de equipes, como, por exemplo: a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes do Consultório na Rua, Atenção Prisional, Academia da Cidade, Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense; Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB (2017), as Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas são formadas por: 1) Equipes do Consultório na Rua, 2) Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense e 3) Equipes de Atenção Básica Prisional. As primeiras prestam um atendimento assistencial de forma integral à saúde da população em situação de rua em um determinado território. Já as segundas executam atendimento à População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira e estas poderão ter dois tipos de organização, a depender das características regionais: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha ou Equipes de Saúde da Família Fluviais. Por fim, as últimas são destinadas a prestar assistência à saúde da população que está em cumprimento de penas privativas de liberdade no sistema prisional, sendo oferecido um atendimento em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Os NASF-AB foram criados em 2008, através da portaria GM/MS nº154/2008, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008). Desde então, têm sido implantados em vários municípios brasileiros.

Os profissionais que atuam no NASF são designados a trabalhar em equipe mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A responsabilidade da resolutividade dentro da AB passa a ser compartilhada entre a ESF e o NASF em que ficou previsto para ocorrer de forma longitudinal dentro do espaço de saúde na própria comunidade, atuando na consolidação de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. A ESF continua sendo a porta de entrada para o sistema, e o NASF, referência para o apoio multiprofissional por meio do qual sua intervenção deve privilegiar o apoio matricial às equipes da ESF, bem como as intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em vulnerabilidade (ANDRADE *et al.*, 2012).

Outro programa que faz parte da AB é o Programa Saúde na Escola (PSE) instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O PSE é uma política intersetorial entre os

Ministérios da Saúde e da Educação que tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Nesse sentido, as ações de educação e saúde do PSE ocorrerão nos Territórios pactuados entre os gestores municipais de educação e de saúde estabelecidos de acordo com a área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível a interação entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, outros) (BRASIL, 2017).

O Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, também está ligado à AB e é dotado de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Desse modo, as ações de promoção da saúde são realizadas em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017).

Dentro dessa discussão, cabe salientar que, dentre os programas elencados, são ofertados pela Atenção Básica do Município de Itabaiana Sergipe apenas os seguintes programas: Equipes de Saúde da Família, Academia da Cidade, Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Saúde na Escola.

Itabaiana é um município do Estado de Sergipe, localizado na região agreste, a 53 km da capital, como já foi mencionado. A rede de atenção básica à saúde da cidade de Itabaiana é gerenciada pela Secretaria Municipal da Saúde, que é ligada diretamente à prefeitura local, tendo por perspectiva a gestão plena do SUS no âmbito municipal.

Para garantir a atenção integral à rede básica, adota a ESF, que é considerada a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde. A equipe mínima da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, agentes comunitários de saúde (de 9 a 12), um auxiliar de enfermagem, um dentista e um auxiliar bucal, que cuidam de 3000 pessoas, em média, desenvolvendo ações de promoção a saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação.

Atualmente, na cidade de Itabaiana, são 14 equipes da ESF distribuídas em 10 unidades. Já a zona rural é composta por 6 equipes organizadas nas 6 unidades. A ESF do município tem o suporte do NASF (núcleo saúde da família), foi criada pelo MS, em 2008. O NASF tem como objetivo precípua qualificar a atenção básica com ênfase na ESF, ampliando a resolutividade e integralidade das ações. No momento, o município dispõe de 2 equipes do

NASF compostas pelas seguintes profissões: assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, psicológico, educador físico e fisioterapeuta.

2.7 SERVIÇO DE SAÚDE NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS

O Ministério da Saúde, no início da década de 1990, estruturou a política de assistência às Pessoas Vivendo com HIV e Aids (PVHA). A definição da política de medicamentos antirretrovirais (ARV) foi um marco relevante no contexto assistencial. Sob a responsabilidade dos variados níveis da esfera governamental, o MS institui o Programa de Alternativas Assistenciais²³, com base na implantação de serviços alternativos à assistência convencional. Nesse contexto para atuação ambulatorial, foi desenvolvido o Serviço de Assistência Especializada (SAE); para atuação hospitalar, o Hospital-Dia (HD); Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais, o MS institui a operacionalização dos SAE, e definiram as diretrizes para a organização da assistência às PVHA. (BRASIL, 1997). Cabe sinalizar que o atendimento nesses serviços seria ofertado por equipes multidisciplinares, visando garantir uma assistência humanizada e de qualidade, fundamentada na atenção integral à PVHA e sua família (BRASIL, 2008).

No que diz respeito aos SAEs, é relevante salientar que foram implantados a partir de 1994 em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se em importante recurso para a saúde, uma vez que oferece o tratamento especializado para a população soropositiva. Estão situados em hospitais de referência, unidade básica de saúde, policlínicas municipais ou estaduais, clínicas de IST, ambulatórios especializados em DST/AIDS e outros. Em 1996, haviam 33 SAEs cadastrados no país, percebendo-se uma grande heterogeneidade na capacidade operacional e na resolubilidade desses serviços (BRASIL, 2008). Em 2007, esse número chegou a 636, de acordo com o levantamento junto a todas as Coordenações Estaduais de IST e Aids, do país, feito pelo DIAHV. A distribuição regional desses serviços, naquele período, era a seguinte: 63 serviços na região sudeste (exceto São Paulo 193 e Rio de Janeiro 103), 145 no Sul, 29 Norte, 36 no Centro-Oeste e 66 no Nordeste (BRASIL, 2015). Desses 66 localizados no Nordeste, temos apenas 1 no Estado de Sergipe instalado na capital (Aracaju), no Cemar do bairro Siqueira Campos.

²³ Esse Programa baseou-se na implantação de Serviços alternativos à forma convencional de assistência, com conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutividade diagnóstico-terapêutica e que permitissem o estabelecimento de mecanismos de referência e contra referência com os Serviços do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08aids_relatorio_atividades.pdf>. Acessado em: 12 de Jun 2021.

O SAE presta assistência clínica e psicossocial aos pacientes, sendo algumas das principais atividades realizadas: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas; atividades educativas para adesão ao tratamento, prevenção e controle de DST e HIV/AIDS, bem como operacionaliza a realização de exames de monitoramento e busca contribuir para o estabelecimento de uma rede de referência e contra referência para o atendimento dos pacientes. Assim, os SAEs passam a se constituir uma importante estratégia para a diminuição da mortalidade e morbidade referentes à AIDS (BRASIL, 2009).

Outro tipo de assistência ofertada pelo SUS, as PVHA se referem aos serviços de Hospital-Dia (HD), instituídos no Brasil em virtude das políticas públicas em Aids, no fim da década de 1980. A execução desse serviço, no contexto do Programa de Alternativas Assistenciais, deu-se em resposta à intensa demanda de assistência e à parca resolutividade da rede pública hospitalar. Diante dessa circunstância, o Ministério da Saúde, através das Portarias Ministeriais de nº 93, de 31 de maio de 1994 e de nº130 de 3 de setembro de 1994, legalizou essa modalidade de atendimento, concedendo pagamento diferenciado e determinado parâmetros de estrutura física, resolutividade diagnóstica e capacidade operacional do, no final da década de 1980. A dinâmica para a implantação de HD foi a mesma do processo adotado para implantação do SAE (BRASIL, 2010)

A partir dessas demandas, o HD foi instituído como um modelo de tratamento diferenciado aos pacientes com HIV/Aids que necessitem de internação. Quanto à localização do Hospital-Dia, deve estar inserido ou inter-relacionados com o hospital geral, para melhor acesso a outras especialidades, como: Radiologia; Laboratório; Nutrição; Serviço de endoscopia gástrica, enteral, brônquica, oftalmologia e odontologia. As indicações diagnósticas realizadas por esses hospitais são: Biópsias; Punções; Oftalmoscopia; Colheita de exames de escarro, sangue, fluidos e outros materiais que se fizerem necessários; Radiologia; Laboratório de análise de urgência como sódio, potássio, ureia, creatinina, transaminases, hemograma, quimiocitológico liquórico com tinta da China pesquisa de BK direto no escarro. Gram e outros. (BRASIL, 2010). Nesse contexto, cabe frisar que, no Estado de Sergipe, temos como referência do HD o Hospital João Alves Filho e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, ambos localizados em Aracaju.

Ainda sobre as organizações de assistência às pessoas com HIV/Aids, outro serviço assegurado no âmbito do SUS foi a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) como modalidade de assistência inovadora na época, considerando o contexto assistencial da Aids e

o cenário da saúde pública no país. Esse serviço, além da visita domiciliar, constituía-se em referência para o encaminhamento de internações de longa duração, compreendendo desde cuidados curativos a paliativos. Vale salientar que, em 1996, foram habilitados os primeiros serviços. Esse Programa foi criado com o objetivo principal de promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HIV/Aids, dentro de uma visão de assistência integral ao paciente, em resposta à necessidade de otimização de recursos e redução de gastos com a saúde (BRASIL, 2010).

O trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional permanente, minimamente constituída de pessoal capacitado nas áreas de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social, cuja função é prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial a pacientes com o HIV/Aids, no seu próprio domicílio, acompanhando-os na sua enfermidade, além de realizar o devido trabalho preventivo entre os seus familiares e comunidade. Proporcionar assistência integral aos pacientes com infecção pelo HIV/Aids e seus familiares, diretamente em seus domicílios; Promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com infecção pelo HIV/Aids; Promover o aumento da adesão dos pacientes HIV/Aids ao tratamento; Reduzir a demanda de internação hospitalar, otimizando os leitos disponíveis; Reduzir a duração das internações hospitalares e propiciar a redução das infecções nosocomiais; Estabelecer mecanismos de referência e contra referência com Hospitais, HD , SAE e ambulatorios; Desenvolver o “papel de cuidador”²⁴ e reforçar os vínculos de familiares e amigos na assistência e convivência com pacientes HIV/aids; e Otimizar os recursos disponíveis, no que tange à saúde pública, promoção social e participação comunitária. (BRASIL, 1999).

Outra modalidade de serviço de destaque no âmbito do SUS é o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que se situa tanto na assistência quanto na prevenção e tem como objetivo promover a identificação precoce do paciente soropositivo para o imediato encaminhamento à rede de assistência, além da atuação em ações de prevenção (VERMELHO; BARBOSA, 2004). Criado em fins da década de 1980, os CTA são de fundamental importância para as ações de promoção à saúde e constituem espaços que garantem o acesso da população à realização do diagnóstico precoce, ao mesmo tempo em que possibilitam o contato com grupos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade. O teste é acompanhado de atividades de educação, aconselhamento e de intervenção. O serviço se caracteriza por ser

²⁴ Considera-se cuidador qualquer pessoa que tenha ou não vínculo familiar com o paciente e que esteja envolvido no seu tratamento domiciliar. Essa pessoa, quando capacitada, torna-se corresponsável pelas atividades assistenciais, complementares ao trabalho desenvolvido pela equipe da ADT.

gratuito e sigiloso. As ações do CTA envolvem: o aconselhamento coletivo e/ou individual pré e pós-teste, ações de prevenção e alimentação do sistema de informação do serviço (SI-CTA), além de promover uma maior integração com outros programas da rede pública de saúde (BRASIL, 2010).

É Pertinente destacar que os CTA, no final de 1980, eram conhecidos pela sigla Coas (Centro de Orientação e Apoio Sorológico), constituíram-se em modalidade alternativa de atenção primária à saúde, promovendo a oferta do aconselhamento de uso de preservativos e oferecendo informações apropriadas em relação à pandemia. Logo após dez anos da criação do primeiro Coas, ele passa a ser denominado de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), e os recursos para a implantação de novos CTAs foram descentralizados para estados e municípios, que tiveram que se responsabilizar pela elaboração dos novos projetos e pela formação dos gerentes e profissionais dos serviços (BRASIL, 2008).

Os CTAs como demais serviços de saúde que prestam assistência às Pessoas vivendo com HIV e Aids, executam as ações assistências à saúde, baseado no trabalho multidisciplinar. De acordo com as Diretrizes dos CTAs, as equipes que atuam nesses serviços devem possuir profissionais de saúde com diferentes perfis de formação. O número de profissionais deve ser definido em função da demanda (BRASIL, 1999).

No Estado de Sergipe, de acordo com o médico Almir Santana²⁵, gerente do Programa IST/Aids, cada região de Saúde do Estado possui um CTA implantado nos municípios-sedes: Aracaju, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro, Estância, Lagarto, Itabaiana e Propriá. Os CTAs são serviços especializados no diagnóstico do HIV, Sífilis, Hepatites B e C, além do aconselhamento pré e pós-exames. Cabe informar que o CTA de Itabaiana é gerido pela Secretaria da Saúde do município, antes da implantação do teste rápido e diagnóstico do HIV, na AB, este era o único local disponível para a realização do teste.

Dentro dessa discussão, as Casas de Apoio também são consideradas um serviço de saúde, que prestam serviços assistenciais de caráter não governamental, implementados a partir de iniciativas de âmbito caritativo e humanitário, suprimindo as carências biopsicossociais de crianças, adolescentes e adultos com HIV/AIDS, reintegrando-os à família e à sociedade. A maioria das Casas de Apoio financiadas pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis CN-DST/Aids tem a sua origem nos trabalhos desenvolvidos por instituições religiosas (católica, evangélica, espírita, etc.) (BRASIL, 1997).

²⁵ <https://www.se.gov.br/noticias/saude/dst-aids-centro-de-testagem-e-aconselhamento-e-implantado-em-nossa-senhora-da-gloria>

As Casas de Apoio, segundo a Coordenação Nacional de DST/Aids, são instituições que oferecem atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids que, por motivos de natureza social, necessitam de moradia provisória ou permanente. Essas casas devem oferecer atendimento às necessidades básicas do indivíduo e suporte à sua condição de soropositividade, como garantia de manutenção do tratamento, inserção familiar, apoio com relação aos direitos sociais e trabalhistas, lazer, apoio psicológico. As Casas de Passagens são instituições de abrigo provisório a portadores de HIV/Aids em trânsito nos Estados ou municípios, fora do domicílio, para viabilizarem tratamento. Essas casas devem oferecer alimentação, condições básicas de higiene e repouso. Também podem oferecer atividades educativas relacionadas com a prevenção, apoio ao tratamento e promoção à saúde e cidadania durante o tempo de permanência provisória do usuário. (BRASIL, 1997).

O serviço possui uma equipe multidisciplinar, que mantém funcionários ou voluntários de diversas áreas profissionais, para a execução de atividades específicas (psicólogos, pediatras, fisioterapeutas, assistentes sociais, recriadores, monitores, etc.). Também os pacientes assistidos, dependendo da sua disposição de saúde, podem colaborar em diversas atividades da instituição. Cabe elencar ainda que as Casas de Apoio estabelecem um sistema de referência e contrarreferência com os serviços oficiais de saúde locais. Além disso, podem oferecer atividades educativas relacionadas com a prevenção, apoio ao tratamento e promoção à saúde e cidadania durante o tempo de permanência provisória do usuário. (BRASIL, 1997). No Estado de Sergipe, como já salientado ao longo desse estudo, temos duas casas de apoio, Janaína Dutra e Bom samaritano.

Por fim, recentemente, o atendimento aos soropositivos vem sendo disponibilizado na Atenção Básica. O Ministério da Saúde, através de documentos e portaria, estabelece que a assistência seja ofertada também nesse nível de atenção. No tópico seguinte, abordaremos com mais intensidade essa temática.

2.8 A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS E O RECENTE PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Diante da pandemia do HIV/AIDS, a política de Aids cria estratégias para reduzir a incidência do vírus na população, trabalhando com vistas à promoção, proteção e prevenção. Nessa ótica, a atenção básica desempenha uma importante função neste engajamento, visto que engloba as estratégias de promoção à saúde.

Nessa direção, cabe notificar que, apesar de as ações de promoção, proteção e prevenção estarem mais concentradas na atenção básica, tendo a ESF como sua principal ordenadora no cuidado a saúde, o modelo de atendimento assistencial às pessoas vivendo com PVHV HIV/Aids era direcionado unicamente para o Serviço de Atenção Especializado (SAE). Entretanto, com o avanço do cuidado às pessoas HIV/Aids e a facilitação do tratamento antirretroviral, a infecção pelo HIV foi apontando características de uma condição crônica e o modelo centrado exclusivamente em serviços especializados passou a denotar deficiências (BRASIL, 2017).

A partir desses elementos, o Ministério da Saúde percebeu as limitações de acesso do modelo assistencial centrado no serviço especializado e criou diretrizes para o acompanhamento das PVHIV nos serviços de AB. Dessa maneira, a descentralização do cuidado consiste em uma ação para expandir a rede de cuidados sem altos custos adicionais ao SUS, com o objetivo de garantir uma atenção integral aos utentes do Sistema de Saúde (BRASIL, 2014). Acerca da integralidade do cuidado, a literatura discute que a compreensão de integralidade parte de um debate contemporâneo que descreve e faz referência,

[...] ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, sendo um eixo importante na construção do SUS e constituindo-se como um desafio na caminhada de construção do sistema. A Integralidade é o próprio caminho que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Busca uma assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo e não aceita a redução do mesmo nem à doença nem ao aspecto biológico. Além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e o acolhimento. A Integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 252).

Percebe-se que a integralidade está pautada em várias concepções e sentidos, entretanto, seu alicerce está na qualidade do atendimento prestado ao usuário, envolvendo questões como o cuidado, acolhimento, visão ampliada, entre outras, onde saberes e práticas interagem entre si e continuamente (FONTOURA; MAYER, 2006).

Nessa linha de reflexão, a AB apresenta em tese ferramentas adequadas para executar um atendimento integral às pessoas com HIV/Aids, uma vez que esta atua como coordenadora

do cuidado em saúde, regida pelas diretrizes organizacionais da territorialização,²⁶ adscrição²⁷ da população, trabalho multidisciplinar, integralidade e longitudinalidade²⁸ do cuidado, dentre outros.

Na perspectiva do novo modelo de atenção ao HIV/Aids, os serviços especializados continuam sendo fundamentais. Entretanto, o desenho da linha de cuidado passa a contar com novos serviços, e ações como o suporte dos serviços de especializados à Atenção Básica e o atendimento compartilhado entre SAE e Atenção Básica com objetivo de melhorar o atendimento, bem como iniciar o tratamento o mais breve possível, uma vez que inúmeras pessoas possuem o vírus e desconhecem, pois nunca fizeram o teste (BRASIL, 2017).

O MS institui a portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, que dispõe acerca da oferta de testes rápidos para a identificação de HIV e sífilis como uma competência da atenção básica. Em seguida, em 2013, foi lançado “O Guia Orientador para realização de capacitações para multiplicadores e executores em testes rápidos para HIV e sífilis e aconselhamento em DST/AIDS para gestantes na atenção básica”. Esta guia objetiva a necessidade do aconselhamento pré e pós junto à realização do teste. Ainda sobre o teste, cabe sinalizar que qualquer usuário do SUS pode realizar o teste na unidade básica de saúde. Essa iniciativa ampliou a detecção e o diagnóstico precoce dessas doenças em todo o país (MELO; MAKSDUD; AGOSTINI, 2018).

Além do Guia salientado, em 2014, o MS publicou outro guia intitulado “5 passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção o básica – guia para Gestores”. Esse documento visa dar suporte a gestores no processo de implantação do manejo do HIV na Atenção Básica e iniciar um processo de transição centrado nos serviços especializados para os

²⁶ [...] forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades [...] Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam à necessidade da população adscrita e ou as populações específicas. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso: 23 de out. de 2021.

²⁷ População que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

²⁸ Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

chamados “modelos matriciados” mais eficiente e resolutivo, nos quais diferentes pontos da atenção participam da linha do cuidado (BRASIL, 2014).

De acordo com o MS, esse novo modelo deve contar com a experiência acumulada na atenção às PVHA no Brasil, que é a de primar pela ética, sigilo e a construção coletiva das ações em saúde, em que os usuários possuem voz ativa durante todo o processo. O documento emitido visa dar suporte a gestores no processo de implantação do manejo do HIV na Atenção Básica, sugerindo algumas estratégias mais eficientes e resolutivas na implementação do serviço, que serão elencadas a seguir.

Dessa maneira, inicialmente, é necessário definir, a partir da estratificação de risco, quais pacientes com HIV/Aids serão manejados na Atenção Básica e quais deverão ser encaminhados para o seguimento nos Serviços de Atenção Especializada – SAE -, com o objetivo de proporcionar uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas (BRASIL, 2014).

Quadro 2: Modelo geral para estratificação de risco

CONDIÇÕES	LOCAL DE SEGUIMENTO
Assintomáticos estáveis	Atenção Básica
Sintomáticos, coinfectados*, gestantes, crianças.	SAE

Fonte: Ministério da saúde (2014)

O modelo geral apresentado deve ser adaptado segundo com as realidades locais, a depender da capacidade da rede de serviços instalada e da disponibilidade de profissionais de saúde. Aos pacientes assintomáticos e estáveis já em acompanhamento nos SAE, pode-se prestar o atendimento na AB mais próxima de sua residência, dentro de uma proposta de cuidado compartilhado entre o SAE e a equipe da Atenção Básica. Então, o paciente ainda permanece com o vínculo também com a equipe do SAE, e pode ter consultas mais pausadas nesse serviço. É relevante frisar que a vontade do paciente seja levada em consideração, de maneira que, para aqueles que não quiserem comungar da proposta de cuidado compartilhado, seu acompanhamento seja mantido regularmente no SAE (BRASIL, 2014).

Outro elemento relevante estabelecido no documento do MS é a qualificação dos profissionais da Atenção Básica no manejo da infecção pelo HIV. Apresentaremos a seguir uma tabela com algumas possibilidades para a qualificação ocorrer segundo o MS:

Quadro 3: Qualificar os profissionais

Métodos de curta duração	Implementação
Não-presenciais	Acesso on-line livre aos profissionais - videoaulas produzidas pelo Ministério da Saúde e pelos núcleos de Telessaúde, ou desenvolvidas localmente.
Presenciais	Oficinas, seminários e cursos de capacitação, entre outros, organizados pelo gestor local utilizando material de apoio (apresentações dialogadas e discussão de casos) desenvolvido pelo Ministério da Saúde ou localmente. O NASF pode ser acionado se a equipe contar com profissionais com experiência no atendimento a PVHA
Métodos de média ou longa duração	Implementação
Atividades de educação permanente com médicos e outros profissionais de saúde experientes na atenção a PVHA	Local, levando-se em consideração a estrutura da rede de serviços e os profissionais de saúde disponíveis.

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Dados esses pressupostos fundamentais, outros métodos poderão ser desenvolvidos, levando sempre em consideração a realidade local. Por meio de articulações/parcerias com instituições de ensino como universidades, escolas de saúde pública e Comissões Permanentes de Integração Ensino (CIES), pode-se qualificar e expandir o processo de educação continuada dos profissionais de saúde. Além disso, as equipes dos SAE podem ser parceiras na estruturação das capacitações e qualificação dos profissionais, servindo como elo de apoio independentemente da metodologia de escolha (BRASIL, 2014).

Outro dado apontado no documento mencionado é a necessidade de disponibilizar exames de CD4 e Carga Viral (CV). Além dos testes rápidos para diagnóstico do HIV e exames básicos, as Unidades de Saúde da AB devem disponibilizar acesso aos exames de linfócitos T CD4+/ CD8+ (CD4) e Carga Viral (CV) (BRASIL, 2014). Para que esses estejam disponíveis na Atenção Básica, há duas alternativas:

Quadro 4: Disponibilizar exames de CD4 e Carga Viral (CV)

Solicitar exames na Atenção Básica e utilizar os pontos de coleta já existentes	Nesse caso, é necessário que as fichas de BPA-I de CV e CD4 estejam disponíveis nas unidades de saúde da Atenção Básica e que os pacientes sejam encaminhados para os postos de coleta já estabelecidos.
--	--

Criar novos pontos de coleta nos Serviços da Atenção Básica	Nesse caso, cabe ao gestor local: a) Definir os novos pontos de coleta; b) Organizar o fluxo de transporte das amostras das unidades da Atenção Básica; c) Informar aos laboratórios de referência quais as novas unidades e médicos solicitantes, para que eles solicitem ao DDAHV a inserção/cadastro no SISCEL; d) Disponibilizar as fichas de BPA-I de CV e CD4 nas unidades da Atenção Básica.
--	---

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Por fim, o documento elencado enfatiza a viabilidade do acesso aos antirretrovirais – ARV - a pacientes que estão em seguimento na Atenção Básica, sendo que isso pode ser adquirido da seguinte forma:

Quadro 5: Viabilizar o acesso aos antirretrovirais – ARV

Utilizar Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) já existentes	Nesse caso, é necessário que os formulários de dispensação de medicamentos estejam disponíveis nas unidades da Atenção Básica e que os pacientes sejam encaminhados para uma determinada UDM
Criar novas Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM) nos serviços da Atenção Básica	Nesse caso, cabe ao gestor local: a) Estruturar a nova UDM de acordo com a Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013; b) Cadastrar a nova UDM no SICLOM - responsabilidade do gestor estadual; c) Estabelecer fluxos de distribuição dos ARV para as novas UDM; d) Disponibilizar os formulários de dispensação de medicamentos nas unidades da Atenção Básica

Fonte: Ministério da Saúde (2014)

Para a criação de nova UDM, é preciso levar em conta o número de usuários que deverão retirar medicamentos e a proximidade com outra UDM, situações que podem tornar a

nova UDM um serviço ocioso. Ademais, devem-se considerar também questões referentes à necessidade de sigilo em relação ao diagnóstico de HIV dos pacientes em acompanhamento na AB (BRASIL, 2014).

Dito isso, ainda em 2014, o Ministério da Saúde lança outro documento “Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na AB”, com o objetivo de mostrar como o processo de descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS para AB acontece na prática. Os municípios visitados foram Curitiba, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Fortaleza, tendo como propositura ver e compartilhar com todos o que cada município fez ou vai fazer para acolher as pessoas que têm HIV/AIDS na AB.

Dentre as diretrizes apresentadas pelo documento elencado, destaca-se o matriciamento do manejo clínico por profissionais infectologistas, com o atendimento direto ao paciente com infecção do HIV/Aids, assim como pela supervisão e acompanhamento de médicos generalistas que atendem na AB. Isso implica dizer que o médico generalista em parceria com infectologista vai discutir os casos mais complexos e, quando houver complicação relacionada ao HIV/Aids e o paciente tiver sido encaminhado ao SAE, este será atendido pelo infectologista responsável pela supervisão daquele médico. Ademais, o caderno orienta que esse matriciamento também pode acontecer via serviços de Telessaúde, ou como denominado no Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids, teleinfectologia, que presta consultoria à distância de infectologistas, para treinamento profissional e matriciamento do manejo clínico à PVHIV (BRASIL, 2014).

No documento, evidencia-se também a respeito da distribuição de recursos financeiros para o incentivo ao manejo clínico de HIV/Aids na AB. Nesse sentido, segundo o MS, os recursos são distribuídos considerando os critérios de repasse, tais como: taxa de incidência do HIV e índices de mortalidade, valores per capita. Assim, podem-se definir regiões prioritárias para a destinação de recursos financeiros no país (BRASIL, 2014).

Em estudos realizados pelos autores Melo Maksud, Agostini (2018), constataram-se que algumas práticas já estão veementemente incorporadas na AB, como as destinadas ao acompanhamento pré-natal, saúde da criança, saúde da mulher no que tange à reprodução, cuidado com as pessoas com hipertensão arterial e diabetes. Entretanto, outras ações ainda necessitam de estímulos na AB, como as de saúde mental, saúde da mulher na sua integralidade, reabilitação e de condições infectocontagiosas como o HIV/Aids, que são menos frequentes nesse nível de complexidade.

Ferraz e Nemes (2012) também registram as potencialidades da vinculação entre as ações em HIV/Aids e AB. No entanto, ressaltam que esta não é uma tarefa irrefutável e

facilmente exequível. Com base em estudos realizados, é revelada a evidência de alguns importantes obstáculos à concretização dessa integração, tal como as diferenças das respostas expressas nas estratégias da saúde da mulher em relação às respostas necessárias à prevenção das IST/Aids, bem como a restrição ao componente dialógico das atividades de prevenção, que acaba sendo limitada ao repasse de informações dos profissionais para os usuários durante o aconselhamento.

Comungam do mesmo pensamento Paula e Santos (2013) e enfatizam que o “pensar a Aids” ainda não está integralizado nesse serviço, existindo inúmeras “oportunidades perdidas” de realizações de atividades de prevenção, principalmente relacionadas à realização do Papanicolau e do teste de gravidez. A vinculação entre a suspeita da gravidez e o sexo desprotegido, que deveria ser feita, passa inúmeras vezes despercebida, ou se dá de forma eventual.

Em uma pesquisa realizada em João Pessoa-PB com 23 enfermeiros atuantes na AB sobre ações prevenção do HIV e da promoção da saúde no contexto do HIV/Aids, destacou-se que as ações resumiam-se aos exames laboratoriais (oferta e solicitação do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-testes), encaminhamentos de demandas para outros profissionais, preservativos e consultas. E se quando se tratava de usuários identificados como soropositivos para o HIV, ações eram no sentido de encaminhar ou articular com os Serviços Assistenciais Especializados (SAE) (BEZERRA *et al.*, 2016).

Cabe frisar que o Teste rápido é uma das técnicas de diagnóstico para o HIV de relevância nas unidades básicas de saúde, com metodologia que permite a rápida detecção de anticorpos, em até 30 minutos, possui baixo custo e de fácil aplicação e interpretação, devendo ser realizado por profissionais devidamente capacitados (BRASIL, 2016). O processo de descentralização dos testes rápidos nas unidades básicas de saúde visa ampliar as ações de prevenção e prioriza o diagnóstico precoce e adequado de Infecções Sexualmente Transmissíveis, evitando o desenvolvimento da infecção pelo vírus, para a forma da doença Aids.

Com o advento dos testes rápidos Anti-HIV, o aconselhamento adquiriu um caráter voltado para a aceitação da doença, focando em um suporte emocional, para aqueles usuários que apresentassem resultados positivos. De acordo com Rocha *et al.* (2016, p. 27), “o aconselhamento é uma ferramenta que visa à promoção e prevenção da saúde por meio de um momento de conversa antes da realização do teste e outro pós-teste, para a devolução do resultado”. Assim, o aconselhamento na AB quando é realizado de forma eficaz se configura em uma ação em saúde, potencializando ações de prevenção e promoção da saúde, aumentando

a autonomia, para ruptura na sucessão do aumento de casos, tanto de HIV, quanto de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis .

Com base nos estudos acessados apresentados, verificamos que a assistência às PVHIV na AB ainda está em construção, ocorrendo de maneira variada dependendo da localidade do país, de acordo com as demandas e prioridades de cada região. Evidenciamos também que, nos municípios em que o serviço de atendimentos às pessoas com HIV/Aids já foram implantados na AB, nenhuma das ações/diretrizes em nível preventivo ou recuperativo (melhoria das infectadas) foram direcionadas especificamente para mulheres, sejam elas positivas ou não. Esse é um dado extremamente preocupante, tendo em vista que o número de mulheres com a doença é exorbitante e necessitam de um cuidado particularizado, pois, além da dor de uma infecção que exclui e agride, tanto fisicamente, quanto psicologicamente, têm que lidar com o estigma, discriminação, jornada de trabalho duplo/tripla e, inúmeras vezes, ainda é vítima de diversos tipos de violências associadas a alguns fatores, como dominação do poder de gênero, racismo, cultura machista, e outros.

Como já sinalizado em algumas pesquisas, a prevenção na AB direcionada à saúde das mulheres fica limitada à saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher que está em fase de reprodução, com poucas iniciativas para o envolvimento das mulheres idosas. De acordo com a OMS, a saúde reprodutiva deve ser tratada articulada com a saúde sexual. O conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e mais recente. Sua formulação inicial se dá nos anos de 1990, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, posteriormente, uma sintonia com os segmentos dos movimentos feministas. (VILLELA; ARILHA, 2003; PETCHESKY, 1999). Assim, a ideia de direitos sexuais implica, portanto, a aceitação dos diferentes tipos de expressão sexual, a autonomia para tomar decisões sobre o uso do próprio corpo e a igualdade de gênero.

Historicamente, as questões relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas. Os profissionais de saúde, em geral, apresentam dificuldades em trabalhar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual de seus pacientes. São questões polêmicas, posto que a compreensão sobre a sexualidade está muito sublinhada por preconceitos e tabus, e os profissionais de saúde não se sentem preparados ou confortáveis em lidar com a temática. Dessa maneira, fica evidente a urgência de capacitações para os profissionais de saúde no âmbito de temas relacionados às relações de gênero e sexualidade.

As equipes de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Isto posto, faz-se necessária uma abordagem ampliada que contemple a saúde da mulher na sua totalidade, o que implica também na

desconstrução do machismo e de conceitos cristalizados que reforçam a desigualdade de gênero.

Viver a soropositividade de forma integral e com qualidade de vida é um direito de todos (as). As mulheres soropositivas não precisam deixar de amar e de se relacionar sexualmente, mas precisam ser orientadas pela equipe de saúde de sua área adstrita acerca dos cuidados integrais como o reforço da importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais, inclusive para pessoas que vivem com HIV/Aids. Evidenciar sobre a possibilidade da maternidade para aquelas que desejam ser mãe, isso exige também um preparo das equipes de saúde para o aconselhamento reprodutivo voltado às mulheres que vivem com o HIV/Aids.

Na esteira dessa discussão, situamos o município de Itabaiana/SE no que tange à assistência às pessoas com HIV/AIDS no âmbito da atenção básica. O município como já mencionado conta com 18 equipes da ESF distribuídas em 10 unidades, já a zona rural é composta por 7 equipes organizadas nas 6 unidades, totalizando 25 equipes, contando com o suporte de 2 equipes do NASF. As estratégias de prevenção voltadas para o HIV/Aids como em grande parte do municípios do Brasil não se definem como atividade sistemática de ações realizadas para prevenção do vírus, sendo pontuais, em sua maioria, focadas em campanhas em períodos de Carnaval ou no Dia Mundial de Combate à Aids, estabelecido para o dia 1º de dezembro. Ações cotidianas sistemáticas do fazer profissional também estão direcionadas aos serviços de hipertensão, diabetes, saúde da criança, idoso e a saúde da mulher sob viés reprodutivo, Papanicolau e teste de gravidez.

Nesse sentido, vale notificar que as estratégias desenvolvidas são relevantes e necessárias, mas as ações do HIV/Aids precisam ser incorporadas com frequência no desenvolvimento das atividades dos profissionais da atenção básica. Como já salientado, a saúde da mulher é vista apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade vinculada ao processo de reprodução biológica. Nesse âmbito, estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero. Isso é preocupante, pois, além das questões pontuadas, a mulher trans ou idosa fica à margem das discussões acerca da integralidade na saúde. No caso da categoria mulher idosa, esta merece uma atenção especial do profissional quanto às ações preventivas para HIV/Aids, visto que é muito comum a doença nessa faixa etária, principalmente em decorrência das relações de gênero.

Em 2014, com base em portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, foi implementado em todas as unidades básicas de saúde do município o teste rápido para detecção do vírus HIV. A descentralização desse serviço para atenção básica representou um avanço para a prevenção

do HIV/Aids, uma vez que, quanto mais cedo o vírus for descoberto, mais cedo a pessoa pode iniciar o tratamento antirretroviral e evitar que a infecção evolua para Aids, mantendo sua qualidade de vida. Os testes são feitos pelos enfermeiros das unidades básicas de saúde, além disso, esses profissionais realizam o aconselhamento pré e pós-testes; em seguida, encaminham os regentes ao vírus para o serviço de referência ofertado no Centro de Especialidades Médicas (Cemar) do Siqueira Campos/Aracaju/SE.

Em vista disso, constatamos que o município de Itabaiana/SE não tem oferecido um tratamento integral às pessoas com HIV/Aids, uma vez que, após o diagnóstico, os pacientes são encaminhados ao serviço especializado sem ao menos um elo de contrarreferência. A Atenção Básica do município segue apenas um protocolo do MS que é a oferta dos testes rápidos do HIV à população adstrita. Incluir a AB no cuidado compartilhado do HIV/Aids com os serviços especializados é imprescindível para a melhoria do atendimento às pessoas com HIV/Aids no município, tendo em vista que da Atenção Básica podem desempenhar papel decisivo no cuidado integral às PVHIV, pois possuem mais proximidade, contato e vínculo com pessoas do território adscrito.

Na AB do município, não existe um atendimento destinado especificamente para as mulheres soropositivas. Nessa esteira, é fundamental que o espaço seja inserido nesse nível de assistência, pois essas mulheres apresentam demandas/vulnerabilidades particulares que necessitam ser reconhecidas pelos serviços de saúde. As soropositivas devem ser acolhidas sem discriminação, participando ativamente do autocuidado, o que facilita a adesão ao tratamento antirretroviral e previne a transmissão do vírus, evita a evolução para Aids e reduz a mortalidade pela doença, evidenciando-se que é possível viver com HIV e ser saudável, ter relacionamentos, ter filhos, exercer seus direitos, entre tantos outros pontos. Essa garantia da integralidade do cuidado em saúde às mulheres soropositivas deve ser ofertada também na AB, já que esse serviço garante maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

No próximo capítulo, procuramos tecer os fios das reflexões sobre algumas categorias analíticas como o patriarcado, movimento feminista, gênero, sexualidade e a feminização da Aids que têm interfaces com o HIV/Aids em mulheres. Destacamos que tais categorias serão explanadas de forma clara, profunda e objetiva ao longo deste estudo, tendo em vista que as relações implícitas no interior dessas categorias vêm contribuído para o aumento de casos da doença no público feminino.

3 CAPÍTULO II - GÊNERO E SEXUALIDADE EM INTERFACE COM FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS

Este capítulo objetiva refletir sobre concepções das matrizes teóricas que fundamentam as análises de gênero, sexualidade e feminização. Aborda as desigualdades com destaque para as diferenças com relação à sexualidade e interface com feminização do HIV/Aids, trazendo elementos importantes como o patriarcado, movimento feminista e desigualdade de gênero.

3.1 UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE O PATRIARCALISMO

A desigualdade entre homens e mulheres foi transmitida por diversos segmentos da sociedade, ora político, ora de cunho religioso, ora científico. As relações assimétricas de poder eram ainda fundamentadas nas diferenças de ordem biológica, ou mesmo como virtudes naturais, ligadas à messência do ser, e que, logo, seriam inevitáveis e imutáveis.

Sobre a imutabilidade, Beauvoir (1983) rejeita essa concepção à qual as mulheres foram condenadas, e por adequado, destaca que a biologia não é suficiente para determinar uma hierarquia dos sexos, nem tampouco esclarece o motivo de os homens constituírem como o indivíduo universal e as mulheres, em contrapartida, o outro lado absoluto. O sexo é, desta maneira, uma categoria biológica limitada para definir os papéis sociais conferidos à mulher e ao homem.

Nessa direção, vale frisar que os papéis sociais atribuídos ao homem e à mulher desde os primórdios da humanidade têm traços no sistema patriarcal, em que o homem detinha o poder de mando e decisão sobre a família. Esse modelo foi transposto do âmbito familiar privado para o âmbito público, fazendo com que sistemas políticos se desenvolvessem pelo comando masculino.

Estudos de cunho antropológico revelam que a história da humanidade é marcada por sociedade humanas coletivas, sejam tribais, nômades e matriarcais. Esta sociedade dita primitiva organizava-se através da figura materna. Constata-se nesse momento um tipo de relação igual entre mulheres e homens, desde a colheita dos alimentos até no cuidado com as crianças. Com o passar do tempo e a descoberta da agricultura, junto à caça e ao fogo, e a partir da fixação do homem em um local (comunidade), ocorre uma redefinição dos papéis. Conforme aponta Costa (2014):

Nessa época os homens eram, em sua grande maioria, responsáveis pela caça e as mulheres eram responsáveis pelo cultivo da terra e cuidado das crianças. Ao se conhecer a participação do homem na reprodução e, posteriormente, o estabelecimento da propriedade privada, houve uma predominância das relações monogâmicas com a finalidade de garantir a herança dos filhos legítimos. (COSTA, 2014, p. 62).

A partir desse momento, tem-se um controle mais severo sobre o corpo da mulher, da sexualidade feminina, institui-se a família monogâmica, a divisão sexual do trabalho entre homens e mulheres, iniciando assim o sistema patriarcal, em que o homem tinha o controle sobre as mulheres.

O patriarcado é um conceito que surge inicialmente para designar um regime de organização familiar, no qual o pai, como chefe, tinha o poder irrestrito sobre os membros da família. Como também foi adotado para designar um sistema de relações em que os donos das grandes extensões de terra (coronéis, latifundiários) tinham um domínio sobre todas as pessoas que residiam em sua propriedade. O termo patriarcalismo designa a prática desse modelo como forma de vida própria ao patriarca, seus familiares e seus agregados.

Em consonância com Castells (1999), a família patriarcal é a base fundamental do patriarcalismo que se configura como uma estrutura sobre a qual as sociedades contemporâneas se constituem. Apresenta características baseadas na autoridade instituída ao homem que é exercida sobre os membros da família no espaço doméstico, denominada “direito do pai”, revelando-se como uma forma desigual entre homem e mulher, retratada pelo poder, dominação e violência.

Para Saffioti (2004), o conceito do patriarcado está relacionado ao contrato sexual, contrato que diz respeito a uma história de sujeição que cria a dominação da mulher pelo homem. Trata-se da liberdade do homem e da subordinação da mulher. Para essa grande teórica feminista, o conceito de patriarcado e gênero está articulado e permite um entendimento maior sobre as desigualdades entre mulheres e homens. A autora salienta que estudar isoladamente esses dois conceitos poderá levar à bipolarização da questão, ou até mesmo, deixar de lado o viés histórico presente nessas relações hierarquizadas. Dessa forma, conceitua o patriarcalismo como:

O patriarcado é um caso específico das relações de gênero, onde estas são desiguais e hierárquicas. A ordem patriarcal de gênero admitiria então a dominação e exploração das mulheres pelos homens, configurando a opressão feminina. Essa autora defende que, dentro do binômio dominação-exploração da mulher, os dois polos da relação possuem poder, mas de maneira desigual. A pequena parcela de poder que cabe ao sexo feminino, dentro de uma relação de subordinação, permite que as mulheres

questionem a supremacia masculina e encontrem meios diferenciados de resistência. (SAFIOTTI, 2004, p. 65)

Assim, Safiotti (2004) parte do entendimento de que o conceito de patriarcado é determinante para caracterizar realidades patriarcais e para explicar a desigualdade social das mulheres na sociedade. Já Castells (1999) vai conceituar o termo patriarcalismo no sentido de se compreender os diversos componentes das sociedades históricas do passado até as atuais. Dessa maneira, o autor aponta que:

O patriarcalismo é uma das estruturas sobre as quais se assentam todas as sociedades contemporâneas. Caracteriza-se pela autoridade, imposta institucionalmente, do homem sobre mulher e filhos no âmbito familiar. Para que essa autoridade possa ser exercida, é necessário que o patriarcalismo permeie toda a organização da sociedade da produção e do consumo à política, à legislação e à cultura (CASTELLS, 1999, p. 169).

Nessa linha de discussão, Barreto (2004) pontua que o patriarcalismo pode ser conceituado como uma estrutura sobre a qual se fundam todas as sociedades contemporâneas. É caracterizado por uma autoridade imposta institucionalmente, do homem sobre mulheres e filhos no núcleo familiar, penetrando toda a organização da sociedade, da produção e do consumo, da política, à legislação e à cultura. Assim, patriarcado estabelece a estrutura da sociedade e recebe reforço institucional. Nesse contexto, relacionamentos interpessoais e personalidade são marcados pela dominação e violência.

De acordo com Freyre (2006), o sistema patriarcal instituiu-se no Brasil como estratégia de colonização portuguesa, tendo como bases institucionais de dominação a “família rural ou semirural” e o regime de escravidão. Uma base agrária, escravocrata e híbrida apresentou-se, então, como elementos estruturantes para a formação da sociedade brasileira que, sob as mãos dos senhores de engenho, concentraram-se terras, homens e mulheres. A casa-grande e a senzala, símbolos da formação patriarcal, representaram, como elenca o autor em destaque, como:

Todo um sistema econômico, social, político: de produção (a monocultura latifundiária), de trabalho (a escravidão), de transporte (o carro de boi, o banguê, a rede, o cavalo); de religião (o catolicismo de família, com capelão subordinado ao pater famílias, culto dos mortos etc.), de vida sexual e de família (patriarcalismo polígamo); de higiene do corpo e da casa (o “tigre”, a touceira de bananeira, o banho de rio, o banho de gamela, o banho de assento, o lava-pés); de política (o compadrismo). (FREIRE, 2006, p. 36).

Nesse contexto, o modelo de família patriarcal predominante no Nordeste brasileiro ressaltava autoridade máxima e poder indiscutível do pai de família sobre todos os outros

membros familiares. Com a vinda da família real portuguesa ao Brasil, o modelo de família patriarcal brasileiro vai sofrer alterações trazidas pela nova realidade de maior desenvolvimento urbano e costumes europeus (LIMA, 2011).

Assim, na família patriarcal, o homem é considerado o chefe supremo da casa, responsável pelas tomadas de decisões no âmbito financeiro, sexual e cultural. Enquanto a mulher é responsável pelas atividades domésticas e, além disso, está submissa a todos os “caprichos do homem”. Conforme ressalta Pinheiro (2008):

A família patriarcal, como o próprio nome sugere, se baseia fundamentalmente na exploração do homem sobre a mulher, tendo a sexualidade deste, estimulada e reforçada, enquanto que com a mulher, a sexualidade é reprimida. Bruschini (1993), partindo deste pressuposto, caracteriza a família patriarcal pelo controle da sexualidade feminina e regulamentação da procriação, para fins de herança e sucessão. Freyre (1990) caracterizou a mulher como esposa dócil, submissa, ociosa e indolente, porém esta mulher possui importância extrema na educação dos filhos, na gerência do domicílio[...]. (PINHEIRO, 2008, p. 2).

O patriarcado institui a inferioridade da mulher no grupo social, na sua capacidade de envolver-se ativamente das atividades do grupo, sendo posta regularmente em dúvida pelo poder masculino e preterida ao espaço privado, passando a ser inserida subjetivamente como propriedade do homem, como objeto sexual e meramente reprodutora. Cabe frisar também que os dogmas determinados pela Igreja Católica conferiam um papel submisso às mulheres, autenticando uma diferenciação e determinando um modelo de conduta social, em que as pessoas se embasavam.

A submissão feminina na sociedade patriarcal era tão forte e significativa que a mulher devia tanto respeito e obediência ao marido que somente poderia se referir a ele como “senhor”, uma autoridade superior do âmbito familiar. Além disso, cotidianamente, a mulher teria que ser fiel, honesta, companheira, doce, alegre e amável para com o marido e filhos, sob concepção de que é a mulher que edifica o lar. (SILVA, 2014).

Sobre essa questão, Saffioti (1987) destaca a submissão da mulher ao homem. Contudo, não existe tão somente no terreno político. Ela é significativa no campo econômico, deixando de lado as ocupações oferecidas pelo sistema de produção capitalista, que já mereceram comentários. A presença da mulher é relativamente muito maior que a masculina nas atividades não estruturadas segundo o modelo capitalista, no segmento comumente conhecido como mercado informal de trabalho. Sobre essa submissão, Pedro comenta:

Submissas aos homens, aos quais cabia o provimento das necessidades materiais do lar, as mulheres tinham seu espaço restrito à esfera privada entendida como reino das necessidades e como espaço pré-político, no qual os homens se preparavam e supriam

suas necessidades para poderem participar como cidadãos livres da esfera pública. (PEDRO, 2010, p.2).

Nessa perspectiva, a coação da mulher ao trabalho do lar possibilita a constituição de laços de obediência desta em relação ao homem. As relações entre homens e mulheres são assim sinalizadas por uma hierarquia de poder, que rege inviabilizando assim a igualdade entre ambos. Isso é visível devido à ilusão e concepção de que o homem é superior à mulher, o que se justificaria as remunerações mais baixas pagas às mulheres. Como salienta Saffioti (1987):

No seio da família, a dominação masculina pode ser observada em praticamente todas as atitudes. Ainda que a mulher trabalhe fora de casa em troca de um salário, cabe-lhe realizar todas as tarefas domésticas. Como, de acordo com o modelo, os afazeres domésticos são considerados "coisas de mulher", o homem raramente se dispõe a colaborar para tornar menos dura a vida de sua companheira. Não raro, ainda se faz servir, julgando-se no direito de estrilar se o jantar não sai a seu gosto ou se Sua mulher não chega a tempo, trazendo-lhe os chinelos. (SAFFIOTI, 1987, p. 50).

Ainda sobre essa questão, a autora em destaque enfatiza que o patriarcado não se funde a um sistema de dominação, modelado pela ideologia machista. Mais do que isso, ele é também um sistema de exploração. Enquanto a dominação ao poder, para efeitos de análise, for situada substancialmente nos campos político e ideológico, a exploração diz respeito diretamente ao terreno econômico. Tanto a dona de casa, que deve trazer a residência conforme o gosto do marido, quanto a trabalhadora assalariada, que acumula duas jornadas de trabalho, são objetos da exploração do homem, no plano da família. Na qualidade de trabalhadora discriminada, obrigada a aceitar menores salários, a mulher e, no plano mais geral da sociedade, alvo da exploração do empresário capitalista. (SAFFIOTI, 1987).

Dentro dessa lógica, Cruz (2005) frisa que o capitalismo não poderia ser pensado apenas através da lógica do capital. Em suma, o patriarcado é apontado como sistema sexual de poder, como a organização hierárquica masculina da sociedade, que se perpetua através do matrimônio, da família e da divisão sexual do trabalho.

Nesse contexto histórico e cultural de subordinação da figura masculina sobre a feminina, o movimento feminista deu subsídio ao debate de lutas, viabilizando as reivindicações femininas. Dentro dessa condição, encontram-se as filósofas, historiadoras, intelectuais e toda a massa que forma o movimento pelas causas femininas (CARRENO, 2006).

3.2 FEMINISMO: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

O acesso entre os direitos das mulheres e as lutas para a igualdade das minorias em geral estiveram entrançados. No momento colonial (1500-1822), pouco foi adquirido. Vivia-se

uma cultura arraigada de repressão as minorias, desigualdades e de patriarcado. As mulheres eram propriedades de seus, pais, marido ou qualquer que fosse o chefe superior da família. Nesse período, a luta das mulheres era centrada em algumas carências excessivamente marcantes na época, a saber: direito à vida, educação, política, direito ao divórcio e ao mercado de trabalho. Como frisa Follador (2009):

Durante o período colonial, as mulheres no Brasil não tiveram muito espaço para expressar seus pensamentos e para gozar de algum lazer, senão as festividades relacionadas à Igreja Católica[...]A educação feminina no período colonial era, geralmente, restrita aos cuidados com a casa, marido e filhos. A mulher aprendia a costurar, bordar, cozinhar e, as mais abastadas, a pintar e tocar algum instrumento. A leitura e escrita deveriam ser as mínimas possíveis, isso dependendo da rigorosidade do pai, que, em muitas vezes não permitia que as filhas aprendessem a ler e escrever. A educação era ministrada somente aos homens, e, tanto as mulheres brancas ricas e pobres, quanto as negras, fossem elas escravas, alforriadas ou mestiças, não tinham acesso à instrução. (FALLADOR, 2009, p. 9)

Nessa direção, no movimento feminista, desde o final do século XIX, as mulheres mobilizaram-se no Brasil e no mundo na luta pelos direitos civis, políticos e sociais. A autora Constância Lima Duarte, no artigo “*Feminismo e Literatura no Brasil*” (2003), relata que a história do feminismo no Brasil, a partir do século XIX, foi embasada no argumento de Eva Atermam Blay, em quatro imprescindíveis momentos ou ondas.

A primeira onda feminista data do início do século mencionado, sendo a educação a demanda mais emergente para aquele momento. Esse direito era reservado até então ao homem e pouquíssimas mulheres privilegiadas, apesar de que essas percebiam uma educação focada nas prendas do lar e ao casamento. Follador (2009) aponta que a primeira lei concernente à educação feminina, que data de 1827, salienta que as meninas podiam frequentar a escola somente até o nível elementar, sendo-lhes negado o ingresso nas instituições de ensino superior. Dava-se ênfase às prendas domésticas, como a costura, em prejuízo à escrita e aritmética. Cabe elencar que a primeira escola brasileira pública feminina data de 1927. Até então, a educação para mulheres se dava em conventos ou poucas escolas nas casas das professoras ou no ensino individual. O nome de maior visibilidade nesse período é o de Nísia Floresta. Sobre essa mulher, Duarte (2003) aponta:

O nome que se destaca nesse momento é o de Nísia Floresta que identifica na herança cultural portuguesa a origem do preconceito no Brasil e ridiculariza a ideia dominante da superioridade masculina. Homens e mulheres, afirma, “são diferentes no corpo, mas isto não significa diferenças na alma”. Ou as desigualdades que resultam em inferioridade “vêm da educação e circunstâncias de vida”, argumenta, antecipando a noção de gênero como uma construção sociocultural. Segundo a autora, os homens se beneficiavam com a opressão feminina, e somente o acesso à educação permitiria às mulheres tomarem consciência de sua condição inferiorizada. (DUARTE, 2003, p. 3).

A segunda onda aflora por volta de 1870, quando as mulheres passaram a lutar por mais educação e pelo voto direito. Sob a ótica que a ignorância de seus direitos era o grande inimigo das mulheres, de acordo com as palavras de outra grande célebre feminista da época, também mencionada por Duarte (2003), Francisca Senhorinha da Mota Diniz, as mulheres solicitavam o direito de estudar em universidades e, posteriormente, uma vez diplomadas, exercerem a profissão almejada. No que concerne ao voto feminino, as lutas estavam apenas iniciando, sobretudo, se verificarmos que a questão do voto em nosso país foi bastante demorado, o que potencializou ainda mais a demanda das mulheres pelo o direito à educação.

A terceira onda deu-se no começo do século XX e tinha como demanda preponderante a cidadania. Além de reivindicar por amplificação do estudo e trabalho, exacerbou-se também demanda pelo voto. Nesse momento, presenciou-se campanha pelo voto no Brasil, bem como passeatas turbulentas. Contudo, a mulher conquistou esse direito apenas em 1932, durante o governo de Getúlio Vargas, que cede aos apelos e insere ao novo Código Eleitoral o direito de voto à mulher, nas mesmas condições que aos homens, suprimindo os analfabetos; e o Brasil passava a ser o quarto país nas Américas, ao lado do Canadá, Estados Unidos e Equador, a conceder o voto às mulheres. (DUARTE, 2003)

Por fim, chegamos na quarta onda no início de 1970. Nesse período, o mundo conheceu a força da organização das mulheres, o momento da onda mais exuberante, a que foi capaz de modificar radicalmente os costumes e tornar as reivindicações mais arrojadas em algo normal. 1975 torna-se o Ano Internacional da Mulher, assim estendido por todo o decênio (de 1975 a 1985), tal o estado de penúria da condição feminina, e tantas metas para suprimir a discriminação (DUARTE, 2003).

Dentro dessa ótica, vale notificar que o movimento feminista é movimento legitimado que procura alterar as relações entre homens e mulheres. Além de ter embate sobre as estruturas, política, econômicas, sociais e culturais e de ter propiciado grandes conquistas em todos as áreas, ainda conserva sua luta em busca de transformações. Explica Lisboa (2010, p.10) que “O movimento feminista é um movimento sociocultural, que luta por justiça e equidade nas relações entre homens e mulheres e, sobretudo, luta para garantir os direitos humanos, principalmente o das mulheres”, em razão do elevado índice de discriminação e violência que sofrem.

Para Cruz (2006), o “feminismo pode ser definido como movimento social organizado que abriu novas perspectivas e que trouxe novas questões aos campos disciplinares, à produção

do conhecimento e à ciência, bem como desencadeou mudanças na ordem social e política” (CRUZ, 2006, p. 143).

Ainda sobre o movimento feminista, é imprescindível sinalizar que, no Brasil, teve maior destaque a partir da década de 1970, vinculados a outros movimentos sociais do período, sobretudo, o movimento de mulheres, que tinha um traço mais popular, sendo formado por mulheres das periferias que lutavam por transporte, creches e melhores condições de vida. Apesar de não englobarem, as mesmas questões da bandeira de luta do movimento feminista se adicionaram. Assim, o maior número de mulheres foi somado e as mulheres pobres tiveram a oportunidade de se aproximar de questões referentes à moral sexual, sexualidade e direito sobre o corpo. Sobre essas questões, Correia (2001) faz alguns apontamentos:

O movimento feminista no Brasil [...] , que teve sua maior expressão na década de 1970, esteve intimamente articulado com outros movimentos sociais da época: movimentos populares – que iam desde a luta por moradia, passando por melhores condições de vida (água encanada, luz, transporte), até a luta pela criação de creches nas fábricas e universidades (o que era uma lei antiga, mas não cumprida); movimentos políticos – aí incluídos os movimentos pela anistia aos presos políticos, pela luta contra o racismo, pelos direitos à terra dos grupos indígenas do país e o movimento dos homossexuais. (CORREIA, 2001, p.1)

Apesar de inúmeras conquistas nas diversas áreas de conhecimento e da vida social, insistem nichos patriarcais de resistência. Desde que lembremos do salário inferior, da presença incoerentemente desigual de mulheres em assembleias e em cargos de direção, e da ancestral violência que continua sendo praticada com a mesma covardia e abuso da força física, sem dúvida, vivemos outros e novos tempos, e o movimento feminista parece atravessar um necessário e relevante período de amadurecimento e reflexão. (DUARTE, 2003)

Logo, o pensamento feminista tende a ser um conjunto de diferentes correntes teóricas, com múltiplas concepções e pontos de vista; caracteriza-se por ser uma prática política e cultural que procura transformar as estruturas distintas de poder na sociedade, que luta contra inimigos comuns, como o patriarcado, o sexismo, a exploração, a discriminação, homofobia e outros. (LISBOA, 2010). Nessa direção, Castels (1999) corrobora destacando que os movimentos feministas congregam um conjugado de discursos e práticas que dão precedência à luta das mulheres para delatar a desigualdade de gênero no seio social no Estado Democrático de Direito.

Nessa discussão, o conceito de gênero está relacionado diretamente à história do movimento feminista da contemporaneidade, sendo constituído deste movimento. Dalla (2010) aponta que foram com os movimentos feministas, atualmente, que a palavra gênero passou a ser empregada como referência à organização social da relação entre os sexos. Até então,

vinham se colocando de forma figurada os termos gramaticais, em que tão somente eram lembrados traços sexuais ou de caráter. É evidente essa relação com a gramática porque o seu uso contorna regras formais da denominação de masculino e feminino. A gramática define a palavra gênero como forma de classificar fenômenos, propondo uma relação entre categorias consentindo que haja distinções.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO

Gênero é uma construção social que atribui ao homem e à mulher papéis diferentes dentro da sociedade e depende dos costumes de cada lugar, da experiência cotidiana dos sujeitos, nos mais distintos lugares, também na maneira como se organizam na vida política.

De acordo com Matos (2008), o conceito de gênero surgiu em meados dos anos 1930 e 1970 e dissipou-se imediatamente nas ciências a partir dos anos 80. Tal reformulação surgiu com o intuito de diferir e separar o sexo – categoria analítica marcada pela biologia e por uma abordagem essencializante da natureza ancorada no biológico – do gênero, dimensão esta que evidenciaria traços de construção histórica, social e, sobretudo, política, que provocaria análise relacional. Bandeira reforça o argumento apresentado ao confirmar que:

Entende-se por gênero o conjunto de normas, valores, costumes e práticas através das quais a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada. A categoria de gênero surgiu como uma forma de distinguir as diferenças biológicas das desigualdades sócias culturalmente construídas. (BANDEIRA, 2005, p. 7)

Nessa direção, vale frisar que o termo gênero é muito confundido com o termo “sexo”. Sobre essa questão, Cruz (2008) explica que a palavra sexo é derivada do latim, *sexus*, faz referência à condição biológica que diferencia macho e fêmea. Gênero é uma categoria também derivada do latim *genus*, corresponde ao código de conduta que rege a organização das relações sociais entre homens e mulheres. Cruz esclarece: “O conceito de gênero é introduzido para afirmar algo mais amplo que sexo e como produto social apreendido, institucionalizado e transmitido de geração em geração” (CRUZ, 2008, p. 244).

Compreender essa diferença é essencial para discutir a igualdade. O gênero é definido como “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1990, p. 14).

Nesse sentido, Scott (1990) esclarece que gênero é empregado para nomear as relações sociais entre os sexos. O seu uso não admite explicitamente as justificativas biológicas, como

aquelas que encontram um denominador comum para várias formas de submissão no fato de que as mulheres têm filhos e que os homens têm uma força muscular superior. O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” designadas aos homens e às mulheres, e é uma forma de dar significado às relações de poder; pode ser combinado a outras categorias, como classe social e raça/etnia, o que acusa as desigualdades e jogo de poder presente nessa relação.

Vale pontuar que, para compreender o conceito de gênero, é importante fazer uma relação entre identidade feminina e masculina, estas que não são naturais, mas fruto de período histórico relevante. Nessa linha de argumentação, gênero é uma construção social, tendo por sustentação as diferenças entre homens e mulheres. O conceito de gênero vem sendo instituído historicamente por inúmeros estudiosos da temática e movimentos feministas. A célebre Simone de Beauvoir (1980) destaca que “ninguém nasce mulher, mas torna-se mulher”. Assim, denuncia o papel imposto pela sociedade machista, que considera o poder masculino superior e a submissão feminina como algo natural.

Ainda de acordo Scott (1990), o termo gênero não deve ser confundido com mulher, ele é muito mais abrangente, pois insere o homem e a mulher nas relações de poder. A autora destaca três posições teóricas sobre os estudos de gênero. O primeiro, feministas americanas que procura a recusa do determinismo biológico, num experimento de compreender o patriarcado; a segunda situa-se na tradição da teoria marxista e o compromisso com a crítica feminista. A terceira é separada entre o pós-estruturalismo francês e as teorias de relação do objeto.

Para Cruz (2005), não se pode perder de vista que *gênero* se refere a relações de poder e, por isso, torna-se pertinente explicar o conceito de poder, considerando-se que cotidiano e poder embasam as análises das relações de gênero que se ampliam no trabalho. O conceito de poder não remete apenas ao âmbito da esfera micropolítica, de confronto entre classes sociais ou entre elas e o Estado, mas tem uma intensa relação ao contexto da vida cotidiana. Dessa forma, Cruz (2005) reforça o que disse Scott (1990):

[...] o cerne da definição de gênero “repousa sobre a relação fundamental entre duas *proposições* articuladas entre si: i) o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos; ii) o gênero é uma forma básica de representar as relações de poder”, em que as representações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis. Sob esse prisma, o gênero se constitui de quatro elementos: i) os “símbolos culturais” colocados à disposição das pessoas, símbolos esses, que evocam representações simbólicas múltiplas (e frequentemente contraditórias); ii) os “conceitos normativos”, que expressam a interpenetração dos símbolos e determinam significados dominantes para esses símbolos. A religião, a educação, a ciência, a política expressam esses conceitos

na forma típica de oposição dualista, categorizando o masculino e o feminino; iii) os complexos institucionais nos quais tais símbolos são enunciados, fazendo referência às instituições e à organização social; iii) e, finalmente, a maneira como símbolos, normas e instituições pertinentes estão envolvidos na construção subjetiva da identidade de gênero. (SCOTT *apud* CRUZ, 2005, p. 10)

Nessa linha de reflexão, Pougy (2012) salienta que as relações de gênero se referem às relações de poder entre sujeitos históricos, não se restringindo às relações entre homens e mulheres. Para além do sexo, gênero relaciona-se à construção do masculino e do feminino, processo no qual a história e a totalidade precisam ser restabelecidas como axiomas no conhecimento dos fenômenos sociais. Dessa forma, Scott (1990) enfatiza que “o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o primeiro modo de dar significado às relações de poder.” (SCOTT, 1990, p.21). Acerca dessa discussão, Sardenberg (2010) acrescenta:

[...] as relações de gênero, em última instância, são relações de poder e, como tal, não são fixas e sim, fluidas e mutáveis. Elas podem variar de sociedade para sociedade ou mesmo em uma dada sociedade, a depender dos espaços em que homens e mulheres interagem[...] é possível pensar as relações entre os sexos (entre mulheres e homens, bem como entre mulheres e entre homens), ou seja, as relações de gênero, no plano das relações sociais e, assim, como relações determinadas não “naturalmente” pela biologia dos sexos, mas sim por forças sociais, econômicas, políticas, culturais e ideológicas, historicamente específicas. (SARDENBERG, 2010, p.8).

No que tange às relações de poder, percebemos que se evidenciam inúmeras expressões das desigualdades de gênero, que são postas e vivenciadas pelas mulheres há muito tempo, em consequência de gestos e atos violentos, discriminação, preconceito, imposição de suas vontades. Compreendemos que o poder se expressa de maneira sutil, entretanto, no âmbito das relações de gênero, atitudes de poder abusivo podem suscitar diversos problemas, precipuamente para mulheres que sofrem algum tipo de violência em detrimento do excesso de poder que o homem acredita deter sobre ela.

De acordo Foucault (1984), o poder se manifesta em duas dimensões, sendo elas: macro e micro, que se assentam no âmbito das discussões das relações de gênero, pois a mulher detém o poder tanto quanto o homem, no entanto, o que ocorre é que a mulher, inúmeras das vezes, exerce o poder no plano microssocietal, em decorrência das condições de desigualdades impostas a ela no plano macro.

Nesse sentido, compreendemos que a mulher exerce o poder na maioria das vezes em uma proporção bem menor do que os homens, uma vez que, historicamente, foi dado este poder ao homem, o que agrava e aumenta quadro de violência contra ela. Segundo as análises de

Foucault (1984), entendemos e esclarecemos que a mulher não é por natureza dominada, todas detêm o poder, tanto quanto os homens. Contudo, as mulheres exercem tal poder em escala menor que os homens, o que inúmeras vezes nos leva a compreender que a mulher não detém poder algum.

Saffioti (1992) defende a ideia do uso do conceito de gênero como trama das relações sociais: “A construção de gênero pode, pois, ser compreendida como um processo infinito de modelagem - conquista dos seres humanos, que tem lugar na trama das relações sociais entre mulheres, entre homens e entre mulheres e homens” (SAFFIOTI, 1992, p. 211). A categoria gênero está fundamentada nas desigualdades e nas relações de poder, e deve ser desmistificada em relação ao termo sexo.

Dessa forma, gênero é uma categoria que não trata de diferença sexual, mas, sim, de relação social entre homens e mulheres, entendendo como se constrói enquanto sujeitos sociais. Tal categoria não se caracteriza apenas como analítica e descritiva, é também histórica. Dessa maneira, entendemos que a categoria gênero se manifesta com o intuito e o objetivo de dar conta da discussão sobre a subordinação da mulher, sua reprodução e as várias e diversas formas que sustentam a dominação masculina na sociedade, através das desigualdades de gênero impostas. (SAFFIOTI, 1992).

Para Pedro (2009), as relações de gênero presentes no patriarcado pressupõem que o órgão sexual determina as funções sociais. Desse modo, a sociedade constrói uma identidade social, que é edificada através dos diferentes papéis os quais são conferidos a homens e a mulheres. A análise desse referencial histórico se opõe à naturalização das distinções entre os sexos. É viável afirmar que os papéis destinados a homens, ou a mulheres, não são atribuições naturais ou biológicas, mas, sim, erguidos em conformidade com as necessidades socioeconômicas de cada sociedade. Assim, Cruz (2005) ainda menciona que:

A questão de gênero está ligada à forma como a sociedade cria os diferentes papéis sociais e comportamentos relacionados aos homens e às mulheres. As relações de gênero criam padrões fixos do que é próprio para o feminino e para o masculino e reproduzem estas regras como um comportamento natural do ser humano criando condutas e modos únicos de se viver sua natureza sexual. Isto significa dizer que a questão de gênero tem uma ligação direta com a forma como estão organizadas na sociedade os valores, desejos e comportamentos acerca da sexualidade. (CRUZ, 2005, p. 31)

Dito isso, Pedro (2009) salienta que, desde o momento em que conceito de gênero passa a ser percebido, é possível averiguar com mais nitidez as discriminações relacionadas a gênero, que, até então, são visualizadas com naturalidade para a maior parte das sociedades e, através dessa naturalização, cada sociedade estabelece seus conceitos de comportamentos

considerados. Na maior parte delas, a mulher deve demonstrar características como sensibilidade, docilidade, protetora da prole e do lar, procriadora, dentre outras que apresentam o sexo vulnerável. De maneira oposta, aos homens, são requisitadas características como a de responsáveis por resolverem problemas, provedores do lar e os impiedosos.

Perante o exposto, evidenciamos a relevância da categoria gênero, para a nossa pesquisa, tendo em vista que, historicamente, a sociedade reconhece que o homem seja possuidor do poder e que a mulher está subordinada ao poder masculino. Ressaltamos que tal relação de poder implica diretamente na esfera da sexualidade, pois a mulher que se encontra em um relacionamento afetivo estável, inúmeras vezes, não detém o poder dentro das relações sexuais, o que agrava consideravelmente o índice de contaminação pelo vírus HIV/Aids.

Esse fator cultural procede das relações estruturais presentes no mundo preponderantemente machista. É dessa maneira que os homens conhecem entre si que é natural a existência de várias mulheres ou que não podem usar o preservativo quando se quer ser "homem de verdade".

Nessa direção, de acordo com Parker (2004), as características da vida sexual, principalmente a brasileira, marcada pela ideia de um povo sexual e profundamente patriarcal, em que, desde o Brasil Colônia, as proibições fortalecem as divisões de gênero, propiciam a existência de perfis cotidianos.

Diante dessa percepção, a difusão da infecção pelo HIV no Brasil tem se manifestado como uma epidemia de inúmeras dimensões que vem, no decorrer do tempo, sofrendo modificações significativas em seu perfil epidemiológico com os processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização da epidemia. (PACKER, 2004).

As teorias do patriarcado elucidam, de acordo com Peterson (1999), a subordinação feminina erguida a partir da necessidade masculina de superioridade. O gênero passa a ser teorizado a partir de uma ideia de estruturação social, fundamentado em várias disciplinas, demandando uma mudança econômica, política, social e religiosa para explicar e fortalecer o poder irrestrito do homem.

Dessa forma, a sexualidade feminina foi historicamente construída com relação ao gênero como impura e passiva, devendo ser realizada a partir do sentimento de amor puro e não de desejo. Quando se refere à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a Aids, o gênero só poderia prejudicar negociação do uso do preservativo pela mulher, visto que a construção da sexualidade feminina conforme o gênero privilegia o aspecto maternal e da procriação, em oposição à proposta de prevenção do HIV/Aids (SEIXAS, 1998).

3.4 PENSANDO A SEXUALIDADE

As reflexões sobre sexualidade, sexo e gênero estão intrinsecamente relacionadas, e é a partir da desconstrução de certas normativas e padrões patriarcais que percebemos a insuficiência de categorias identitárias e a necessidade de revisão da estrutura heterocêntrica na qual a sociedade ocidental está apoiada. Vale destacar que o sexo e a sexualidade estão diretamente relacionados, porém, cada um com sua especificidade e seus significados.

Nessa direção, Chauí (1984) define o sexo como dado físico-biológico, assinado pela presença de órgão genital e de especificidades fisiológicas entre homem e mulher, incluindo a necessidade de reprodução, o prazer, o desejo e os afetos. Dessa forma, o sexo não é apenas o ato sexual, mas também um ato dominante de se falar sobre sexualidade.

A sexualidade é mais ampla, se refere à prática, linguagem, modo de pensar, sentir, agir, desejos, fantasias, atração que não se reduzem necessariamente ao ato sexual, apenas, mas têm ligação com a história e cultura e mudam conforme essas mudam. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressadas. Para a Organização Mundial da Saúde, a sexualidade é um traço essencial do ser humano durante toda a sua vida e engloba o sexo, as identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. “A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, cultural, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007, **tradução minha**).

O historiador filósofo Foucault, em “a história da sexualidade I: a vontade do saber(1988)”, mostra, em suas discussões, que a história da sexualidade não é uma narrativa da progressão do que seria universal na história. A sexualidade, conforme muda, com o tempo, torna-se algo novo no tempo. A sexualidade na atualidade é tão diferente de outros tempos e outras culturas que não se pode falar de uma história única de sexualidade.

Durante o século XVIII, a sociedade ocidental vive em um crescente processo de repressão sexual, em que todas as práticas sexuais que não são consideradas sadias, leia-se dentro da lógica heteronormativa, são consideradas erradas. Nesse sentido, Foucault (1988) destaca que, em meados do século mencionado, o sexo se torna questão de polícia, todo o aparato jurídico e político vai debruçar sobre o sexo para não apenas classificar suas variações, mas para geri-lo. O sexo vai ser gerido em nome da felicidade pública “Polícia do sexo: isto é, necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição” (FOUCOUT, 1998, p. 27)

Cabe salientar que o sentido de polícia elencado pelo o autor é de controle da gestão. A partir do século XVIII, temos o nascimento da biopolítica, o surgimento da população como o problema econômico e político. Essa população vai ser gerida pelo Estado, buscando sua maximização, vai se buscar aumentar a felicidade, saúde, a produtividade e a normalidade da população, através de controle com estatísticas nos sujeitos considerados anormais. Entre estes, a biopolítica vai intervir para gerir a sexualidade anormal, buscando normalizá-la quando possível.

Já o século XIX foi marcado pela efervescência de teorias sobre a sexualidade, momento este em que há um nivelamento do sexo, segundo mecanismos de recrutamento e controle. Foucault (1998) ressalta que foi um período de moralismo e fundamentalismo religioso de que o sexo era reprimido. Nesse sentido, o discurso da repressão funcionava com o discurso junto a outros discursos de que a repressão era reforma de fazer proliferar mais de saber sobre o sexo, justamente porque no proibido alguns julgavam estar escondida a verdade do ser. Ao escutar do proibido e também falar do proibido, apontou o autor:

Quem emprega essa linguagem coloca-se, até certo ponto, fora do alcance do poder; desordena a lei; antecipa, por menos que seja, a liberdade futura. Daí essa solenidade com que se fala, hoje em dia, do sexo. Os primeiros demógrafos e os psiquiatras do século XIX, quando tinham que evocá-lo, acreditavam que deviam pedir desculpas por reter a atenção de seus leitores em assuntos tão baixos e tão fúteis. Há dezenas de anos que nós só falamos de sexo fazendo pose: consciência de desafiar a ordem estabelecida, tom de voz que demonstra saber que se é subversivo, ardor em conjurar o presente e aclamar um futuro para cujo apressamento se pensa contribuir. Alguma coisa da ordem da revolta, da liberdade prometida, da proximidade da época de uma nova lei, passa facilmente nesse discurso sobre a opressão do sexo. Certas velhas funções tradicionais da profecia nele se encontram reativadas. Para amanhã o bom sexo (FOUCAULT, 1998, p. 22)

Com isso, o que se teve com a ideia da “repressão do sexo”, segundo Foucault (1998), foi a constituição do “dispositivo de sexualidade” que, na prática, serve para policiar quem fala dele, como se fala e por qual razão se fala, dentre outros, ressaltando que vivemos em uma sociedade que produz discursos tidos como verdades. Essa produção de “discursos verdadeiros” decorre da produção de problemas específicos e diversos. No caso da sexualidade, criou-se um estereótipo que falar sobre tal temática era proibido. E, desse modo, a história desses discursos, por meio dos quais a sexualidade é constituída, se estabelece uma relação de poder. Acrescenta o autor: “Dizer que o sexo não é reprimido, ou melhor, dizer que entre o sexo e o poder a relação não é de repressão, corre o risco de ser apenas um paradoxo” (FOUCAULT, 1998, p. 13)

Para Foucault, a sexualidade é um comutador que nenhum sistema moderno de poder pode recusar. Ela não é aquilo que o poder tem medo, mas aquilo que se utiliza para seu

exercício. As proibições não são formas fundamentais do poder, são apenas seus limites, as formas frustradas. O autor salienta que o sexo é falado no ocidente através de uma interiorização de poder, o poder nos produz, poder não é apenas repressivo, interdição, mas também é produtivo. Ele nos atravessa, produz-nos como sujeitos e transpassa nossas relações.

Dessa forma, os discursos sobre sexualidade e sexo, determinados a partir das relações de poder, são chamados por Foucault como *scientia sexualis*, ou “ciência do sexo”, amoldando, por meio de um conjunto de regras, o discurso sobre o sexo, além de propiciar tendências que validam preconceitos, conectando as relações de poder à formação do conhecimento científico.

No pensamento foucaultiano, os meios e os fins da ciência do sexo desenvolvidos na cultura ocidental vão construir um saber ou poder que é da verdade do sexo como um saber universal, um saber que fala pelo “outro” que o coloca em relação com o processo de normalização e medicalização de sua vida e da vida em sociedade para produzir a vida do sexo a ciência. A ciência do sexo vai se valer de uma prática anterior a ela, que é a prática da confissão.

Sobre a concepção moral religiosa da sexualidade, Foucault (1998) mostra como a pastoral cristã com sua prática de confissão foi um elemento-chave na produção do discurso sobre o sexo em especial, a partir da contra reforma que acelerou o ritmo da confissão numa tentativa do catolicismo se manter forte frente ao protestantismo em ascensão. A confissão, o exame da consciência, foi a forma de evidenciar a sexualidade no centro da existência. O sexo, nas sociedades cristãs, tornou-se algo que é necessário para examinar, vigiar, confessar e transformar em discurso. Podia-se falar de sexualidade, mas apenas para proibi-la. O esclarecimento, a “iluminação” da sexualidade ocorreu nos discursos e na realidade das instituições e das práticas. As proibições faziam parte de uma economia complexa (FOUCAULT, 1998).

Nesse aspecto, vê-se que a sexualidade dentro da concepção religiosa possui um viés punitivo no que se refere a esta temática, fazendo predominar a “moral dos bons costumes”. Esta tem como principais características: limitar a sexualidade ao sexo (coito vaginal), destacando a repressão ao sexo, reduzindo a condição de procriativo e vinculando-o ao matrimônio. Além de prezar os valores burgueses da “moral e dos bons costumes”, ressaltando a ideia de amor “fraternal” entre os cônjuges e rejeitando completamente a discussão acerca da sexualidade, o prazer, o desejo e a viabilidade da realização sexual fora da intenção procria.

Outra concepção existente acerca da sexualidade é o histórico-cultural. Esta vertente entende que a sexualidade é socialmente construída a partir dos processos de apropriação de cada sujeito, sendo mediadas pelas relações de gênero, pelos valores, relações de poder,

regulamentos e normas sociais, que se transformam em cada momento histórico. (GESSER, 2010).

Jeffrey Weeks (1999) pontua que a sexualidade, embora tenha como suporte o corpo biológico, deve ser vista como uma construção social, uma invenção histórica, pois o sentido e a importância a ela atribuída são criados em situações sociais concretas. A sexualidade remete, portanto, a uma série de crenças, comportamentos, relações e identidades sociais historicamente construídas. A sexualidade envolve, de acordo com Louro (2010), rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos. Esses processos, sendo culturais e plurais, não nos permitem pensá-la como algo unicamente biológico, uma vez que os corpos ganham significado culturalmente e socialmente. Ainda sobre a questão, Louro (2010) diz:

[...] a inscrição dos gêneros – feminino ou masculino – nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade — das formas de expressar os desejos e prazeres — também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. (LOURO, 2010, p.11).

Dessa maneira, no entendimento de Louro (2010), a sexualidade é uma invenção social, assim como também no pensamento Foucaultiano, uma vez que, para Foucault, a é um dispositivo histórico, pois engloba discursos, decisões regulamentares, medidas administrativas, morais, entre outros, ditos e não ditos, mas que são elementos que regulam e tentam normalizar os sujeitos (FOUCAULT, 1998)

Os diversos discursos ligados pela cultura e pela história começam a regular os indivíduos, assim como criar as identidades sociais dos sujeitos. De acordo com Foucault (1998), os discursos que atravessam a sociedade são inspecionado e sofrem influências de regras institucionais, sociais e detentoras de saberes que, por sua vez, garantem a verdade. Por esse motivo, o discurso vai além do falar, já que entra no jogo de entender o que é dito (e por quem é dito) e se adequa em relação a tudo isso. Louro (2010, p. 12) elucida que “é no âmbito da cultura, do poder, do discurso e da história que se definem as identidades sociais, e não apenas a identidade de gênero, mas todas elas: de raça, de nacionalidade, de classe, dentre outra.

Nessa linha de reflexão, Bandeira (1999) expõe que a sexualidade é uma construção histórica e cultural. Isto é, não há uma sexualidade posta como “única”, ou mesmo como “modelo”, mas, sim, diferentes performances que variam de acordo com as situações culturais e sociais próprias.

E, a partir da proposta por uma análise mais crítica em relação ao discurso da sexualidade e do sexo para além do discurso da repressão que os atravessam, acredita-se no caráter múltiplo desses discursos segundo o estabelecimento de relações de poder. Essa relação

de poder é mais expressiva no público feminino, pois entendemos que a mulher exerce o poder na maioria das vezes em uma escala bem menor do que o homem, uma vez que historicamente foi dado este poder ao homem, o que agrava e intensifica as manifestações das desigualdades de gênero, que são impostas e vivenciadas pelas mulheres há muito tempo, em decorrência de gestos e atos violentos, discriminação, preconceito, imposição de suas vontades principalmente no que diz respeito à sexualidade.

A sexualidade feminina foi e ainda o é, apesar de contemporaneamente vivermos sob outros padrões de moral, ética e comportamento, objeto de interdição em diversos campos. Isto se deu razão da formação da nossa sociedade que recebeu interferência da Europa ocidental que, pautada na ética e na moral do Cristianismo, outorgou o corpo e o sexo como lócus “proibidos”. A sexualidade da mulher quase sempre esteve condicionada à vontade do homem, em primeira instância do pai e em segunda, do marido, com sua sexualidade regularizada pelos padrões Cristãos, validada pelo do casamento e pelo cumprimento da função reprodutora.

Para Carole Vance (1995), a sexualidade passa a ser considerada como uma área simbólica e política, ativamente almejada por grupos que lutam para implementar paradigmas sexuais e alterar ideologias. Assim, o crescimento do interesse estatal em normatizar a sexualidade e o correspondente declínio religioso transformaram as áreas legislativas e de políticas públicas em campos particulares para lutas políticas e teóricas em torno da sexualidade, principalmente com o advento da Aids na década de 80. Nesse momento, essa temática passou a fazer parte dos noticiários, desta feita com o teor discriminatório e alarmante.

Nessa esteira, percebemos desafios nas lutas por direitos. Na área da sexualidade, têm trazido importantes avanços no que tange à ampliação de possibilidades de escolha, ao maior conhecimento acerca dos corpos e à valorização da equidade nas relações. As reivindicações feministas e o entendimento relacional da sexualidade colaboram para nos fazer refletir, enquanto seres sexuais, na problematização da junção entre feminilidade, passividade e submissão, bem como para o fortalecimento da compreensão de que as mulheres desejam e, também, procuram e “experimentem” o prazer.

Assim, a concepção do prazer sexual enquanto algo que, embora estivesse ligado ao “multiplicai” (reprodução), denota-se como independente desta incumbência multiplicadora – podendo fazer o corpo agir em seus próprios termos, passa a ser algo, inclusive, a ser vetado com a castidade para os homens de Deus (RIOS; PARKER; TERTO JUNIOR, 2010).

A partir dessa discussão, evidenciamos o quão polissêmicos são os estudos de sexualidade e os obstáculos e desigualdades que embaraçam as questões das sexualidades de mulheres. Diante do exposto, faz-se necessário pensar a sexualidade pela perspectiva feminista

como uma construção sócio-histórica e política, engendrada por pertencimentos sociais como gênero, classe, raça, geração, entre outros.

Nessa linha de discussão, as pesquisas e análises acerca de gênero indicam que a sexualidade está constantemente vinculada a impulsos biológicos instintivos do homem, que é quem deve regular e controlar o ato sexual. Compreendemos que, em conformidade com estudos sobre as relações de gênero no âmbito da sexualidade, fica evidente que o ato sexual é apontado instintivamente como uma vontade masculina, no entanto, nos colocamos por diversas vezes em contraposição a essa afirmativa, uma vez que as mulheres também possuem desejos e vontades sexuais, devendo exercê-las durante o ato sexual.

De acordo com Bleier (1984), vivemos em uma sociedade fundamentada nas tradições dualistas, na qual os pares contrapostos são vistos como opostos e excludentes, além de fixos nas suas diferenças. No que tange à questão de gênero, o dualismo aponta que o homem é ativo dentro de uma relação sexual e a mulher é completamente passiva, ao aplicar a construção da sexualidade. Esse método cria a identidade de gênero e a identidade sexual, resultando basicamente em dois tipos de seres: homens sexualmente ativos e mulheres sexualmente passivas.

Dentro dessa lógica, vale notificar a diferença entre identidade de gênero e identidade sexual. A identidade de gênero refere-se ao ser homem e ao ser mulher. Já a identidade sexual diz respeito ao modo como os indivíduos podem exercer sua sexualidade, a maneira como vivem seus desejos e prazeres sexuais. Dessa forma, “suas identidades sexuais se constituiriam, pois, através das formas como vivem sua sexualidade, com parceiros/as do mesmo sexo, do sexo oposto, de ambos os sexos ou sem parceiros/as” (LOURO, 1997, p. 26).

Nessa discussão, é notório apontar a interface gênero/sexualidade. Tomamos como apontamento o pressuposto de que o sentido do exercício da sexualidade é ajustado também pelas relações de gênero estabelecidas em dada sociedade. No entendimento de Parker (1991), as relações de gênero patriarcais, ainda presentes na sociedade brasileira, firmam padrões de atitudes perante o sexo de homens e de mulheres. Dessa forma, o binômio passividade/feminino versus atividade/masculino é a lógica que atravessa as relações entre homens e mulheres.

As relações de gênero são determinantes das concepções de sexualidade de homens e mulheres, tendo em vista que persiste uma certa relativização dos rígidos padrões de gênero existentes na sociedade brasileira. Nesse sentido, observamos que tanto os homens quanto as mulheres partilham ideias de que, para os homens, o sexo é um imperativo biológico, uma “necessidade” que deve ser saciada. Já para as mulheres, o sexo decorre da “vontade”, que deve

ser provocada pelos homens. Essas normas de gênero colaboram para aumentar a vulnerabilidade ao HIV, tanto de homens quanto de mulheres.

Nessa direção, por meio de estudos realizados sobre a temática, evidenciamos que as mulheres constantemente são submetidas a ter relações sexuais sem usar preservativos e muitas vezes são forçadas a ter relações sexuais sem querer, apenas para satisfazer a vontade dos parceiros. Isso tem aumentado o número de casos da Aids em mulheres.

O amor conjugal também é outro fator para o não uso da camisinha. Inúmeras mulheres se envolvem em relações sexuais porque se acreditam apaixonadas e, por estarem apaixonadas, desistem dos cuidados preventivos. Diante dessas constatações, observamos como as relações de gênero interferem e regulam o exercício da sexualidade feminina ao determinarem que “o amor é a única forma legitimada das mulheres para o exercício da sexualidade”.

Logo, falar em Aids é falar em sexualidade e em relações de gênero, afinal, a contaminação pelo vírus HIV está diretamente relacionada ao não uso de preservativo pelas mulheres, já que o modo de transmissão sexual é predominante no Brasil. No tópico a seguir, trataremos acerca da feminização da Aids e os fatores que têm contribuído para o crescimento da doença em mulheres.

3.5 A FEMINIZAÇÃO DA AIDS: a “invisível” vulnerabilidade feminina.

O objetivo deste tópico é discutir acerca das categorias de feminização e vulnerabilidades aplicadas à compreensão da Aids e refletir sobre as consequências científicas e políticas que as conceptualizam. Entre avanços científicos e tecnológicos, estudos revelam que a ciência médica negligenciou dados relevantes que contribuíram para a disseminação silenciosa do vírus entre mulheres, invisibilizadas de muitas formas. Nessa direção, Perrot (2005) ressalta que o silêncio foi reiterado através dos tempos pelas religiões, pelos sistemas políticos e pelos manuais de comportamento: “aceitar, conformar-se, obedecer, submeter-se e calar-se”. A feminização da Aids aponta o silêncio no qual vivem essas mulheres.

A forma preconceituosa com que a Aids foi vista desde o seu surgimento na década de 1980 e a divulgação de que o grupo de risco seria formado por homens homossexuais contribuíram com a negligência ou omissão em relação aos contágios em mulheres, havendo expressivo crescimento de casos notificados. As mulheres são mais vulneráveis ao vírus HIV por causa da própria anatomia feminina e, precipuamente, porque elas não sabem negociar sexo seguro, em razão do fator submissão, que está incutido na socialização das mulheres no contexto brasileiro e latino-americano. É pertinente salientar que a questão cultural patriarcal atravessa

todas as camadas sociais e alcança não só a vida privada das mulheres, mas também a vida pública.

De acordo com Streck (2012), isso interpela de forma especial as igrejas cristãs que adotam exclusivamente o modelo patriarcal, onde, dentro de casa, se reitera o que é transmitido na igreja: Deus é pai Senhor todo-poderoso sobre a criação, e o marido detém o poder sobre sua família e compreende a submissão feminina como uma virtude. O silêncio sobre o que acontece no privado tem contribuído com a proliferação do HIV entre a população feminina. É necessário quebrar com o silêncio que contorna a Aids no Brasil e, talvez acima de tudo, romper o silêncio que tem estado atrelado às desigualdades estruturais, que são, na verdade, responsáveis pela vulnerabilidade feminina à contaminação do HIV.

Nesse sentido, a feminização da Aids que vem ocorrendo não é consequência apenas desse tipo de violência, mas de outros que acometem grande percentual de mulheres em nosso país. As mulheres que estão se infectando são as mais pobres, menos escolarizadas, negras e pardas, por via heterossexual, de parceiro único e com histórico de múltiplas violências. A relação entre violência contra a mulher e Aids também pode ser evidenciada entre as mulheres soropositivas. Grande parte sofre discriminação, abandono e violência.

As histórias de vida de mulheres soropositivas revelam perdas de lares, heranças, posses e até mesmo dos filhos. Outro dado digno de nota é o acometimento de pessoas em situação de pobreza, apontada como um dos contextos estruturais de vulnerabilidade para DST/Aids, assim como a baixa escolaridade.

No âmbito do HIV/Aids, com relação à participação da população feminina, nota-se que a principal via de transmissão se dá através da relação heterossexual, em que estão em idade fértil, por transmissão vertical, seja no trabalho de parto ou no próprio parto e até mesmo pelo aleitamento materno no qual o contato mãe-filho fica cada vez mais próximo (LEMOS; GURGEL; FABBRO, 2005). De acordo com Aguiar (2012), a estigmatização das mulheres reforça-se no perfil de feminização apresentado pela Aids, relacionada à heterossexualização (cada vez mais, mulheres que nunca tiveram uma relação extraconjugal são infectadas pelo HIV através de seus parceiros), pauperização (mulheres em condições de pobreza extrema cada vez mais infectadas), enegrecimento (mulheres negras), juvenilização (a faixa etária de 13 a 19 anos é a que o número de casos é maior entre as mulheres) e interiorização (aumento do número de mulheres infectadas no interior do país).

Um estigma vai levando ao outro, marca e exclui uma pessoa. A estigmatização na Aids mascara a verdade, cria pré-conceitos, gera silêncio, negação, medo, culpa, cria rótulos negativos, baixa estima e faz com que assuntos como a sexualidade feminina seja tratada como

um tabu, gerando estigmas de gênero, em que a mulher com HIV/Aids é vista como promíscua. O gênero se encontra na base da maioria dos modelos epidemiológicos, utilizados para descrever o HIV/Aids. (ANDRADE; CRUZ, 2018).

Atrelado ao processo de feminização, discute-se a vulnerabilidade feminina, que é assinalada pela subordinação da mulher ao desejo masculino em relações desiguais de gênero, de forma a determinar relações conflituosas na sua própria sexualidade, pois a mulher assume a passividade quanto à tomada de decisões. É válido considerar, nesse caso, as relações de gênero como determinantes no processo saúde-doença das mulheres, pois influenciam o seu comportamento diante do autocuidado. Nesse contexto, cada vez mais, as mulheres estão contraindo o HIV, e mais casos são descritos em pessoas com baixa renda e em cidades pequenas.

Conforme Dowsett (2000), uma das maneiras mais usuais de descrever o HIV/Aids é distinguir, como categoria primária de análise, a taxa de infecção entre mulheres e homens. Trata-se de um critério importante, porque a taxa de infecção das mulheres vem crescendo mais rápido que a dos homens, em muitos países e regiões, incluindo o Brasil. O autor afirma que essa diferença se dá até certo ponto devido à biologia feminina (em parte, pelo fato de mulheres serem mais facilmente infectadas durante a relação vaginal que os homens), mas deve-se também a causas estruturais, pelo acesso desigual a recursos sociais e econômicos, o que leva as mulheres frequentemente à falta de poder, maior pobreza e desigualdade. É devido a diferenciais de poder entre homens e mulheres que feministas têm se referido às mulheres como uma minoria, mas não de forma quantitativa, e sim ao tratamento desigual dado a elas (SCOTT, 2005).

O conceito de vulnerabilidade passa a ser utilizado para explicar as várias dimensões da pandemia, e passa a ser aplicado para evidenciar as desigualdades que vivem as mulheres. Ao incorporar o conceito de vulnerabilidade, o movimento feminista articulou a perspectiva de gênero como uma categoria de análise sobre as relações de poder que são estruturantes, e perpassam as dimensões culturais, sociais e políticas. O conceito de vulnerabilidade orienta as políticas nacionais desde os anos 1990. E a vulnerabilidade se dá pela desigualdade de gênero e pelo fato de as mulheres não se perceberem expostas à pandemia, mesmo que elas tenham poder aquisitivo, alto nível de escolaridade e independência financeira à vulnerabilidade persiste.

Nessa esteira, a perspectiva de gênero é um conceito de grande relevância discutir o enfrentamento da feminização do HIV/Aids, claro que sem deixar de lado outras categorias com igual importância, tais como, desigualdade, raça, etnia. Neste trabalho, procuraremos apontar

esta relação de gênero, especificamente a relação de poder e feminização da pandemia. Esse tema é fortemente discutido pelos movimentos feministas e se transformou em bandeira de luta desde a década de 1990, momento que se percebeu o início do aumento na taxa de incidência nas mulheres.

O uso da noção de gênero implica ponderar as relações entre os sexos, as relações de poder e de hierarquia. Dessa forma, a categoria de gênero “pode constituir-se como elemento tanto da organização social, quanto das relações de poder, de dominação e de subordinação, que são construídas nas culturas, a partir da distinção de masculino e feminino, estabelecendo e organizando as relações sociais em geral” (BANDEIRA, 1999, p. 188). Ser mulher, ter um corpo de mulher em nossa sociedade, significa responder a uma série de rogos que o ideário da cultura institui, ter um corpo dócil, desejante, sensual, harmonioso, uma sexualidade sadia, e, ao mesmo tempo, estar vinculada como atriz social, num sistema traçado pela subordinação do corpo feminino, sujeitado às práticas sexuais normativas. A diferença traduzida em opressão/subordinação se põe, logo, na positividade do masculino e negatividade do feminino (BANDEIRA, 1999).

O pensar nas relações de gênero como fenômeno que mascara fortemente o processo de feminização da Aids requer, antes de tudo, compreender a desigualdade entre homens e mulheres, desigualdade esta que contribui para a naturalização dos papéis que são impostos às mulheres pela sociedade, tais como: genitora, cuidadora do lar, dependente (emocional e financeiramente) do marido, e outros. Podemos observar a intrínseca relação existente entre a feminização da Aids e as desigualdades de gênero, em decorrência da posição de subalternidade socialmente atribuída às mulheres, que lhes coloca em maior vulnerabilidade quanto à contaminação pelo vírus HIV (ANDRADE; CRUZ, 2018).

Apesar de as desigualdades de gênero estarem profundamente arraigadas em vários âmbitos da sociedade, uma vez que se trata de uma construção social a qual perpassa todas as instâncias de poder, sejam econômicas, políticas, culturais, etc., Segato (1997) defende que somente desvelando os papéis de dominação nas relações de gênero na sociedade é que poderemos romper com o que o senso comum concebe enquanto ser mulher e ser homem, possibilitando que ambos possam transitar nas posições que a estrutura social pressupõe.

A interface entre AIDS e mulher, ainda na atualidade, é problemática. Isso pelo motivo de, embora existam evidências de que o curso do HIV em mulheres é diferente do que ocorre em homens, ainda são raros os estudos acerca da história da Aids em mulheres e poucas as ações efetivas de políticas públicas que contemplem – realidade que pode ser evidenciada na

própria história da pandemia que propagou a difusão do vírus no público feminino somente uma década após a descoberta da doença.

Em estudos realizados, Bastos e Coutinho (1999) apontam que as pesquisas sobre HIV/Aids, no Brasil, utilizam o termo “Ciência da Aids” e atribuem a impossibilidade de não considerar os fatores socioculturais e as questões de gênero como determinantes na história científica que contorna a doença. Dessa forma, os autores elencam três fatores na história científica que contribuíram para a negligência da saúde das mulheres em relação ao HIV Aids: 1) a própria definição da síndrome em mulheres; 2) as normas específicas que regulamentam a inserção de mulheres em ensaios clínicos e a relação dessa participação com o acesso a antirretrovirais; e 3) a disponibilidade da comunidade científica em desenvolver métodos de prevenção controlados por mulheres (BASTOS; COUTINHO, 1999).

Para Moreira e Lima (2008), o parco do estudo sobre mulher e HIV/Aids é decorrente da invisibilidade da temática “feminização” consequente da não divulgação do fenômeno fora dos meios científicos e acadêmicos diante do pouco apoio das redes de comunicação. Esses fatores trouxeram implicações para a saúde das mulheres, colocando-as por um extenso período em exposição de risco, sem a possibilidade de cuidado e controle de seu corpo.

Isto posto, a entrada das mulheres no cenário da Aids é simultaneamente ao rompimento da disseminada ideia de “grupo de risco”, noção que preponderou no imaginário social, predominando suas marcas até na contemporaneidade, tendo entre seus efeitos o fato de as próprias mulheres não se avistarem incluídas, ou mesmo atinente a essa categoria, aliado ao fato de estas não serem vistas como um coletivo vulnerável à doença e tampouco centro de ações de prevenção (BRASIL, 1995).

Nesse contexto, importa notar que, quando surgiram os primeiros casos de HIV/Aids, no início da década de 1980, a epidemia foi estigmatizada como uma doença de gays, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, causando uma gama de rejeição, preconceito, segregação e marginalização desses grupos. Esse e outros fatores, políticos e ideológicos, colaboraram para a demora na construção de políticas públicas, a fim de combater o alargamento da epidemia entre as mulheres, muitas das quais vivem em condições de pobreza e desigualdade (OLIVEIRA, 2009). Sobre essa questão, Silva também comenta:

Mesmo com a descoberta da etiologia do vírus em 1984, apenas por volta da década de 1990 a contaminação de mulheres foi reconhecida como uma realidade evidente no mundo e no Brasil pela alta incidência de novos casos e de óbitos, passando a ser notificada pelo Ministério da Saúde, fenômeno chamado de feminização. (SILVA *et al.*, 2020, p. 59).

A forma preconceituosa com que a Aids foi vista desde o seu advento e a suposição e propagação de que o grupo de risco seria constituída por homens homossexuais colaboraram com a negligência ou omissão no que tange aos contágios em mulheres. Tinha-se a *crença* de que o HIV/Aids estava limitado a grupos de alto risco. Mas, no decorrer dos anos e com a evolução das pesquisas, constatou-se que as mulheres e também as crianças estavam expostas aos mesmos riscos. Convém ressaltar que, no começo da década de 1990, na Europa Ocidental, nos EUA e África Subsaariana, a Aids era a causa primordial de morte de mulheres jovens e de crianças (PANOS INSTITUTE; ABIA; SOS CORPO, 1993).

De acordo com Baston (BASTON *apud* SILVA, 2016), a epidemia de Aids no Brasil, nos anos iniciais, alcançou os homens de forma desproporcionalmente maior. Distintamente da África Subsaariana, atingiu severamente, desde o princípio, as mulheres. No decorrer do tempo, verificou-se o papel das desigualdades sociais e de gênero na contínua transformação da pandemia brasileira com uma participação proporcional cada vez maior dos mais pobres e das mulheres entre os novos casos de Aids.

A não prioridade das mulheres no cenário da pandemia fez com que as ações dirigidas a este grupo populacional fossem restritas à identificação de gestantes com o vírus, objetivando a prevenção da transmissão de mãe para filho; as não gestantes tinham o acesso ao diagnóstico e tratamento limitado e tardio (VILLELA; BARBOSA, 2017).

Ademais, percebemos um crescimento de casos do HIV/Aids em gestantes nos últimos anos, como já foi salientado. De acordo com as informações do último boletim epidemiológico nacional, em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção do HIV em gestante: em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2019, essa taxa passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência de aumento também se verifica em todas as regiões do Brasil, sendo que as regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa, ambos de 83,3% nos últimos dez anos (BRASIL, 2020).

Em relação à razão entre os sexos (número de casos em homens dividido pelo número de caso em mulheres), no Brasil, vem diminuindo ao longo da história. No ano de 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de Aids no sexo masculino para cada caso no sexo feminino. No período de 2002 a 2009, a razão de sexos manteve-se em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, em média. No entanto, a partir de 2010, observa-se um aumento na razão de sexos, que chegou a 23 casos de Aids em homens para cada dez casos em mulheres em 2017, razão que se manteve em 2018 e em 2019 (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, através dos dados estatísticos, no Brasil, apesar da preponderância masculina nos casos de HIV, ficam evidentes os impactos da desigualdade de gênero e das iniquidades sociais vivenciadas pelas mulheres. Percebemos que o HIV/Aids chegou aos lares e passou, cada vez mais, a infectar mulheres independentemente de seu estado civil (casadas, namoradas, viúvas, adolescentes, jovens, idosas, solteira). Estudos demonstram que as mulheres têm tendência à vulnerabilidade ao HIV, de acordo com Rocha *et al.* (2018, p. 364), “[...] em que pesem determinações biológicas, agrava-se em situações de desigualdades de gênero, quando as negociações para a prevenção tornam-se mais difíceis”.

Logo, as mulheres são vulneráveis não só pelo aspecto biológico mas também pelo aspecto sociocultural. A Aids continua compreendida como uma doença do outro, em que a confiança no parceiro fomenta a possibilidade de contaminação e o crescimento da vulnerabilidade em contrair a infecção da doença (PARCKER, 2002). Sobre essa questão, Machado e Figueiredo (2007) mencionam:

Do ponto de vista biológico, a vulnerabilidade feminina ao HIV tem sido apontada, em vários estudos, como duas a quatro vezes maiores que a do homem, devido à maior quantidade de carga viral no sêmen, e seu maior volume, quando comparado à secreção vaginal. Além disso, as características fisiológicas dos órgãos genitais femininos, com maior superfície de mucosa exposta, aumentam a possibilidade de lacerações no ato sexual, facilitando o acesso ao HIV (MACHADO; FIGUEIREDO, 2007, p. 2).

Portanto, o caráter biológico de “ser mulher” a coloca numa dupla vulnerabilidade com relação ao vírus, se pensarmos que também a desigualdade de gênero se reforça por meio do determinismo entre o sexo.

O conceito de vulnerabilidade veio a ter visibilidade no meio científico, no início da década de 90, por causa da necessidade da busca de ações para o enfrentamento do HIV/Aids, rompendo com a ideia de comportamento de risco, o qual busca propiciar elementos para avaliar as distintas chances que o sujeito tem de se contaminar, dado o conjunto formado por características individuais e sociais do seu cotidiano julgadas pertinentes para sua maior exposição ou menor chance de proteção (AYRES, 1997). Para esclarecermos melhor o que significa o termo vulnerabilidade, Guerra (2013) define o fenômeno como:

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

Tal como esclarece Guerra (2013), a vulnerabilidade é entendida como um conjunto de fragilidades sociais, englobando as socioeconômicas. Dentro dessa perspectiva, há que destacar que, ao longo da trajetória do HIV/Aids, a doença deixou de ser exclusivamente um problema de saúde, passando a se caracterizar também como uma questão de ordem socioeconômica.

Para Padoin (2006), a vulnerabilidade tem sua na área procedência dos Direitos Humanos, e tem relação com grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seu direito à cidadania. A vulnerabilidade social exibe um caráter multifacetado, incluindo diversas dimensões, a partir das quais se pode detectar situações de vulnerabilidade dos indivíduos, das famílias ou comunidades. Essas dimensões estão associadas tanto às características próprias dos indivíduos ou grupos quanto àquelas atinentes ao meio social no qual estão inseridos. O autor traz uma concepção individualizada sobre a temática vulnerabilidade, diferentemente do conceito apresentado por Guerra (2013) que traz uma concepção mais ampliada, focalizando uma junção de situações de precariedade, para além das precárias condições socioeconômicas (tais como indicadores de renda e escolaridade baixas). Dessa maneira, comungamos mais do conceito destacado por Guerra, visto que apresenta uma aproximação maior com o método que alicerça esta pesquisa.

No entender de Rocha (2011), o conceito de vulnerabilidade passa a ser aplicado para explicar as diversas dimensões da pandemia, e é utilizado para mostrar as desigualdades em que vivem as mulheres. Essas concepções possibilitam verificar a questão do HIV/Aids a partir de uma totalidade, de maneira integral, atendendo diferentes pontos da vida do sujeito, não apenas pela ótica biomédica.

Sobre esse prisma, Lima e Moreira (2008) apontam que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV é resultante de um assujeitamento feminino nas relações conjugais, ou seja, o “posicionamento socialmente instituído de submissão e obediência ao homem que é aspecto que propicia uma grande exposição das mulheres à Aids.”

Nessa direção, ao longo dos anos, a epidemia de HIV/Aids adotou uma tendência de feminização, que também passou a ser heterossexual e pauperizada. Verificou-se que as mulheres infectadas estavam em relações heterossexuais de parceiro fixo, e que vivem em contextos sociais em que muitos fatores intensificam suas vulnerabilidades às IST e ao HIV/Aids, destacando a violência com base em gênero, em que a mulher não possuía posse de seu corpo; a violência do racismo; a pobreza, a baixa escolaridade e a não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Dessa maneira, como já foi mencionado nesse estudo, as mulheres que estão se infectando são as mais pobres, menos escolarizadas, negras e pardas e com histórico de violências. De acordo com os dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, há diferença nos óbitos ocorridos de acordo com o quesito raça/cor e gênero, ou seja, mulheres negras sofrem maior impacto com a doença, tendo um índice maior de mortalidade.

Quando distribuídos proporcionalmente os óbitos notificados no ano de 2019 por raça/cor, observaram-se 61,7% de óbitos entre negros (47,2% pardos e 14,5% pretos), 37,7% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. A proporção de óbitos entre mulheres negras foi superior à observada em homens negros: 62,1% e 61,4%, respectivamente. Realizando-se uma comparação entre os anos de 2009 e 2019, verificou-se queda de 21,0% na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 19,3% na proporção de óbitos de pessoas negras (BRASIL, 2020 p. 28).

Na esteira dessa discussão, Soares (2017) aponta que a feminização da Aids expressa as contradições da inserção das mulheres nessa sociedade, principalmente se associamos à classe social e seus segmentos mais pauperizados. De acordo com estudos de Vieira (2018), essas mulheres que denotam uma taxa de crescimento de mortalidade são as que abandonam o tratamento, como também sinaliza que há um “caráter desigual o qual extrapola a questão socioeconômica, incidindo sobre as mulheres, ou seja, sobre as pessoas que sofrem preconceitos e discriminação, como também os negros” (VIEIRA, 2018, p. 82).

Diante do exposto, observamos as desigualdades postas às mulheres, sobretudo, as negras, resultando em menos acesso a emprego, educação, moradia e renda. Discutir sobre essas questões é fundamental para dar visibilidade à dificuldade dessas mulheres, no tange ao acesso aos serviços, aos direitos sociais, ao emprego e renda dignos para a sua manutenção e de sua família. Estudos indicam que há uma crescente feminização e pauperização da doença, traçada em uma opressão não apenas com base na classe e etnia, mas também atrelada à questão de gênero (PARKER; CAMARGO JR., 2000; BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018; FERNANDES, 2020).

Acerca da feminização da Aids, Machado e Figueiredo (2007) ressaltam que a HIV/AIDS é sustentada por dois processos, historicamente estabelecidos, e que requerem compreensão: 1) vulnerabilidade feminina: elementos que predispõem as vicissitudes da exclusão de gênero, fragilizando a mulher, tornando-a suscetível à violência e às moléstias, inclusive à infecção por HIV; 2) naturalização dos papéis de gênero: falsa concepção de uma realidade imutável, vista como determinada a priori visão contemplativa sobre as relações de

gênero, tornadas parte da natureza das coisas, com representações de razões necessárias, justificando o papel de subordinação da mulher.

Ao relacionarmos a infecção das mulheres pelo vírus HIV sob o prisma das relações de gênero, problematizamos de que forma o cotidiano dessas mulheres, fortemente induzido pela dominação de gênero, faz com que a mulher esteja mais vulnerável à doença. As relações de poder a que estão submetidas às mulheres e a própria significação social do papel que elas possuem na sociedade as tornam mais propícias a se contaminarem pelo HIV/Aids.

Um nítido exemplo da dominação de gênero, nesse contexto, é a escolha ou não do uso de preservativo durante a relação sexual, costumeiramente determinado pelo homem. Garcia e Souza (2010), em pesquisa comparativa realizada nos municípios de Recife e São Paulo, constata o baixo uso do preservativo, em ambas as cidades, por parte das mulheres entrevistadas. Grande parte das mulheres revelou que a negativa do parceiro foi uma das principais razões. Tal fato fortalece a assertiva de que as relações de gênero mascaram vigorosamente o fenômeno de feminização, visto que debilitam a independência da mulher em seus relacionamentos afetivo-sexuais.

De acordo com Santos e Iriart (2007), a dificuldade de negociar o uso da camisinha está vinculada ao imaginário do amor ideal, no qual a adoção total ao outro vai de encontro à desconfiança. Visto que as mulheres acreditam estar num relacionamento estável, pensam encontrar a segurança ideal para adiar o uso de preservativo. Ainda destacam-se que, ao determinar ou não uso da camisinha nas relações sexuais, o homem está exercendo um tipo de violência sobre as mulheres, que se caracteriza enquanto um aspecto de dominação presente nas relações interpessoais da cultura patriarcal.

Outro exemplo a ser ponderado, nesse contexto, o prazer sexual que ainda é algo priorizado, via de regra pelo homem numa relação sexual, e apesar da quebra de muitos tabus sexistas, este fato, aparentemente simples, tem um claro sentido de continuidade dos padrões patriarcais socialmente construídos.

Nesse contexto, convém ainda ressaltar que, nos serviços públicos de saúde, o diagnóstico e o tratamento das mulheres ocorrem em estágios mais avançados da doença, quando comparado à população masculina. As mulheres têm menor taxa de sobrevivência em relação aos homens, uma vez que, tendo que cuidar dos seus parceiros doentes, tem menos tempo para o tratamento, chegando mais debilitadas aos serviços especializados (TUNALA, 2002; REIS; SANTOS, 2004).

Dessa forma, o fenômeno de feminização da Aids também se dá pela falta de informação das mulheres em relação aos meios de prevenção do HIV, pelo parco recursos e

ações governamentais de combate à infecção. Assim como pela constante violação dos direitos sexuais das mulheres, afinal, frequentemente, elas são vítimas de violência sexual por seus parceiros, o que torna esse público ainda mais vulnerável ao HIV/Aids.

No próximo capítulo, analisaremos os dados identificados pela pesquisa desenvolvida, através de dados de dissertações e teses obtidos na capes e documentos oficiais do Ministério da Saúde acerca da soropositividade em mulheres, bem como o perfil de mulheres soropositivas no município de Itabaiana/SE.

4 CAPÍTULO III - PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

O objetivo deste capítulo está em mostrar e refletir os resultados acerca do mapeamento e análise de outras pesquisas que trazem como objeto a feminização do HIV/Aids atrelada às relações de gênero. Nesta direção, pode-se constatar que essa temática não vem sendo apontada com frequência nos estudos, principalmente na área do serviço social. Por último, apresenta o perfil socioeconômico das mulheres soropositivas atendidas na atenção do município de Itabaiana, Sergipe. Conforme as fontes indicadas:

a – Banco de Teses e dissertações dos programas de pós-graduação em Serviço Social de 2014-2020: para mapear o conhecimento produzido sobre o objeto da pesquisa, disponíveis no portal da Capes, foram utilizadas palavras-chaves na busca dos documentos, para sistematização dos resultados em tabelas e quadros com informações sobre: ano da defesa, programas, temas abordados no título, conceitos principais entre outros aspectos. Para análises dos trabalhos referidos, evidenciamos as principais categorias vinculadas e este estudo, tais como: Aids, feminização, gênero, sexualidade e assistência a soropositivas.

b – Dados disponibilizados pelo MS que foram extraídos de prontuários relativos à Secretaria da Saúde do município de Itabaiana/SE, no período de 2014 a 2022: o período especificado demarcou o início das publicações emitidas pelo Ministério da Saúde, descentralizando o atendimento integral também na atenção básica às pessoas com HIV/Aids.

Nesse sentido, com a finalidade de caracterizar a produção científica em tona da temática Aids, mulher e gênero, efetuamos uma busca na base de dados da Capes. Para o levantamento de dados sobre a temática, utilizamos o “estado do conhecimento” ou “estado da arte”, que se caracteriza como uma produção de conhecimento, sobre aquilo que foi produzido em diferentes área do saber, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo evidenciada e privilegiadas em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de Mestrado, teses de Doutorado, publicações em periódicos **acerca do tema/objeto da pesquisa.**

Cabe, então, pontuar algumas características do estado da arte que devem ser observadas ao se desenvolver uma pesquisa com esse método, uma delas é o tempo e o espaço em que os estudos analisados foram desenvolvidos. O recorte temporal e espacial nesse método é necessário porque as análises feitas referem-se a concepções e práticas presentes em determinados contextos sociais, políticos, econômicos, culturais, entre outros. Outra característica é o recorte temático, pois serve para definir e delimitar o que se busca mapear,

possibilitando aos/às pesquisadores/as ou fazerem análises aprofundadas, ou realizarem um panorama amplo sobre determinados temas.

Dito isso, nossa proposição com esse trabalho de mestrado é elaborar conhecimento de forma rápida, clara e rigorosa, a respeito do que vem sendo produzido sobre a *feminização do HIV/Aids* em interface com gênero, por conseguinte, alcançarmos maior aproximação com o objeto de nossa investigação por meio da revisão da literatura, realizamos um levantamento dos temas abordados em pesquisas já publicadas.

Dessa forma, para a construção do estado da arte no Brasil, nos referenciamos inicialmente a partir das produções que constam no banco de teses e dissertações da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes), por meio de busca on-line no portal disponível. Como o portal dispõe de uma ferramenta para busca básica em que devemos utilizar um termo para buscar os documentos, fizemos o levantamento usando os termos “HIV/Aids, Mulheres e Gênero”, usando os filtros (área de conhecimento, área de avaliação e grande área de conhecimento) com o recorte temporal de 2014-2020 e localizamos 24 registros (de tese e dissertação), mas nenhuma no âmbito de serviço social. Assim, realizamos a segunda busca utilizando os descritores “*feminização e HIV/Aids*” e encontramos 29 produções em outras áreas do conhecimento, diferente do Serviço Social, ou seja, também não localizamos nenhuma produção no campo do conhecimento mencionado. Nesse sentido, optamos por utilizar apenas o termo “HIV/AIDS” e encontramos os resultados apresentados na tabela abaixo:

4.1 PRODUÇÃO DO CATÁLOGO DE TESES E DISSERTAÇÕES DA CAPES

Quadro 6: Pesquisa na base de dados Capes

Palavra-chave	Recorte temporal	Resultado geral	Área de conhecimento	Área de avaliação	Grande área de conhecimento	Mulher	Homem	Gênero
HIV-Aids	2014-2020	4.129	Serviço Social 29	Serviço Social	Serviço Social	9	1	4

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pela Capes.

A partir dos achados para uma melhor sistematização dos dados, faremos uma breve explanação das produções que constituem no Banco de teses e dissertações da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior como anunciado anteriormente. Esse levantamento foi realizado entre março e abril de 2021 com as palavras-chave “HIV/AIDS”.

Nesse sentido, com a finalidade de identificarmos as produções, esquematizamos por eixos de categorização pelo ano de publicação, autores, tipo de trabalho (Mestrado ou Doutorado), programa, tema do título e palavras-chave.

Para um melhor entendimento, organizamos **os 29** trabalhos encontrados em **2 quadros. O primeiro é resultado** do levantamento de temas sobre “HIV/Aids e outros assuntos correlatos”. Nessa direção, foram identificadas **20 produções** que fizemos dos títulos das produções e categorizamos em eixos temáticos, enquanto estado da arte, mas sem explicitar os objetivos e os resultados dos trabalhos desenvolvidos, realizando apenas um mapeamento. Já no segundo, priorizamos as temáticas “HIV/Aids e Mulheres”. No total de **nove trabalhos**, o critério utilizado deu-se em razão de estar mais próximo do objeto de estudo.

Cabe ressaltar que, além do mapeamento dos dados que serão evidenciados no **Quadro 1**, exibiremos também as discussões mais relevantes trazidas nos trabalhos desenvolvidos que serão examinadas no corpo do texto. Apresentaremos a seguir as informações elencadas no **Quadro 1**.

Quadro 7 - Mapeamento de temas sobre “HIV/Aids e outros assuntos correlatos” no âmbito do serviço social entre 2014 e 2020.

Ano	Instituição	Autores	Tipo	Programa	Tema do título
2014	PUCG	INCARNACAO, Luzinete Rezende da	Mestrado	Serviço Social	O trabalho dos profissionais de enfermagem: análise dos acidentes de trabalho com material biológico – Goiás 2008-2012
2014	UFMG	FREIRE, Suzi Mayara da Costa	Mestrado	Política Social	O movimento LGBT em Mato Grosso: trajetória, agenda e estratégias na luta por direitos
2014	UFP	SANTOS, Giselli Caetano dos	Doutorado	Serviço Social	A dimensão social da Aids: avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco
2014	UFP	SANTOS, Luciene Maria Silva dos	Mestrado	Serviço Social	“Nas fronteiras do desenvolvimento”: os desafios à política pública de saúde no enfrentamento ao HIV/AIDS ante um território em transformação'

2015	FUFP	CASTRO, Susane de Fatima Ferreira de.	Doutorado	Políticas Públicas	Cartografando os cenários da aids nas velhices: as políticas públicas entre o escrito e o vivido no município de Teresina (PI)
2015	FUFP	OLIVEIRA, Maria Helena Almeida de	Doutorado	Políticas Públicas	Aids, Comunicação e Juventudes: conectividades nos tempos do ficar. Estudo realizado com universitários de Teresina (PI) sobre as interações dos jovens com a aids comunicada pelas políticas públicas brasileiras em tempos de mediação
2016	UFP	OLIVEIRA, Jamile Silva de	Mestrado	Serviço Social	Análise dos determinantes sociais da saúde junto aos portadores do HIV/AIDS: estudo sobre as condições de habitação social
2016	UFV	SILVA, Aline Oliveira	Mestrado	Economia Doméstica	As representações da Aids para a terceira idade, sob uma perspectiva de gênero: significados e repercussões nos domínios da vida do idoso e funcionamento familiar
2016	PUCSP	OLIVEIRA, Keila Costa de	Mestrado	Serviço Social	Saúde e educação: intersetorialidade e programática no contexto da prevenção das DST/AIDS, em Guarulhos (SP, Brasil)
2016	UFJF	ARANTES, Raissa Cristina	Mestrado	Serviço Social	Estado e luta de classes: contribuições e limites de Poulantzas para o estudo do movimento dos trabalhadores
2017	UFP	CASTRO, Mayara Gouveia de	Mestrado	Serviço Social	Política anti-HIV, novas diretrizes e SUS
2018	UFP	JUNIOR, Paulo Fernando Mafra de Souza	Doutorado	Serviço Social	Estratégias decoloniais dos direitos à saúde sexual e reprodutiva das pessoas trans afroindígenas: Análises críticas às políticas do corpo a partir do site da Associação LAMBDA/Moçambique

2018	UFRGN	ALVES, Erika Karla Da Silva Vieira	Mestrado	Serviço Social	Relações patriarcais de gênero e seus impactos na saúde de homens ante a epidemia de HIV/AIDS no Rio Grande do Norte: o caso do Hospital Dra. Giselda Trigueiro
2018	UEP	CLEMENTINO, Milca Oliveira	Mestrado	Serviço Social	O trabalho profissional do/a assistente social: as demandas, as respostas e a potencialidade da relativa autonomia nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB
2018	UFRJ	CARLOS, Ana Ester Machado	Mestrado	Serviço Social	Doação de sangue: desafios para o serviço social na promoção à doação de sangue
2019	UFP	SILVA, Henrique Da Costa	Mestrado	Serviço Social	“CATA O RECADO, MONA”: Condicionantes políticos, econômicos e culturais no Processo Transexualizador no SUS – A experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco'
2020	UFV	SILVA, Aline Oliveira.	Doutorado	Economia Doméstica	HIV/AIDS na velhice: um olhar sobre a construção e alcance das políticas públicas
2020	UFRJ	BRAZ, Viviane Alline Gregorio Azevedo	Doutorado	Serviço Social	Epidemia de HIV no Brasil: tendências atuais sob o capitalismo contemporâneo
2020	PUCSP	COLLIER, Tamara Neder	Mestrado	Serviço Social	Pedra, Papel e Tesoura: Direitos Humanos, Redução de Danos Política Pública na Cracolândia de São Paulo
2020	UFA	SOARES, Valeria Barbosa	Mestrado	Serviço Social	Saúde pra quem? A luta dos movimentos sociais da população LGBTI+ pela efetivação de uma política pública de saúde em Manaus

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pela CAPES.

Quadro 8 Mapeamento e análise de temas sobre HIV/AIDS e Mulheres produções publicadas no âmbito do Serviço Social entre 2014-2020.

Ano	Instituição	Autores	Tipo	Programa	Tema do título
2015	UFP	FREITAS, Nadja Miranda de	Mestrado	Políticas Públicas	Vivências de mulheres com HIV/AIDS em suas escolhas reprodutivas Teresina 2015
2015	UEP	SILVA, Karolayne Germana Leal e	Mestrado	Serviço Social	Visitando os discursos de mulheres velhas soropositivas sobre gênero, sexualidade e HIV-AIDS
2016	FUFP	OLIVEIRA, Adelia Dalva da Silva	Doutorado	Políticas Públicas	Conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a transmissão e a prevenção do HIV/AIDS Teresina - PI 2016
2016	UFP	SILVA, Taciana Maria da	Mestrado	Serviço Social	Direitos reprodutivos e direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência de Recife/PE
2018	UERJ	PESSOA, Daniele Raimundo neves	Mestrado	Serviço Social	Mulheres, Jovens, Negras e Positivas para o HIV... Quem elas são? Perspectivas interseccionais na trajetória de mulheres grávidas com HIV em acompanhamento de saúde no núcleo perinatal do HUPE/UERJ
2020	UFRJ	MUNIZ, Renata Goncalves	Mestrado	Serviço Social	Efeitos do processo de territorialização na oferta de tratamento para puérperas com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro
2020	UFP	FERNANDES, Renata Alves Cesar	Mestrado	Serviço Social	Mulheres vivendo com HIV/AIDS: processos de (auto) cuidado, violências e sorofobia. percursos na política de saúde
2020	PUCG	SILVA, Silvania Martins da	Mestrado	Serviço Social	As condições de trabalho e estratégias de sobrevivência das mulheres com HIV/AIDS atendidas no hospital universitário de Brasília até 2017
2020	UFA	CAMPOS, Silviane Freitas	Mestrado	Serviço Social	Abrem-se as cortinas: o revelar das estratégias de saúde para o enfrentamento

					da transmissão vertical do HIV em Manaus
--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pela CAPES.

4.2 MAPEAMENTO E ANÁLISE DE OUTRAS PESQUISAS QUE TRAZEM COMO OBJETO A FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS ATRELADA ÀS RELAÇÕES DE GÊNERO NA CAPES.

Como já foi sinalizado, para as análises das produções elencadas, filtramos apenas os trabalhos que tiveram na temática as palavras “HIV/Aids e mulheres”, totalizando 9 trabalhos. Nessa direção, apresentaremos aqui as discussões mais importantes trazidas pelos seguintes autores: Silva (2015), Freitas (2015), Oliveira (2016), Silva (2016) Pessoa (2018), Fernandes (2020), Silva (2020), Campos (2020) e Muniz (2020) distribuídos em 6 Mestrados e 3 Doutorados, sendo 8 atrelados ao programa de Serviço Social, 1 à Política Pública e 1 à Economia Doméstica.

Dito isso, o trabalho de Silva (2015), parte das tramas socioculturais, problematizando os saberes de mulheres idosas que vivem com HIV/Aids, no que tange a gênero, sexualidade e HIV/Aids. A pesquisa foi realizada com um grupo de 7 mulheres idosas que convivem com HIV/Aids no município de Campina Grande – PB. De acordo com a autora, a concepção de gênero encontra-se pautada na lógica normativa falocêntrica que estabelece uma linearidade entre sexo/gênero e sexualidade. As anunciações sobre gênero apresentadas trazem à tona a forças das tramas socioculturais que buscam definir comportamento a partir das marcas que o corpo possui, aqui leia-se “órgão sexuais”. Acerca do discurso sobre sexualidade, quase a unanimidade das mulheres entrevistadas relataram nunca ter informações precisas do que é o sexo antes da primeira relação sexual.

Assim, podemos observar no estudo da autora que os condicionantes de gênero, sexualidade e HIV/Aids podem ter vulnerabilizado essas mulheres velhas no diz respeito ao HIV/Aids e que as relações de poder permeiam que “os discursos acerca da sexualidade inviabilizam não só as mulheres aprenderem algo sobre o sexo, mas também, as protejam em relações afetivas /sexuais que possuem capacidades de impedir que ela decida sobre a pratica ou não do “sexo seguro” (SILVA, 2015, p.140).

Identificamos também na pesquisa de Oliveira (2016), considerações a respeito da sexualidade das mulheres com HIV/Aids, mas particularizando a transmissão e prevenção do HIV/Aids entre as mulheres que fazem sexo com mulheres. O estudo da autora teve como pressuposto avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas às formas de

prevenção e transmissão do HIV/Aids entre as mulheres que fazem sexo com mulheres residentes no município de Teresina/PI, fazendo parte da amostra 91 mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos. Segundo o levantamento realizado, a maioria das mulheres entrevistadas demonstrou conhecimento acerca da prevenção e transmissão do HIV/Aids; contudo, esse conhecimento não garante o uso do preservativo em suas relações sexuais. Como pode ser visto abaixo:

Dentre as entrevistadas, 62 (68%) apresentaram conhecimento regular sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids, 22 (24%) demonstraram pouco conhecimento, e 7 (8%), não souberam ou não quiseram responder. E no que se refere à atitude, a maioria da população investigada demonstrou ter atitude positiva relacionada à prevenção e transmissão do HIV/Aids, 57 (63%), sendo que uma parcela considerável – 27 (30%) – demonstrou atitude negativa, e o restante, 7 (7%) não souberam ou não quiseram responder (OLIVEIRA, 2016, p. 99)

Outra questão levantada pela autora na pesquisa é que a maioria da amostra investigada era de mulheres católicas e houve associação entre o conhecimento, as atitudes e as práticas dessas mulheres acerca da prevenção da transmissão do HIV/Aids e a religião. Esse dado pode ter relação com a tradição histórica da igreja católica em exibir uma visão limitada para a prática da sexualidade na era do HIV/Aids. “Neste sentido, como a sexualidade situa-se num corpo construído por uma cultura – por crenças, valores e subjetividades –, então a religião, como foi demonstrado nessa pesquisa, tem influência na forma de ser, pensar e agir das mulheres entrevistadas.” (OLIVEIRA, 2016, p.101)

Ainda sobre a sexualidade, podemos pensá-la como algo ligado às construções sociais e, por conseguinte, não desvinculada da religião, que se mantém com um papel regulador da moral nas sociedades. “A ciência e a religião são onipresentes na sociedade humana, elas permeiam a existência humana e se interpenetram (PETERS; BENNETT, 2003, p. 31).

Silva (2016) também traz em sua pesquisa algumas reflexões sobre sexualidade, mas com ações direcionadas aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, no âmbito do serviço de saúde de referência. Seu estudo objetivou analisar a lógica das estratégias, seu significado e práticas em saúde relacionadas ao acesso de mulheres soropositivas aos direitos reprodutivos e direitos sexuais. Esta pesquisa foi realizada nas mulheres com HIV/Aids atendidas em um serviço de referência de Recife/PE, como também nos profissionais de saúde que atuam nesse serviço, meio de grupo focal e entrevista semiestruturada respectivamente.

Neste estudo, a autora identificou que há um desconhecimento por parte da maioria dos profissionais do serviço de referência em relação aos direitos reprodutivos e sexuais, falta de articulação e planejamento sobre esses direitos, e que atuação sobre essa temática é

caracterizada por práticas individualizadas, embora ocorra a preocupação em orientar as mulheres sobre métodos contraceptivos e de reprodução (SILVA, 2016)

Frente a esse dado, também examinou na pesquisa o desconhecimento das mulheres acerca dos direitos reprodutivos e direitos sexuais, refletidos em práticas inseguras de prevenção e dificuldade em negociar o uso de preservativo com seus parceiros. Nesse sentido, ignorar os “direitos reprodutivos e direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids não faz com que eles desapareçam, pelo contrário, não possibilita a sua reflexão, desfavorecendo o debate sobre o assunto e dificultando o poder de negociação das mulheres no uso de preservativo.” (SILVA, 2016, p.10)

A autora ainda salienta, a relevância de realizar mais estudos referentes às questões, de gênero, sexualidade e reprodução de mulheres que vivem com HIV/Aids, com a finalidade de compreender melhor a intensidade dos impasses enfrentados nessas áreas, “[...] Pois assim será possível trabalhar melhor o não uso do preservativo, mesmo sabendo da necessidade, e a transmissão para o parceiro, para que as mulheres possam reelaborar suas experiências de autocuidado e prevenção” (SILVA, 2016, p.125)

Nessa linha de reflexão, a pesquisa de Freitas (2015) traz esse debate em torno das políticas de prevenção da infecção e sobre as questões reprodutivas para mulheres que vivem com HIV/Aids. O trabalho objetivou analisar as vivências dessas mulheres com relação às suas escolhas reprodutivas e descrever o impacto do diagnóstico de soropositividade nas decisões reprodutiva. O estudo foi executado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de referência em Teresina/ PI, onde foram entrevistadas dez mulheres. A autora mostra como resultados da pesquisa que o diagnóstico de HIV influencia nas decisões reprodutivas das mulheres, portanto, os serviços devem estar preparados para lidar com as escolhas reprodutivas de pessoas com HIV, precipuamente as mulheres, devido ao risco de contaminar as crianças. A taxa de transmissão materno-infantil por HIV vem caindo, contudo é necessária atenção ao acompanhamento reprodutivo de mulheres que já tem o vírus. (FREITAS, 2015).

Outro dado sublinhado no estudo é que, apesar de a política pública vigente acerca dos direitos sexuais e reprodutivos contemplar as pessoas que convivem com HIV/Aids, a vulnerabilidade e o preconceito “dessas requer que sejam formuladas políticas afirmativas desses direitos, investindo em educação profissional e estruturação dos serviços de planejamento familiar existentes, para que deixem de trabalhar apenas sob a ótica da contracepção e controle epidemiológico da epidemia” (FREITAS, 2015, p.93)

Com relação à transmissão vertical do HIV/Aids e à política de atendimento, Campos (2020) apresenta os resultados de sua pesquisa realizada na rede de saúde de Manaus/AM, onde

foram entrevistadas 7 gestantes e 8 profissionais de saúde. A autora analisou as estratégias implementadas na rede de atenção de saúde municipal como resposta à transmissão vertical do HIV no Distrito de Saúde Sul em Manaus. Em seu trabalho, a autora conclui que a vinculação à maternidade, bem como a busca ativa, são ações enfraquecidas e não delineadas. Pontos como a responsabilidade na indicação de via de parto, orientação acerca da não amamentação e a disponibilização da fórmula láctea não estão bem estabelecidos, embora tenha nos protocolos e legislações essas orientações.

Em suma, identificou a necessidade da qualificação do recurso humano, pois os obstáculos identificados, no tocante à materialização das estratégias de enfrentamento à transmissão vertical, “exigem o uso das tecnologias leves e leve duras. Fomentar momentos de trocas de experiências e construções profissionais coletivas é uma possibilidade frente aos problemas identificados” (CAMPOS, 2020, p.126).

Essa discussão tem articulação com a pesquisa de Muniz (2020) que objetiva compreender os efeitos do processo de territorialização na oferta de tratamento para puérperas vivendo com HIV na cidade do Rio de Janeiro, no que tange ao estigma. O reordenamento do modelo de atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV fez emergir novos desafios ao cuidado desta população. Os dados foram obtidos no Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), por meio de relatos de experiência e demandas profissionais do serviço social.

Com o estudo, a autora detectou um forte estigma, amparado por julgamentos moralizantes e condenatórios. O diagnóstico de HIV ou Aids carrega signos que não se identificam com outras patologias crônicas, levando parte da população vivendo com HIV/Aids a não recorrer à unidade da atenção básica de saúde de referência, seja buscando atendimento em outras unidades ou mesmo abandonando seu tratamento de saúde pelo temor em ter exposto seu status sorológico em sua comunidade (MUNIZ, 2020).

Evidenciou também dificuldades para inserção em serviços fora da área adstrita da unidade de saúde de referência domiciliar. Nesse sentido, percebeu uma “expressiva parcela de puérperas em situação de falha terapêutica e abandono de tratamento de saúde e pouca articulação entre os serviços do HFSE e da Estratégia de Saúde da Família que compõem a rede de assistência em saúde para estas mulheres” (MUNIZ, 2020, p.10).

Dentro dessa lógica, tivemos também o estudo de Pessoa (2018), que objetivou identificar os determinantes sociais na interseccionalidade de gênero, sexualidade, classe social, raça, sexualidade, dentre outros que interferem no processo saúde/doença de mulheres gestantes/puérperas com HIV. A pesquisa foi realizada em mulheres com diagnóstico de

sorologia positiva para o HIV atendidas no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto/Hupe.

Como resultado do estudo, a autora apontou que a realidade social vivenciada pelas participantes da pesquisa é sublinhada pela naturalização das desigualdades econômicas, raciais e de gênero/sexualidade, fazendo com que elas, ainda que lutem cotidianamente resistindo a todos esses traspassamentos por vezes não conseguem fazer uma leitura de toda conjuntura de suas vidas (PESSOA, 2018).

A pesquisa examinou também que, apesar de todas as mulheres que compuseram o estudo tenham sido diagnosticadas durante o período gravídico puerperal, “é neste momento que os serviços de saúde compõem suas histórias, confirmando a hipótese de que o acesso delas aos cuidados de saúde está pautado por este período. Nesse contexto, aponta a necessidade de que se caminhe na garantia da atenção à saúde integral da mulher” (PESSOA, 2018, p.10).

Dito isso, Silva (2020) se propõe a investigar em sua pesquisa as condições de vida e as estratégias de sobrevivência de mulheres com HIV/Aids, na faixa etária de 20 a 60 anos, que fazem tratamento e acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília. O objetivo da autora foi apreender as principais expressões da questão social relacionadas às condições de vida (preconceito, discriminação, desemprego, seguro social).

É importante ressaltar que as desigualdades e os processos sociais excludentes vinculam-se ao temário geral do conceito de exclusão social. Spozati (1999) sinaliza que o reforço à exclusão social, enquanto conceito, aparece ao mesmo tempo em que a sociedade se torna recessiva econômica e socialmente, a partir da regulação neoliberal que é mundializada a partir da segunda metade da década de 1970. Compreende-se, como consequência, a dialética da inclusão/exclusão, a desigualdade de classe que tem como gênese a disparidade de renda, a falta de acesso a serviços sociais básicos, ao mercado de trabalho, cada vez mais seletivo e restrito. Tais aspectos, conseqüentemente, têm causado a culpabilização individual daqueles(as) que são excluídos(as), com base na afirmação de que as desigualdades e os processos sociais excludentes vinculam-se ao temário geral do conceito de exclusão social.

Através da análise dos resultados, Silva (2020) elucidou que o preconceito, a discriminação e as desigualdades ainda se encontram bastante arraigados em nossa sociedade. Evidenciou também o quanto mulheres com HIV/Aids se mostram vulneráveis na área laboral e do seguro social, expostas a trabalhos precarizados para a manutenção da vida e, em sua grande parte, sem cobertura previdenciária. Um contexto que “remete à urgente necessidade de ampliação de mais políticas públicas integradas com a política de saúde, de forma a promover melhoria efetiva e significativa na qualidade de vida dessas mulheres” (SILVA, 2020, p.07).

Outro levantamento de dado trazido pela autora foram as dificuldades das mulheres soropositivas para inserção ao mercado de forma expressiva relacionada à questão de gênero. “Elas expuseram que o simples fato de ser mulher já as exclui de oportunidades, uma vez que empresas reagem equivocadamente sobre o direito de afastamento, como licença maternidade e licença para acompanhar filhos menores nos cuidados médicos” (SILVA, 2020, p.80).

O último estudo que propomos examinar relacionado com o nosso objeto de estudo é da Fernandes (2020). Sua pesquisa teve como objetivo analisar a exploração e a apropriação do tempo das mulheres que vivem com HIV/Aids no trabalho de cuidado, assim como entender a utilização do trabalho feminino na família e o impacto nas condições de vida dessas mulheres. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) de Pernambuco (UFPE).

A partir desse estudo, Fernandes (2020) apontou que o tempo de vida das mulheres e o trabalho doméstico e de cuidado é apropriado de forma significativa pelas famílias, Estado e capital, assim como há constantemente o fortalecimento ideológico e material da divisão social, sexual e racial do trabalho como processo natural, em tempos de recrudescimento do conservadorismo. As mulheres soropositivas também sofrem com esses impactos e suas vidas são constantemente permeadas pela violência e discriminação, que rebatem “diretamente na continuidade ao tratamento das mulheres entrevistadas, podendo indicar novamente, como uma das causas do abandono e falta de vinculação aos serviços de saúde” (FERNANDES, 2020, p.165)

Outro dado, apresentado pela autora na pesquisa, é sobre a necessidade de novos estudos acerca do atendimento integral às mulheres que vivem com HIV/Aids, considerando não apenas a Política de Saúde, mas as outras políticas que compõem a Seguridade Social. Por fim, destaca também que sejam aprofundadas pesquisas posteriores, sobre o racismo estrutural e sua relação com a violência estrutural e estruturante da sociedade, por meio da imbricação de gênero e classe, que afeta diretamente as pessoas que vivem com o HIV/Aids (FERNANDES, 2020). Assim, a partir das análises feitas, percebemos que a temática feminização do HIV/Aids atrelada às relações de gênero não vêm sendo apontado com frequência nos estudos no âmbito do Serviço Social. Entretanto, os trabalhos discutidos têm estreita relação com o projeto em tela, principalmente aqueles que evidenciam a interface do HIV/Aids, sexualidade, gênero e assistência às mulheres soropositivas.

4.3 PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS NAS PESQUISAS DA CAPES

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declara Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional, devido à disseminação de Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus, caracterizada como uma pandemia. Durante a pandemia, principalmente no primeiro ano, várias reflexões têm sido apresentadas pela comunidade científica, em diversos campos do saber, sobre os impactos até agora provocados na academia e as consequências que ainda podem surgir.

No decorrer da pandemia de Covid-19, a comunicação remota tem sido essencial para driblar as inconveniências do distanciamento social e, em diversos casos, se tornou condição indispensável para dar prosseguimento às atividades da vida social. Na pesquisa acadêmica, não foi diferente, as redes sociais e plataformas digitais têm garantido a comunicação entre os variados atores envolvidos no processo de produção do conhecimento.

Nota-se o impacto da pandemia de Covid-19 na execução da pesquisa acadêmica na dificuldade de acesso aos trabalhos de campo e/ou no andamento das pesquisas como um todo. Entretanto, como forma de driblar os empecilhos provocados por esse grande imprevisto de dimensão global, muitos pesquisadores fizeram adaptações para dar conta dos prazos a cumprir. A pesquisa empírica/campo foi a mais afetada, em razão do distanciamento social. De acordo com Cruz (1997), o trabalho de campo concretiza o encontro do pesquisador com os sujeitos da pesquisa, possibilitando não somente a coleta de dados primários, mas também a apreensão de aspectos do objeto dificilmente vislumbrados apenas por meio das leituras e reflexões.

Nessa esteira de discussão, cabe pontuar que, dos 29 trabalhos registrados na Capes no âmbito do Serviço Social de 2014-2020, oito deles foram publicados no ano de 2020 (primeiro ano da pandemia da Covid-9). Da amostra apresentada do quantitativo de 8 trabalhos, apenas 3 utilizaram a pesquisa de campo/empírica como parte da metodologia, sendo que estes traziam na temática HIV/Aids e mulheres.

Dessa forma, fica evidente as implicações da pandemia da Covid-19 nas produções da Capes como todo, visto que a sociedade teve que fazer readaptações “no cotidiano da vida para driblar o vírus em vigência. Tais implicações foram mais severas nas pesquisas que traziam como objeto os grupos vulneráveis, a saber: Idosos, crianças, mulheres com HIV/Aids. Além disso, a pandemia impactou a estrutura de cuidado e prevenção que sustenta a resposta ao HIV/Aids, Como, por exemplo, as testagens e a continuidade dos tratamentos.

Nessa direção, de acordo com o Ministério da Saúde, um levantamento acerca do impacto da epidemia de Covid-19 nos serviços especializados de HIV/Aids e Tuberculose foi

realizado pela Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (ART TB Brasil), pelo Comitê Comunitário de Acompanhamento de Pesquisas em Tuberculose no Brasil (CCAP TB Brasil), do segmento da Sociedade Civil (SC) da Parceria Brasileira TB (Stop TB Brasil) e da Articulação Nacional de Luta contra a Aids (An aids). Os dados apontaram que 56% dos gestores e 57% dos profissionais de saúde afirmam que não mantiveram a rotina de consultas, enquanto 64% dos usuários afirmam que a rotina de consultas não está mantida e 60% informa que já teve algum cancelamento ou dificuldade em agendamento das consultas regulares (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, mesmo com toda a sinalização sobre as formas de distanciamento social para evitar o vírus da Covid-19, é necessário criar estratégias para combater o vírus da Aids nessa conjuntura de pandemias. As PVHIV precisam de acompanhamento de saúde regular para, por exemplo, realizar o monitoramento semestral de CD4 e Carga Viral, buscar medicações destinadas ao tratamento, além de tratar doenças oportunistas, comumente presente junto às PVHIV. Assim, o tratamento correto do HIV e até mesmo de outras doenças atreladas a ele pode, por vezes, vir a ser interrompido ou prejudicado diante de tal medida preventiva (CHENNEVILLE, *et al*, 2020).

Diante disso, desafios enormes permeiam a manutenção dos cuidados e assistência geral às PVHIV. Esses vão desde o acesso aos testes, atraso para iniciar o tratamento e bloqueios de cidades que retardam a continuação e alocação de recursos para as pessoas. Portanto, precisamos fortalecer as reivindicações na garantia de políticas de Aids no Brasil, que já foi referência mundial, e hoje vem sofrendo retrocessos e ataques todos os dias por inúmeros fatores, dentre eles, a conjuntura da Covid-19. Cabe frisar que não estamos indo de encontro às medidas de distanciamento social essenciais ao combate da covid-19, mas enfatizando a necessidade de criar estratégias para o atendimento integral às pessoas com HIV/Aids.

Dito isso, um fator relevante que também contribui no processo de criação de estratégias para o enfrentamento do HIV/Aids é a pesquisa científica, que no decorrer da covid 19 vem sendo impactada por diversos aspectos, seja pela redução de financiamento ou mesmo pelas implicações causadas nos pesquisadores, em razão do contexto pandêmico. É fato que a covid-19 trouxe impactos na vida de todos/as, contudo, as implicações da pandemia são mais severas na vida das mulheres, tendo em vista que a restrição imposta pela doença alterou, sobremaneira, a rotina delas, provocando uma sobrecarga de trabalho doméstico, maior exposição à violência e vulnerabilidade econômica, reforçando ainda mais a desigualdade de gênero.

Somado a toda a desigualdade em que as mulheres se encontram, no contexto da epidemia do coronavírus, as mulheres que vivem com HIV/Aids têm ainda dificuldades acrescidas em diversos aspectos, ora em questões específicas dos medicamentos e acesso aos serviços, ora por fatores que vão além do agente viral, como os socioeconômicos.

As mulheres realizam a maior parte do trabalho doméstico, mesmo quando trabalham fora. Essas responsabilidades, não remuneradas, recaem especialmente sobre o público feminino. Além disso, são elas que inúmeras vezes planejam e gerenciam todo o cotidiano da casa, cuidar dos filhos, compras, e outros. Para as soropositivas, além dessa realidade, existe a rotina do tratamento, não tão simples, pois exige disciplina, organização e tempo, o que impacta, ainda mais, na carga mental e emocional e, muitas vezes, invisíveis aos familiares, amigos e profissionais de saúde. As questões apresentadas ainda são somadas aos aspectos emocionais, como o medo, a incerteza, o constrangimento por depender do apoio de parentes, vizinhos ou amigos, têm contribuído para uma alta prevalência de depressão, transtornos de ansiedade, transtornos do sono, síndrome do pânico. Essas comorbidades, somadas ao isolamento, têm agravado ainda mais a saúde psicossocial dessas mulheres.

Dentro desse contexto, não poderíamos deixar de mencionar a população, precipuamente das ribeirinhas, caracterizadas por pequenas embarcações onde a viagem pelas águas pode durar dias e as restrições mais severas implicam no acesso aos serviços de socorro, medicamentos como o antirretrovirais, e abastecimento de alimentos para essas comunidades. Nessa direção, é sabido que um vírus não vê gênero, muito menos raça/cor de quem está pela frente, mas existem questões que atingem, extremamente a mulher, pobre, preta e soropositivas. A desigualdade e os fatores de raça/cor é um determinante que favorece a retirada da garantia de direitos e de cidadania das mulheres negras resultando, comumente em práticas racistas e excludentes.

Diante do exposto, consideramos de extrema relevância que seja incorporado às respostas dadas à crise da covid-19, uma perspectiva sobre os impactos dela na vida das mulheres que vivem com a soropositividade. Ainda, que o Estado ofereça possibilidade um pouco melhor, de sobrevivência para as mulheres, entendendo que a vulnerabilidade é mais crescente nesse público, e insira no Programa de Renda Emergencial às famílias de mulheres que vivem com o vírus da Aids é, também, necessário investir em políticas públicas que viabilizem a continuidade dos serviços essenciais para proteção à vida das mulheres, especialmente nos casos de violência contra as mulheres em período de reclusão, bem como fomento no financiamento das pesquisas científicas em prol desse grupo vulnerável. No tópico a seguir, exibiremos o perfil das mulheres soropositivas no município de Itabaiana/SE.

4.4 PERFIL SOCIAL DAS MULHERES COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ITABAIANA /SE

A fim de cumprir os objetivos propostos pela pesquisa a que se refere este trabalho, através de um roteiro elaborado pela pesquisadora sobre os dados relacionadas à soropositividade e os aspectos socioeconômicos de mulheres com HIV/Aids. Os dados disponibilizados pelo do MS foram extraídos de prontuários relativos à Secretaria da Saúde do município de Itabaiana/SE. A amostra dos dados por meio da pesquisa documental representa um quantitativo de 29 mulheres soropositivas no período de 2014 a 2020. No que tange às mulheres trans, não encontramos dados específicos referentes a esse público. Assim, fica evidenciado que, possivelmente, o Ministério da Saúde considerou-as no grupo “mulheres”. Dito isso, esse tópico objetiva analisar e discutir os dados obtidos ao longo do processo investigatório.

No interior das questões em análise, um primeiro bloco diz respeito ao número de pessoas com Aids no município de Itabaiana no marco temporal mencionado. Dentro dessa perspectiva, os dados revelaram que, entre os (as) soropositivos (as), 59% formados por homens e 41% por mulheres, desse quantitativo de mulheres. Fica demonstrado, portanto, que a maioria das pessoas com HIV/Aids em Itabaiana é formada por homens, seguindo tendência Nacional, apesar de observarmos um percentual maior de mulheres com doença no município se compararmos ao dado estadual e nacional, conforme a tabela abaixo:

Quadro 9: Casos de Aids notificados pelo MS, declarados entre o período de 2014-2020

População nacional		%	Sergipana	%	Itabaianense	%
Homens	184.086	69%	1823	70%	42	59%
Mulheres	83.360	31%	792	30%	29	41%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pelo MS.

No quadro 9, assinalamos que um dos motivos para o crescimento da Aids em mulheres no município está atrelado às relações de poder que recaem sobre as mulheres, o que implica dizer que o corpo funciona como território de identidades e alvo de hierarquia social.

A teoria do patriarcado pondera que um dos elementos de legitimação social da desigualdade entre homens e mulheres é a socialização de gênero, por intermédio do qual as

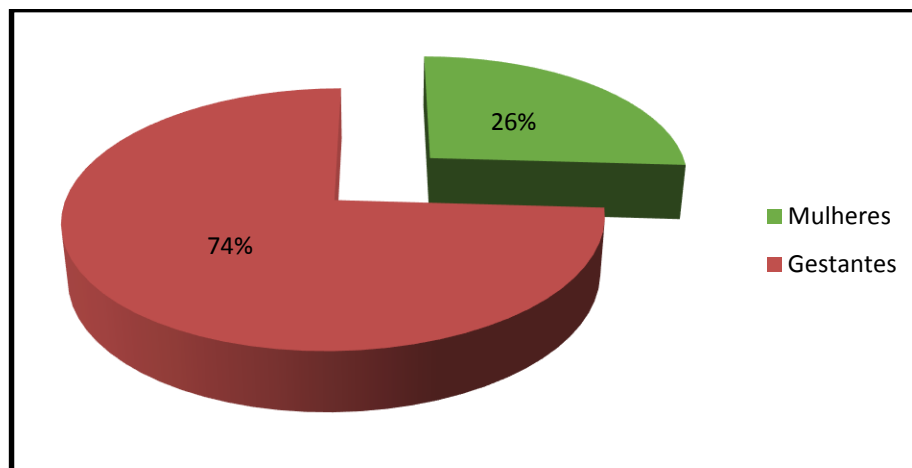
mulheres são educadas e submetidas à função social de esposas e mães, o que é como parâmetro da conduta feminina. Coyle (2011) assevera que, a partir dos estudos de Santos e Iriat (2007), a socialização de gênero camufla a hierarquia entre os sexos e a dominação masculina, para os quais as mulheres devem obrigações e obediência segundo o contrato sexual do casamento. Esse contrato depreende que, no contexto conjugal, o sexo é um direito “exclusivamente” dos maridos e uma obrigação feminina.

Nesta esteira de discussão, cabe destacar que o município é conhecido como a “capital do caminhão” e tem um número significativo de caminhoneiro. A maioria dos estudos aponta a população de caminhoneiros como um grupo social vulnerável à infecção do HIV/Aids, evidenciado principalmente os aspectos individuais, predominantemente comportamentais, tais como a prática do sexo desprotegido com diferentes tipos de parcerias sexuais ao longo da estrada. Em estudo realizado por Sousa *et al* (2014), no que diz respeito ao uso do preservativo, os caminhoneiros pontuaram baixa adesão nas relações sexuais com parceira fixa. Destaca-se que, neste caso, o uso da camisinha está condicionado à necessidade de contracepção.

Mediante os supostos assinalados, é imperativo ressaltar que a maioria das mulheres soropositivas no município possui parceiro único. Nesse sentido, constatamos o crescimento da doença em mulheres que só possuem um parceiro fixo e não fazem uma dupla proteção, combinando pílula com o preservativo. Essa dificuldade das mulheres na utilização das práticas preventivas decorre da manutenção de crenças historicamente estabelecidas que as colocam em situação de dependência subjetiva, levando a situações de maior vulnerabilidade.

Após esboçar sobre o percentual de casos soropositivos (as) por sexo entre 2014 a 2020, demarcaremos, no gráfico 1, acerca do quantitativo de gestantes no período mencionado, com destaque para o dimensionamento da população Itabaianense.

Gráfico 1: Percentual de gestantes soropositivas do município de Itabaiana/SE entre o período de 2014-2020



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pelo MS.

O gráfico nos mostra um aumento progressivo de casos de HIV/Aids em gestantes do total de mulheres soropositivas. No período relatado, 76% eram gestantes. O crescimento da doença também se estende em âmbito Nacional e Estadual. De acordo com dados do Ministério da Saúde, houve um aumento de 38,1% nos últimos anos na taxa de detecção do vírus em gestantes. Só no ano de 2018, 8.621 gestantes foram infectadas no Brasil. O estado de Sergipe teve visibilidade entre os entes da federação, ficando em 9º lugar. Entre os anos de 2018 e 2019, registraram, respectivamente, 83 e 112 mulheres grávidas diagnosticadas, totalizando 575 gestantes com HIV, em 6 anos. Segundo o MS, o aumento pode ser explicado pela ampliação no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Dessa maneira, ao avaliar o aumento de casos de gestantes com HIV/Aids, é possível questionar se elas foram devidamente orientadas pela equipe de saúde quanto aos métodos contraceptivos e à prevenção de ISTs, uma vez que a prevenção é uns dos pilares da política da atenção básica e da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que vem garantir os avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos e estabelecer as questões referentes à prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids.

De acordo com o médico Almir Santana²⁹, é necessário aprimorar o pré-natal e melhorar sob diversos aspectos como, por exemplo, as gestantes precisam ser captadas pelos

²⁹ <https://www.saude.se.gov.br/ses-alerta-para-o-aumento-do-numero-de-gestantes-com-hiv/> Acesso em: 14 de jan. 2022.

municípios através da busca ativa de suas equipes de Saúde na Família, para verificar aquelas que estão sem o pré-natal.

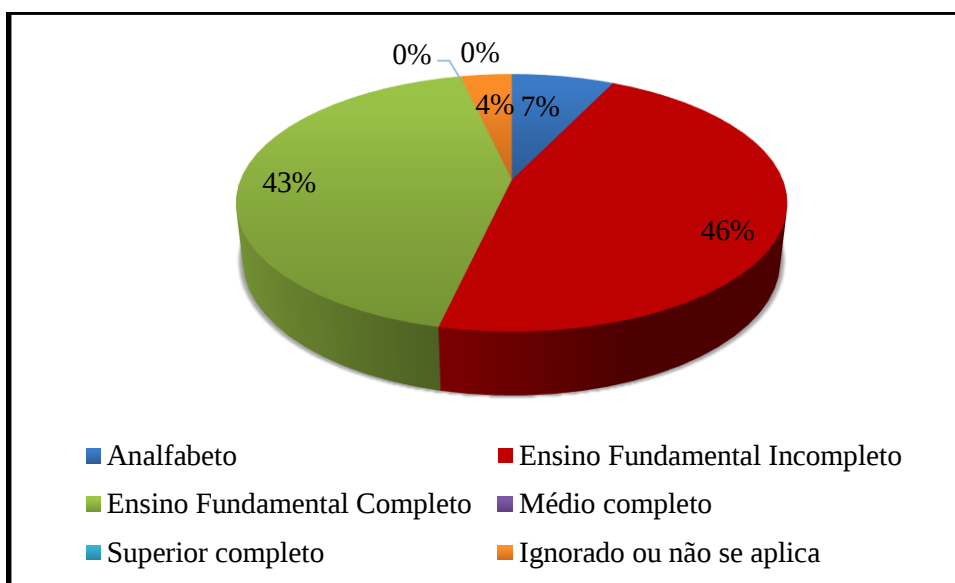
O HIV na gestação atinge a qualidade de vida das mulheres e traz sequelas para o binômio mãe-filho, precipuamente quando o diagnóstico é feito tardiamente, tornando a eliminação da transmissão vertical do HIV algo cada vez mais longe. Como já ressaltado no decorrer do estudo, a transmissão vertical pode ocorrer durante o período gestacional, no periparto, que compreende o trabalho de parto e nascimento, ou no pós-parto por meio da amamentação (KAKEHASI *et al*, 2014). Estudos realizados por Filgueiras (2012) apontaram que o risco de transmissão do HIV no momento de parto é bastante expressivo, correspondendo a cerca de 65%, ao passo que tal risco no processo da gestação e amamentação é de 35% e 22%, respectivamente.

Consoante o exposto, faz-se imperiosa a inclusão de estratégias voltadas à ampliação da atenção às mulheres, em que a garantia de atendimento integral e diagnóstico precoce do HIV constituem ações relevantes para promover adequada adesão ao tratamento e a redução da transmissão vertical. Assim, as estratégias efetivas para o controle da transmissão vertical devem ser traçadas em várias ações de prevenção, ampliação do acesso ao diagnóstico, descentralização dos serviços de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids e investimento na qualificação profissional.

Outra questão evidenciada com o estudo é que o contexto atual demanda pelo reconhecimento dos condicionantes de vulnerabilidade da mulher ao HIV. Estudos registram os aspectos socioeconômicos e psicossociais e as relações de gêneros como importantes fatores interligados com esta realidade das mulheres soropositivas. As mulheres mais pobres com baixo grau de instrução são maiores alvos da infecção, seja pelo desconhecimento dos fatores relacionados à infecção, seja pela possibilidade de gestações consecutivas sem acompanhamento pré-natal adequado.

Acerca da escolaridade das mulheres soropositivas (Gráfico 02), os dados demonstraram que a maioria das mulheres soropositivas, 46%, possui ensino fundamental incompleto, seguindo-se de 43%, ensino fundamental completo, e 7% de analfabetos. O maior percentual merece ser destacado, pois, majoritariamente, as mulheres infectadas pelo HIV/Aids têm baixo nível de escolaridade.

Gráfico 2: Grau de escolaridade entre os anos de 2014 e 2020



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pelo MS.

Os dados descritos neste estudo vão ao encontro do que está descrito na literatura, isto é, o HIV/Aids atinge, em maior proporção, as mulheres com menos escolaridades. Como vimos no decorrer da pesquisa, segundo o MS, os homens apresentam grau de instrução mais elevado que as mulheres. Esse indicativo dá mais visibilidade às diversas desigualdades impostas às mulheres cotidianamente. Além disso, podemos, apenas de modo indicativo, apontar que houve mudança no padrão das prováveis causas da transmissão do vírus ao nível de formação escolar, inferindo possível vinculação entre pauperização e contágio. A baixa escolaridade influencia, até mesmo, a adesão à terapia antirretroviral, interferindo na compreensão da terapêutica, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde acerca da necessidade de realizar o tratamento corretamente.

No entender de Carvalho et.al. (2018), a baixa escolaridade estabelece um fator de suscetibilidade à infecção do HIV/Aids. O fato de a Aids atingir sempre mais pessoas com menor escolaridade está relacionado com o mero acesso às informações. Ademais, tem se constatado que quanto maior o grau de instrução, mais frequente é o uso de preservativos.

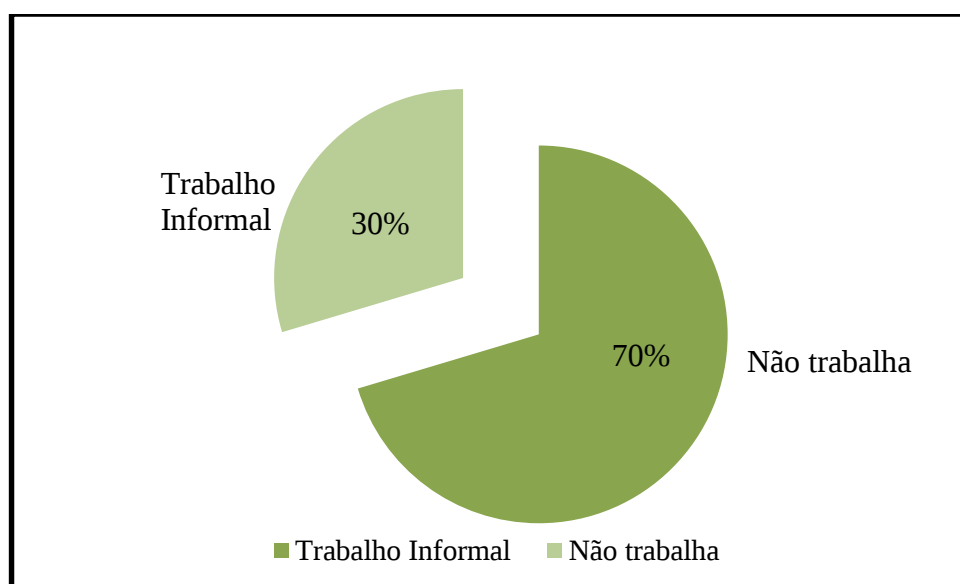
Dessa forma, a incidência da doença está intimamente vinculada a fatores informacionais, que retratam grande relação ao grau de formação, de tal forma que, frequentemente, estudos registram para maior disseminação da Aids entre os sujeitos com baixa escolaridade (PEREIRA *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2019).

Conforme Galvão *et al.* (2017), as razões por trás desse fenômeno, além da interface entre nível de ensino e entendimento dos métodos contraceptivos e de prevenção de ISTs,

apresentam-se na realidade de que a menor escolaridade é proveniente de piores condições de renda, impactando, logo, na restrição do acesso aos serviços básicos, como de saúde. Assim, a variável escolaridade, que é empregada com um marcador de situação socioeconômica, aponta o fenômeno da pauperização, o qual tem levado a um crescimento da doença em indivíduos com baixa escolaridade. A Aids surge em todas as camadas sociais, contudo, ao longo dos anos, constatamos uma ampliação de casos, principalmente em mulheres com menor escolaridade.

Vamos expor, no Gráfico 3, dados referentes à ocupação das mulheres soropositivas em Itabaiana/SE no período de 2014 a 2020.

Gráfico 3: Ocupação entre os anos de 2014 e 2020



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pelo MS.

Verificamos que, dentre a amostra de mulheres soropositivas, a maioria, 70%, não exerce atividades laborativas, enquanto 30% estão inseridas no mercado de trabalho informal. Esses dados podem nos levar a algumas constatações.

O fato de as soropositivas possuírem baixo grau de instrução dificulta a inserção no mercado de trabalho ou resulta em empregos informais com pouca remuneração, o que implica em dependência econômica do companheiro e colabora para debilitar o poder de negociação ao uso do preservativo.

Em um estudo realizado por Calvetti *et al.* (2012), acerca da qualidade de vida entre mulheres soropositivas que trabalhavam e aquelas que não exerciam uma atividade laboral, observou-se que as mulheres que trabalhavam mostraram médias superiores nos domínios

psicológico, relações sociais e nível de independência com relação às mulheres que não trabalhavam.

O trabalho está atrelado à independência econômica e ao sentimento de contribuição. O fato de a mulher sentir-se produtiva, com capacidades para exercer atividades profissionais, contribui para a manutenção da autoestima. A mulher sente-se autônoma e responsável por sua vida, tendo um significado de poder de escolha e de decisão, no tange ao exercício de sua vida (SANDANHA, 2003).

O outro dado que nos chama a atenção é sobre o percentual de mulheres que estão inseridas no trabalho informal, visto que entra na discussão acerca do preconceito sofrido pelas pessoas com HIV no ambiente de trabalho, sendo que a doença ainda está associada a aspectos moralizantes.

Ferreira e Figueiredo (2006) destacam que o tratamento com as terapias antirretrovirais contribuiu para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV, possibilitando às pessoas infectadas a exercerem suas atividades profissionais normalmente, porém, a Aids no ambiente de trabalho não é considerada uma doença como qualquer outra, das quais muitas empresas têm responsabilidades sociais junto à sociedade civil, como a causa do câncer, por exemplo.

Nessa linha de reflexão, segundo a pesquisa realizada para traçar o Índice de Estigma em relação às pessoas com HIV/Aids no Brasil (UNAIDS, 2019), destaca que, dos entrevistados, cerca de 2000 informam terem vivenciado assédio verbal (25,3%) agressões físicas (6,0%) e até mesmo perda da fonte de renda ou emprego por ser alguém vivendo com HIV/Aids(19,%).³⁰

Esse aspecto contribui para o fato de manter à margem da sociedade as pessoas com HIV/Aids, que, mesmo com a superação da ideia de grupo de risco, as soropositivas (os) ainda são vistas pela maioria da população como uma ameaça. Isso implica, diretamente, no modo de vida das soropositivas, pois estas na maioria das vezes se isolam, não vão em busca de direitos, seu próprio medicamento, empregos por causa do temor em relação a viver com HIV/Aids. Devido a isso, afirmamos a importância da organização coletiva das pessoas com HIV/Aids, para que juntem esforços na luta contra o preconceito, estigma e discriminação.

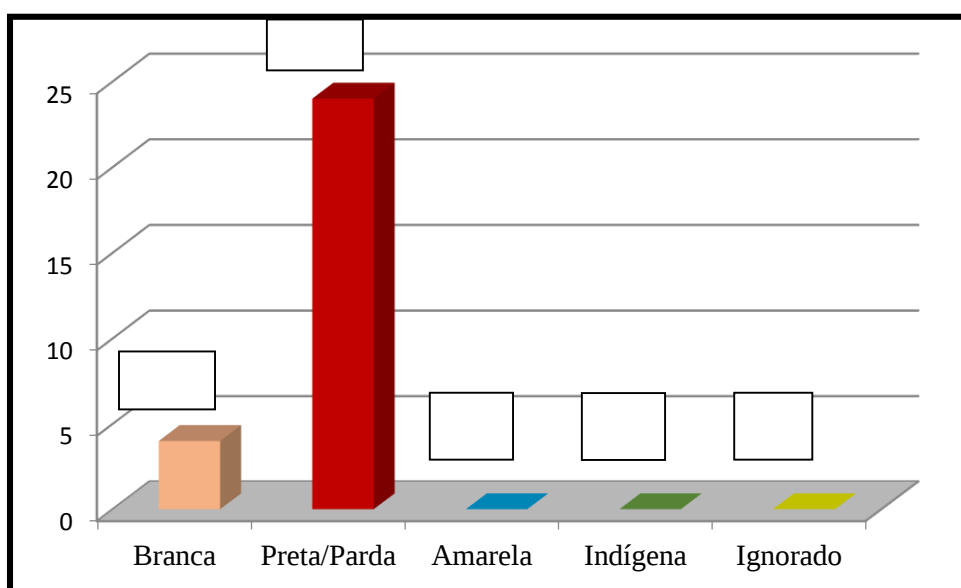
Embora possa existir um preconceito “disfarçado” no ambiente de trabalho, a discriminação contra as pessoas com HIV/Aids é vedada, conforme consta na lei 12.984/2014, que tornou crime punível com reclusão e multa atos de discriminação contra pessoas vivendo

³⁰ Disponível em: <https://www.pucrs.br/blog/estigma-e-discriminacao-estudo-revela-impacto-em-pessoas-com-hiv-e-aids-no-brasil/> Acessado em: 14 out. 2021.

com HIV/Aids. E recentemente foi aprovada a lei 14.289/2022, que torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV), representando um grande avanço para a vida das pessoas soropositivas.

No próximo item (Gráfico 4), vamos mostrar a etnia das mulheres soropositivas no município de Itabaiana/SE, conforme disposto a seguir.

Gráfico 4: Raça/cor entre os anos de 2014 e 2020



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pelo MS.

Do quantitativo geral de mulheres em análise, predominou a declaração /Preta/parda entre as soropositivas, totalizando 86%. Percebemos um percentual menor na declaração da cor branca, sendo no total de 14,%. As demais declarações foram semelhantes sem percentuais, amarela e indígena, respectivamente. Cabe pontuar que a amostra mulher preta/parda está unificada, por consideramos que a mulher parda é preta. Com base nos dados, observamos que as mulheres negras estão mais vulneráveis em adquirir o HIV/Aids, não somente em razão da cor da pele, mas principalmente pelas condições socioeconômicas em que se encontra no tempo atual, resultantes de um passado escravista que lhes guardou as piores condições de escolaridade, trabalho, entre outras. Inúmeras mulheres acumulam afazeres domésticos e trabalhos (fora do âmbito familiar), o que dificulta ainda mais os cuidados que deveriam dispensar em relação à sua saúde.

Os crescentes indicadores de incidência do HIV/Aids põem a população negra no mais alto grau de vulnerabilidade, e nesse segmento populacional, sobressaem as mulheres negras. De acordo com os dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, há diferença nos quesitos raça, cor e gênero, isto é, nota-se que, desde 2009, os casos de Aids são mais prevalentes em mulheres negras, enquanto entre homens, isso ocorre desde 2012. No ano de 2019, as proporções observadas foram de 56,4% e 59,3% entre homens e mulheres negras, respectivamente. Esse crescimento repercute também no número de óbito, ou seja, mulheres negras sofrem maior impacto com a doença, tendo um índice maior de mortalidade (BRASIL, 2019).

A análise dos dados epidemiológicos e a produção de informações que constantemente renovam a vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV/Aids não pode ser desconsiderada. De acordo com Toledo (2012), as mulheres negras sofrem com o fenômeno da tripla discriminação, ou seja, estão sujeitas às interseccionalidades entre formas de desigualdade social, relacionadas perversamente ao racismo e ao sexismo, isto é, resultantes desdobramentos negativos acerca de todas as dimensões da vida, cooperando de forma categórica na contração do HIV/Aids.

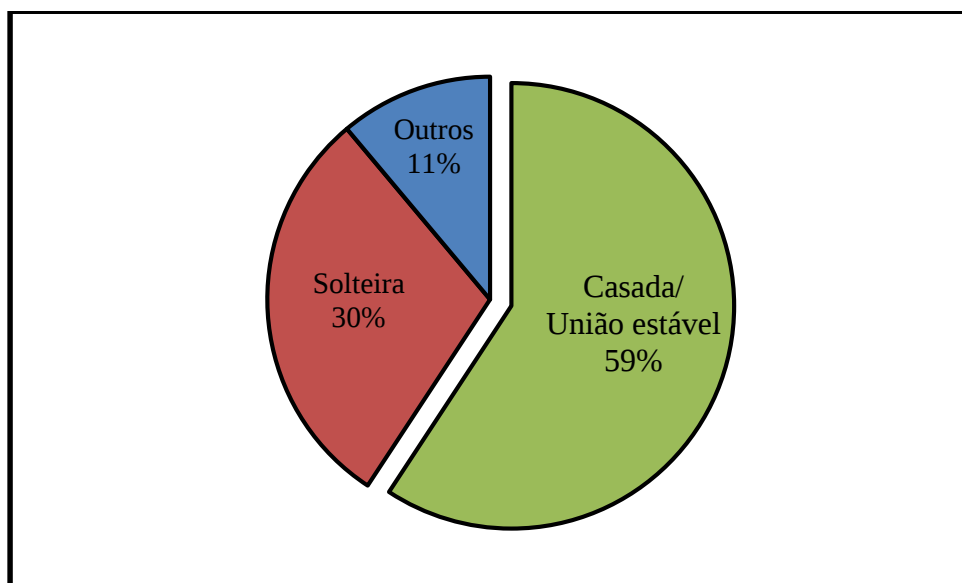
No entendimento de Werneck (2001), a vulnerabilidade na população feminina negra merece um olhar diferenciado, uma vez que ela pode estar ampliada, tendo em vista o somatório das discriminações decorrentes das iniquidades raciais e de gênero, que alcançam pontualmente a mulher negra, tornando sua situação particularmente dramática. Nesse sentido, em relação à vulnerabilidade ao HIV/Aids em mulheres negras/pardas, evidenciamos tripla discriminação: o fato de ser mulher, negra e pobre.

Outra questão que favorece a exposição da mulher na contaminação do HIV/Aids é a fisiologia da transmissão da doença e a menor capacidade de se recusar a fazer sexo ou de persistir na necessidade de usar preservativos, já que a discriminação e a consequente vulnerabilidade econômica as tornam totalmente dependentes de homens (GREEN, 2009).

Assim, uma forma efetiva para enfrentar o HIV/Aids em mulheres é reconhecer os diferentes níveis de vulnerabilidade que afligem de maneira mais intensa esse segmento da sociedade. É necessário reconhecer os fatores culturais, etnia, escolaridade e pobreza que cooperam para exhibir cada vez mais as mulheres, em especial, as negras ao risco de contrair o HIV/Aids. Soma-se a isso a vulnerabilidade relacionada aos serviços de saúde, tais como: o acesso é inadequado, os profissionais de saúde com pouco preparo para oferecer uma assistência humanizada e de qualidade.

No gráfico 5, expomos os dados do Estado Civil das mulheres soropositivas em Itabaiana/SE. Vejamos:

Gráfico 5: Estado Civil entre os anos de 2014 e 2020



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pelo MS.

Acerca do estado civil das soropositivas, identificamos que existe uma predominância de mulheres casadas/união estáveis com 59%, 30% solteiras e 11% em outras condições. Observamos que a vulnerabilidade ao HIV/Aids acompanhou as mulheres em união heterossexual estável/casadas, evidenciando que a heterossexualização e a feminização da Aids se concatenam, especialmente, nos aspectos sociais que ativam o não uso de camisinha nas relações sexuais matrimoniais.

Este aspecto confirma a reconfiguração do perfil da Aids ao longo dos últimos anos, que tem como uma de suas características o processo de heterossexualização e consequente feminização da Aids, donde as mulheres com parceiros fixos e relacionamentos estáveis passaram a ser um público vulnerável ao HIV/Aids. Essa situação de vulnerabilidade está atrelada às desigualdades de gênero, subordinação e passividade feminina, precipuamente nas relações sexuais.

Para Aboim (2013), todos os indivíduos estão vulneráveis ao HIV/Aids, mas entre esses sujeitos, as mulheres de perfil monogâmico e envolvidas em relacionamentos conjugais são as que menos se protegem contra eventuais riscos de transmissão.

Dessa forma, as questões de gênero demarcaram mudanças no perfil epidemiológico dessa infecção, incluindo grupos que não se percebiam em risco de adquirir a doença, como as mulheres heterossexuais casadas ou em união estável (FIGUEREDO,2013). Um dos

pressupostos é o romantismo, o amor é crucial para a compreensão da feminização da Aids. As mulheres se sentem protegidas e acolhidas por estarem em um relacionamento estável e confiam na fidelidade do companheiro. Usar o preservativo é como estar mandando uma mensagem para o outro de que agora pode haver infidelidade, o medo de quebrar essa confiança contribui para o não do uso da camisinha, o que acarreta na contração do vírus.

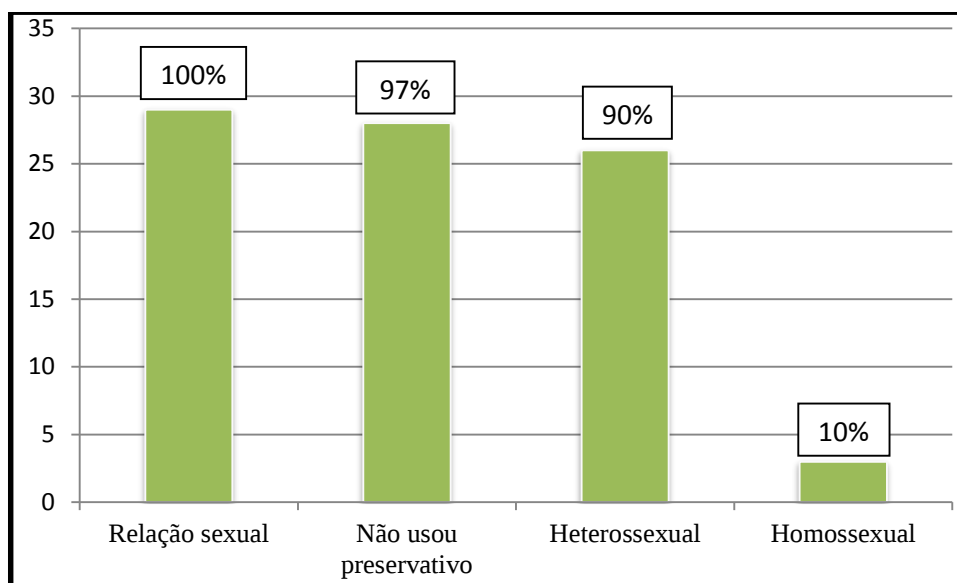
Refletindo sobre essa questão, Galvão (2011) enfatiza que, devido à assimetria de poder, dialogar acerca da Aids dentro dos relacionamentos pode gerar novos conflitos nas intimidades. Aliado a esse fato, ainda existem a dependência econômica e a “imposição” para não romper com os valores sociais, colocando as mulheres como encarregadas pela estabilidade familiar. Esses elementos atalham as negociações e as práticas sexuais mais seguras com seus parceiros.

Nesse contexto, uma forma de reduzir a incidência do HIV/Aids em mulheres é a educação em saúde. Um caminho seria a equipe de saúde na assistência à saúde como inovar as estratégias e criar ações de promoção à saúde da mulher que levem em apreciação os fatores culturais, crenças e valores que sugestionem as tomadas de decisões e atitudes, incluindo, também, nas ações de prevenção de seus companheiros. Cabe informar que as ações elencadas devem ser executadas também com o público de mulheres soropositivas e seus parceiros, uma vez que há necessidade do uso do preservativo nas relações sexuais, isso porque o vírus possui variedades genéticas que podem agravar o caso de uma pessoa já infectada. Além disso, é fundamental trabalhar a importância do uso adequado do medicamento, adesão, o aconselhamento, a condição para discutir e realizar opções conscientes no que tange às decisões reprodutivas e sua sexualidade.

Assim, sobre essa discussão, Pedroso (2007), ainda pontua que a prevenção no contexto da epidemia do HIV/Aids tem sido, desde o início, uma questão decisiva para os programas de controle da doença. Dessa maneira, a melhor forma de tentar evitar a contaminação sexual é a difusão ampliada do conceito de sexo seguro, isto é, através do uso correto do preservativo em toda a relação sexual vaginal, anal ou oral.

No gráfico 6, vamos mostrar dados referentes à categoria de exposição do HIV/Aids das mulheres soropositivas, bem como o tipo de parceiro (a) e se utilizavam o preservativo durante as relações sexuais. Nesse sentido, cabe registrar que utilizamos apenas um gráfico para abordar essas questões, por entendermos uma interface entre os assuntos.

Gráfico 6: Categoria de exposição do HIV/Aids entre os anos de 2014-2020



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados informados pelo MS.

Observamos no gráfico 6 que todas as mulheres soropositivas (100%) contraíram o HIV/Aids por via de relação sexual e, entre esses casos, verificamos que 90% foram decorrentes exposição heterossexual, 10% se inserem na categoria homossexual, e 90% da amostra não usavam preservativos. Esses dados nos mostram a transmissão do HIV/Aids em mulheres, exclusivamente por meio de relações heterossexuais e o quanto as relações de gênero e os aspectos culturais têm implicado no avanço da doença no público feminino.

A principal forma de exposição em todo o mundo com base em estudos realizados pela OMS é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual é a principal entre as mulheres. Nos últimos dez anos, segundo dados divulgados pelo boletim epidemiológico, a transmissão por via sexual foi bastante significativa. Entre as mulheres heterossexuais, 86% tinham sorologia por via de relação sexual; já entre os homens, esse percentual foi de 31,3%, constando a heterossexualização da Aids. (BRASIL, 2019). O processo de heterossexualização da Aids agrega bastante para propagação da doença entre as mulheres, principalmente, nas casadas, uma vez que trazem consigo a certeza de que seu companheiro está imune ao HIV/Aids, sendo uma dimensão com grande potencial expansivo do vírus na sociedade.

Outro fato nos chamou a atenção, que a proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI) vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil, representando 2,3% dos casos entre homens e 1,3% dos casos entre mulheres no ano de 2019. Essa redução de casos da transmissão via sanguínea se deu em razão das estratégias de prevenção utilizadas, como a troca de seringas, visto o crescimento do uso de drogas não injetáveis, como o *crack* (BRASIL, 2019).

Dessa maneira, constatamos que a transmissão por meio de relação sexual é preponderante na contração do HIV/Aids, sobretudo, em mulheres, e sua redução requer ações que levem considerações dois elementos básicos para a saúde pública: sexualidade, relações sociais (questões culturais, questões de gênero e pauperização).

Para Vianna (VIANNA *apud* PEREIRA, 2019), a falta de campanhas de prevenção, nos primeiros anos da pandemia do HIV/Aids, para a população heterossexual, principalmente para as mulheres, somada ao fato de que o HIV/Aids era tido como um problema de saúde unicamente dos homossexuais masculinos, criou um cenário oportuno para a heterossexualização da epidemia na década de 1990.

Nessa direção, ainda que a ocorrência no gênero feminino não se torne prevalecente no quadro geral da doença, seu aumento desdobra-se em mudanças no jogo epidêmico que, entre outras coisas, colabora para o reforço das reivindicações para que a Aids seja notada como uma doença de todos (VIANNA *apud*, PEREIRA, 2019).

Segundo Silva e Szapiran, ainda que a incidência no gênero feminino não se torne predominante no quadro geral da doença, seu crescimento desdobra-se em transformações no jogo epidêmico que, entre outras coisas, contribui para o reforço das reivindicações para que a Aids seja vista como uma doença de todos (2015), e ressaltam que a maioria dos estudos nesta área enfatiza os entraves para a prevenção desta parcela específica da sociedade, entre estes, por exemplo, a vulnerabilidade das mulheres causada pela objeção de negociar a camisinha, seja pela desigualdade de gênero como resquício que permanece na cultura, seja por questões associadas a valores de fidelidade e confiança presentes na relação conjugal, como registram os estudos acerca das mulheres heterossexuais.

Percebemos que os elementos salientados no relacionamento heterossexual parecem estar além de uma provável medida, racional, de práticas sexuais seguras. As práticas sexuais, assinalamos, são atravessadas por aspectos profundamente particulares e o exercício da sexualidade refere-se a um corpo simbólico, que “desconhece” a conduta médica, que está para além de um corpo propriamente medicalizado. Nesse sentido, é perceptível que a prática da sexualidade e o discurso médico preventivo falam de lugares diferentes.

Dito isso, no tange que ao quesito de uso do preservativo nas relações sexuais das mulheres soropositivas, observamos, por meio do gráfico (6), que 90% não utilizaram a camisinha na prática sexual. Esse dado é preocupante, pois o uso do preservativo se constitui o principal método eficaz preventivo para reduzir e controlar a feminização e heterossexual do HIV/Aids.

O processo de feminização do HIV/Aids se configura como uma realidade mundial. Diversos estudos têm constatado que, embora a maioria das mulheres tenha conhecimentos acerca da importância dos preservativos, elas optam pela não adesão ao seu uso. Buscando apreender esse comportamento feminino, chama a atenção a relação de confiança que a mulher tem para com o seu companheiro, pois, por acreditar na "crença" da fidelidade, a mulher não tem a concepção do risco e, não tendo essa concepção, evidentemente, não buscará formas de se proteger.

Assim, grosso modo, a feminização da Aids está vinculada ao não uso do preservativo nas relações sexuais. No entanto, estudos ainda têm apontado que o homem se opõe a não usar a camisinha porque diminui o prazer e é complicado a mulher convencer, por envolver fatores econômicos, culturais, religiosos e até mesmo falta de informação da gravidade da doença. Esses discursos caracterizam as relações de poder existentes nas relações entre homens e mulheres, que comprovam a necessidade de maior empoderamento das mulheres em relação às questões de gênero. A inexistência dessa condição entrava a construção de uma consciência crítica acerca da subordinação do sexo feminino, assim como o enfrentamento da feminização da Aids.

De acordo com Toledo (2012), a subalternidade da mulher em relação ao homem é uma questão de gênero, resultante das construções simbólicas da masculinidade e feminilidade. O masculino tem por gosto o sexo, enquanto que o feminino é fiel e passível. A mulher tem menos liberdade de agenciamento da sua própria vida sexual, como também menos poder de decisão no uso da camisinha com seu parceiro sexual, tornando-a mais vulnerável e susceptível à exposição do HIV/Aids durante as relações sexuais.

Importa registrar que, quando há possibilidade do uso do preservativo nas relações sexuais, a preocupação feminina está mais voltada à prevenção da gravidez do que pelo medo de contrair HIV/Aids. Conforme aponta Aletheia (2012), a principal preocupação das mulheres no que tange à atividade sexual é a chance de gravidez e, desta maneira, o método contraceptivo mais utilizado entre as mulheres é a pílula anticoncepcional, ignorando-se os riscos da não utilização do preservativo para proteção da mulher.

Outra via que colabora para a não utilização do preservativo nas relações sexuais é a religião. Algumas delas, por exemplo, não são favoráveis ao uso de alguns procedimentos, como: transfusão de sangue, uso de métodos contraceptivos artificiais, prevenção das ISTs, ao tempo em que recomenda a fidelidade conjugal e/ou abstinência sexual como medidas eficazes. Dentro do uso do preservativo, pode contribuir assim para a disseminação das IST, e dentro

desta lógica, é pertinente elencar que a religião e a prevenção das IST se contrapõem em suas linhas de pensamentos.

As igrejas têm um papel muito importante na construção social dos sujeitos. As suas tradições e doutrinas têm um papel fundamental na construção da identidade de seu grupo de fiéis. Contudo, os dogmatismos podem gerar equívocos ao confundir processos histórico-culturais com as verdades fundamentadas da fé.

Isto posto, é imprescindível ressaltar que o baixo grau de escolaridade, como já mencionado tem sido uma das variáveis que caracteriza o perfil das mulheres que vivem com o HIV/aids, visto que este constitui um dos indicadores indiretos da situação socioeconômica. Essa dependência econômica implica nas relações de poder entre homens e mulheres, impossibilitando a negociação quanto ao uso da camisinha e práticas sexuais que reduzam os riscos de exposição às ISTs.

Nesse sentido, estudos demonstram que, nos últimos anos, tem havido avanço na notificação de casos de HIV/Aids entre pessoas com pouca escolaridade. Existe uma forte influência entre uso do preservativo e escolaridade, pois o percentual das pessoas que ressaltam utilizar essa medida preventiva é maior entre aquelas que possuem boa escolaridade. Tanto entre homens quanto entre mulheres, sendo estatisticamente observadas as disparidades nos índices sobre os métodos preventivos entre as classes sociais no país, quando se comparou os indivíduos, pertencentes às classes A/B, os quais tiveram um índice maior (68,2%) sobre o uso de preservativos na primeira relação sexual, àqueles de classes D/E (52,4%), ou seja, aos menos favorecidos e/ou socialmente marginalizados (BRASIL, 2013). Assim, fica demonstrado que os aspectos socioeconômicos também se materializam e influenciam, quando se trata do uso dos preservativos e sua relevância na sociedade.

Como se sabe, a camisinha é o método mais seguro para evitar a transmissão de IST e HIV/Aids. Entretanto, ainda é grande o número de mulheres que não a utilizam durante a atividade sexual por diversas razões. Em estudo realizado por Andrade (2014) com mulheres na Paraíba, acerca dos motivos para a não utilização do preservativo masculino e feminino nas relações sexuais, constatou-se que, no caso do preservativo masculino, 77 (30,92%) mulheres citaram não usar camisinha por possuir parceiro fixo, 43 (17,27%) não utilizavam devido à confiança depositada no companheiro, 26 (10,44%) não gostam de usar e 22 (8,84) usam anticoncepcional. Quanto ao preservativo feminino, 66 (14,86%) participantes citaram como principal motivo para o não uso o fato de não conhecer a camisinha, 52 (11,71%) disseram preferir a camisinha masculina e 50 (11,23%) alegaram a não utilização devido à parceria fixa.

O dado sobre o desconhecimento do preservativo feminino nos chamou a atenção e nos faz refletir que isso está relacionado à questão de gênero, custo alto e o difícil acesso aos preservativos. Essa lacuna é solidificada pela cultura, uma vez que a pouca difusão da camisinha feminina concorre para a construção de opiniões fundamentadas no senso comum, que pode ocasionar um preconceito sobre a utilização. Tal prejulgamento pode distanciar as mulheres dessa comunidade da possibilidade de experimentar a camisinha, isto posto, as impedem de tirar suas próprias conclusões embasadas em suas experiências. Além disso,

é incomum a propagação da mídia sobre a importância desse preservativo, comparando ao preservativo masculino. Assim, a divulgação do preservativo feminino, na maioria das vezes, fica a cargo dos profissionais de saúde.

Nessa linha de reflexão, é primordial que as mulheres estejam orientadas quanto à importância do uso dos preservativos, tanto masculino quanto feminino, como um método de prevenção ao HIV/Aids ou outras IST. No entanto, há de se considerar que a eficiência no uso do preservativo depende do nível de informação sobre ele, da técnica de utilização, do risco de ruptura. Dessa forma, é imprescindível que a equipe de saúde crie mais espaços de discussão para a sedimentação do conhecimento e detecte a prevenção pelo caminho da corresponsabilização. A estratégia deixa de ser uma informação meramente técnica-teórica, para se tornar um trabalho de educação ponderado no contexto social de cada sujeito que vise, não apenas à explanação da importância da camisinha, mas a ruptura da resistência ao uso.

Assim, a magnitude dessa ação não é fácil, por envolver várias questões pontuadas ao longo do estudo, mas é necessária, considerando a feminização do HIV/Aids. Os serviços de saúde devem dispor de um atendimento integral e humanizado que contemple todas as dimensões ligadas à sexualidade da mulher soropositiva ou não, principalmente questões referentes às relações de gênero, que têm sido um fator relevante para o avanço dos casos da doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de mais de dois anos de um mundo assolado pela pandemia da Covid-19, eis que 2022 surgiu com o alento de dias melhores que estão por vir. Graças ao incansável esforço de uma grande comunidade de pesquisadoras/es, os conhecimentos advindos de diversas pesquisas permitem hoje enfrentarmos essa doença com mais segurança e tranquilidade com novas vacinas. O cenário pandêmico de Covid-19 também colaborou para o destaque das pesquisas brasileiras, que ganharam grande visibilidade no exterior. Estudos ligados a protocolos de biossegurança, infecção cruzada e infecções respiratórias foram de grande valia no combate ao vírus SARS-CoV-2 em nível mundial.

Nessa direção, apesar de mais de quatro décadas de convivência com o HIV/Aids, a população, de uma maneira geral, ainda desconsidera a Aids como uma doença passível de atingir qualquer pessoa. Hoje, a Aids se caracteriza como um dos maiores problemas de saúde pública, afetando em Itabaiana – Sergipe, uma parte significativa da população feminina devido à vulnerabilidade sociocultural, em que está incluída a desigualdade de gênero, firmada nas bases da sociedade patriarcal, em que o poder do homem se sobrepõe ao da mulher.

Desse modo, o estudo traz à tona as relações de poder existentes no interior das relações de gênero que favorecem para o número de mulheres infectadas pelo HIV/Aids, cooperando para o processo de feminização da doença. Refletir sobre essas questões é fundamental no âmbito do serviço de saúde (atenção básica), visto que possibilita a criação de estratégias/implementação de políticas públicas direcionadas para essa temática. Como forma de garantir uma assistência integral preconizada pelo SUS às mulheres, sobretudo, às soropositivas e “reduzir” a feminização da doença.

Nesse sentido, considera-se que o percurso da pesquisa permitiu alcançar o objetivo proposto: analisar e identificar a relação entre a feminização do HIV/Aids e sua interface com as desigualdades de gênero em mulheres soropositivas atendidas na Atenção Básica do município de Itabaiana/SE. Para atingi-lo, foram definidos quatro objetivos específicos: evidenciar o papel da atenção básica no atendimento às pessoas com HIV/Aids e as mulheres soropositivas com o processo descentralização do serviço; identificar se as relações de gênero e sexualidade podem contribuir para a vulnerabilidade de mulheres e o processo de feminização do HIV/Aids no município de Itabaiana/SE; examinar e mapear na literatura científica como (e se) tem sido compreendida/pesquisada a relação entre o HIV/Aids nos programas de pós-graduação em Serviço Social que abordam a intersecção de temas entre HIV/Aids em mulheres

e as questões de gênero; traçar o perfil social das mulheres soropositivas atendidas na Atenção Básica no Município de Itabaiana/SE.

Para responder ao primeiro objetivo específico, foi realizada uma contextualização social e histórica do HIV/Aids, apontando as respostas do Estado frente à Aids com Políticas Públicas para mulheres com HIV e Gênero no Brasil. Além de apresentar os aspectos históricos da construção do SUS e da atenção básica, os serviços de atendimentos às pessoas com HIV/Aids priorizam o processo de descentralização da assistência ofertada na atenção básica às pessoas soropositivas (os).

Sobre assistência integral (acompanhamento com toda a equipe necessária para a qualidade do cuidado), as pessoas com HIV/Aids na atenção básica preconizada pelo Ministério da Saúde, constatamos que ainda está em construção, ocorrendo de maneira variada dependendo da localidade do país, segundo as demandas e prioridades de cada região.

Verificamos, também, por meio do estudo, que, nos municípios em que o serviço de atendimentos às pessoas com HIV/Aids já foram implantadas na AB, nenhuma das ações/diretrizes em nível preventivo ou recuperativo (melhoria das infectadas) foram voltadas especificamente para mulheres, sejam elas soropositivas ou não. Esse é um dado extremamente preocupante, visto que o número de mulheres com a doença é grande e necessitam de um cuidado particularizado, pois, além da dor de uma infecção que exclui e agride, têm que lidar com o estigma, discriminação, preconceito e, diversas vezes, ainda é vítima de vários tipos de violências relacionadas alguns fatores, como dominação do poder de gênero, racismo, cultura machista e outros.

A prevenção na AB voltada à saúde das mulheres fica restrita à saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher que está em fase de reprodução, com raras iniciativas para o envolvimento das mulheres idosas. As questões direcionadas à saúde sexual dificilmente são abordadas. Os profissionais de saúde, em geral, apresentam dificuldades em trabalhar os aspectos relacionados à sexualidade de seus pacientes, visto que a compreensão acerca da sexualidade está marcada por preconceitos e tabus, e os profissionais de saúde não se sentem preparados ou confortáveis em lidar com a temática. Assim, evidencia-se a urgência de capacitações para os profissionais de saúde, particularmente no âmbito de temas relacionados às relações de gênero e sexualidade, que contemplem a saúde da mulher na sua totalidade, o que implica também na desconstrução do machismo e de conceitos cristalizados que tonificam a desigualdade de gênero.

No que tange ao município de Itabaiana/SE, observa-se fragilidade, com relação à prestação de um tratamento integral às pessoas com HIV/Aids, uma vez que, após o diagnóstico,

os pacientes são encaminhados ao serviço especializado. AB segue somente um protocolo do MS, que é a oferta dos testes rápidos do HIV à população adstrita. Incluir a AB no cuidado compartilhado do HIV/Aids com os serviços especializados é fundamental para a melhoria da assistência às pessoas com HIV/Aids. Averiguamos que, no município, não existe um atendimento direcionado exclusivamente para as (os) soropositivas. Nessa direção, é imprescindível que o espaço seja criado nesse nível de assistência, pois essas mulheres apresentam vulnerabilidades particulares que precisam ser acolhidas pelos serviços de saúde. Isso facilitará a adesão ao tratamento antirretroviral e a prevenção da transmissão do vírus, evitando a evolução para Aids e, conseqüentemente, a redução da mortalidade pela doença.

O segundo objetivo proposto foi identificar se as relações de gênero e sexualidade podem contribuir para a vulnerabilidade de mulheres e o processo de feminização da HIV/Aids. Nesse quesito, foram abordadas as categorias analíticas, patriarcado, gênero, sexualidade, feminização e vulnerabilidade aplicada à compreensão do HIV/Aids, evidenciando as relações de poder que existiram e ainda existem entre homens e mulheres durante a relação sexual que vem corroborando para aumento de casos nas mulheres.

Ao relacionarmos a infecção das mulheres pelo vírus HIV sob o prisma das relações de gênero, problematizamos de que forma o cotidiano dessas mulheres, fortemente induzido pela dominação de gênero, faz com que a mulher esteja mais vulnerável à doença. As relações de poder a que estão submetidas as mulheres e a própria significação social do papel que elas possuem na sociedade as tornam mais propícias a se contaminarem pelo HIV/Aids.

A utilização da categoria gênero como ferramenta analítica permite entender os efeitos produzidos pelas iniquidades na vida de mulheres com HIV/Aids, 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. Apontamos à interface gênero/sexualidade, com base no pressuposto que o sentido do exercício da sexualidade é regulado também pelas relações de gênero estabelecidas em dada sociedade. As relações de gênero patriarcais são determinantes das concepções de sexualidade de homens e mulheres e firmam padrões de atitudes perante o sexo de homens e de mulheres. Essa concepção ainda mostra-se presente na sociedade brasileira e é marcada pela subordinação da mulher ao desejo masculino em relações desiguais de gênero, de forma a determinar relações conflituosas na sua própria sexualidade, pois a mulher assume a passividade quanto à tomada de decisões.

Dessa maneira, consideramos as relações de gênero como determinantes no processo saúde-doença das mulheres, pois influenciam o seu comportamento diante do autocuidado. Além disso, identificamos através de estudos que as mulheres frequentemente são pressionadas a terem relações sexuais sem usar preservativos e inúmeras vezes são forçadas a ter relações sexuais sem querer, apenas para satisfazer a vontade dos parceiros. O que tem contribuído para o número de casos da Aids em mulheres, afinal, a contaminação pelo vírus HIV está diretamente relacionada ao não uso de camisinha, visto que a forma de transmissão sexual é o predominante no Brasil.

Destacamos que, no que tange ao processo de feminização da Aids, as desigualdades de gênero têm papel essencial, pois é uma das principais causas que tornam o processo cada vez mais frequente na sociedade. Tal processo também se dá pela falta de informação das mulheres em relação aos meios de prevenção do HIV, pelos poucos recursos e ações governamentais de combate à infecção. Assim como pela constante violação dos direitos sexuais das mulheres, afinal frequentemente elas são vítimas de violência sexual por seus parceiros, o que torna este público ainda mais vulnerável ao HIV/Aids.

O terceiro objetivo foi aventado examinar e mapear na literatura científica como (e se) tem sido compreendida/pesquisada a relação entre o HIV/AIDS nos programas de pós-graduação em Serviço Social que abordam a intersecção de temas entre HIV/Aids mulheres e as questões de gênero. Para a concretude desse objetivo, utilizamos Banco de Teses e Dissertações dos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social da Capes no período de 2014 a 2020. Esse levantamento foi realizado entre março e abril de 2021 com as palavras-chave HIV/Aids, evidenciando as principais categorias vinculadas a este estudo, tais como: Aids feminização, gênero, sexualidade e assistência a soropositivas.

Como resultado da pesquisa, encontramos 29 trabalhos. Desse quantitativo, 20 produções estavam relacionadas somente a HIV/AIDS e outros assuntos correlatos. Nesse sentido, com essas produções, realizamos apenas a categorização em eixos temáticos, sem explicitar os objetivos e os resultados dos trabalhos desenvolvidos. O restante da produção elencada, no caso, 9 trabalhos como estavam mais próximo do objeto de trabalho - HIV/Aids e Mulheres priorizamos estes para análise.

Nessa esteira, verificamos que parte dos estudos elencados ressalta que os condicionantes de gênero, sexualidade e HIV/Aids podem ter vulnerabilizado as mulheres no que tange ao HIV/Aids e que as relações de poder permeiam os discursos sobre a sexualidade, inviabilizando não só as mulheres apreenderem algo sobre o sexo, como também, impedem que elas decidam sobre a prática ou não do “sexo seguro”.

Outro dado evidenciado nos estudos é o desconhecimento por parte da maioria dos profissionais do serviço de referência em relação aos direitos reprodutivos e sexuais, falta de articulação e planejamento sobre esses direitos, e que atuação sobre essa temática é caracterizada por práticas individualizadas. Assim, ignorar os direitos reprodutivos e direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids não faz com que eles desapareçam, pelo contrário, não possibilita a sua reflexão, desfavorecendo o debate sobre o assunto e dificultando o poder de negociação das mulheres no uso de preservativo.

Frente a esse dado, constatou-se também nas pesquisas a importância de realizar mais estudos referentes às questões, de gênero, sexualidade e reprodução de mulheres, atendimento integral às mulheres que vivem com HIV/Aids, com a finalidade de compreender melhor a intensidade dos impasses enfrentados nessas áreas, bem como a qualificação do recurso humano, pois os obstáculos foram identificados, no tocante à materialização das estratégias de enfrentamento à transmissão do HIV/Aids em mulheres.

Elucidamos ainda nos estudos que o preconceito, a discriminação e as desigualdades ainda se encontram bastante arraigados em nossa sociedade. As soropositivas encontram dificuldades para a inserção ao mercado de forma expressiva relacionada à questão de gênero. O simples fato de ser mulher já as exclui de oportunidades, uma vez que empresas reagem equivocadamente sobre o direito de afastamento, como licença-maternidade, entre outros.

Dessa maneira, a partir das análises feitas, constatamos que a temática da feminização do HIV/Aids atrelada às relações de gênero não vem sendo apontada com frequência nos estudos no âmbito do Serviço Social. Entretanto, os trabalhos discutidos têm estreita relação com o projeto em tela, principalmente aqueles que evidenciam a interface do HIV/Aids, sexualidade, gênero e assistência às mulheres soropositivas.

Logo, evidencia-se que as teorias feministas e os estudos de gênero constituem-se um aporte teórico-metodológico significativo para o Serviço Social. Permite questionar como garantir igualdade com respeito às diferenças, e apontar as principais áreas críticas que impedem o desenvolvimento das mulheres e demarcam a desigualdade de gênero. Em suma, a adoção da perspectiva de gênero nas mediações teóricas no âmbito do Serviço Social permite lançar outro olhar sobre a realidade, a partir das mulheres e com as mulheres, revolucionando a ordem dos poderes e dos submetimentos.

Nos quatro objetivos, traçamos o perfil socioeconômico social das mulheres soropositivas atendidas na Atenção Básica no Município de Itabaiana/SE, no período de 2014 a 2020. Nesse sentido, antes de apresentar os principais resultados do estudo, cabe registrar que

o terceiro e quarto objetivo foram estruturados no único capítulo pelo fato de as discussões estarem atreladas.

Dentro dessa perspectiva, os dados revelaram que, apesar de a Aids acometer mais as pessoas do sexo masculino com 59% dos soropositivos, seguindo padrão nacional, há uma parcela bastante significativa de mulheres com Aids no município: 41%, principalmente mulheres em idade fértil. Nesse quesito, percebemos um aumento progressivo de casos de HIV em gestantes do total de mulheres soropositivas. No período relatado, 76% eram gestantes.

Sobre a escolaridade das mulheres soropositivas, os dados demonstraram que a maioria das mulheres, 46%, possui ensino fundamental incompleto, seguindo-se de 43% com ensino fundamental completo e 7% de analfabetos. O maior percentual merece ser ressaltado, pois, majoritariamente, as mulheres infectadas pelo HIV/Aids têm baixo nível de escolaridade. Os dados descritos vão ao encontro do que está descrito na literatura, ou seja, o HIV/Aids atinge, em maior proporção, as mulheres com menos escolaridade.

Acerca da ocupação das mulheres soropositivas, identificamos que, dentre a amostra, a maioria, 70%, não exerce atividades laborativas, enquanto 30% estão inseridas no mercado de trabalho informal. Esses dados podem nos levar à constatação de que o fato de as soropositivas possuírem baixo grau de instrução dificulta a inserção no mercado de trabalho ou resulta em empregos informais com pouca remuneração, o que implica em dependência econômica do companheiro e colabora para debilitar o poder de negociação ao uso do preservativo.

A respeito da etnia das mulheres soropositivas do quantitativo geral de mulheres em análise, predominou a declaração Preta/parda de etnia entre as soropositivas, totalizando 86%. Percebemos um percentual menor na declaração da etnia branca, sendo no total de 14%. As demais declarações de etnia foram semelhantes sem percentuais, amarela e indígena, respectivamente. Destacamos que as mulheres negras estão mais vulneráveis em adquirir o HIV/Aids, não somente em razão da cor da pele, mas especialmente pelas condições socioeconômicas em que se encontram no tempo atual, resultantes de um passado escravista que lhes guardou as piores condições de escolaridade, trabalho, entre outras.

No que tange ao estado civil das mulheres soropositivas, identificamos que existe uma prevalência de mulheres casadas/união estáveis com 59%, 30% solteiras e 11% em outras condições. Observamos que a vulnerabilidade ao HIV/Aids acompanhou as mulheres em união heterossexual estável/casadas, evidenciando que a heterossexualização e a feminização da Aids se concatenam, principalmente, nos aspectos sociais que ativam o não uso de camisinha nas relações sexuais.

Em relação à categoria de exposição do HIV/Aids, todas as mulheres soropositivas (100%) contraíram o HIV/Aids por meio de relação sexual e, entre esses casos, verificamos que 90% foram resultantes de exposição heterossexual, 10% se inserem na categoria homossexual e 90% da amostra não usavam preservativos. Esses dados nos revelam a transmissão do HIV/Aids em mulheres, exclusivamente por meio de relações heterossexuais e o quanto as relações de gênero e os aspectos culturais têm implicado no avanço da doença no público feminino.

Evidenciamos também as implicações da desigualdade de gênero dentro do processo de feminização da Aids, isto é, findamos enfatizando que as desigualdades ainda existentes em nossa sociedade entre homens e mulheres têm papel decisivo na infecção de mulheres pelo HIV/Aids. Assim, para que as estratégias sejam mais eficazes no que tange à redução da doença no público feminino, é imprescindível que ações realizadas contemplem homens e mulheres, tendo em vista que, durante as relações sexuais, as mulheres têm dificuldades de negociar o sexo “seguro” com camisinha.

Esperamos que este estudo sirva de estímulos a outros pesquisadores, do serviço social e de área afins, na tentativa de clarear os aspectos que influenciam no comportamento sexual preventivo, principalmente dos homens. Examinar o fator primordial da resistência do não uso da camisinha durante o exercício sexual é essencial para o controle da doença.

Advertimos com urgência uma educação permanente de profissionais de saúde no que tange às políticas públicas de gênero e sexualidade, para que esse atendimento às mulheres seja humanizado, em que os desejos e expectativas das soropositivas sejam valorizados, a fim de que possam tomar decisões sobre o controle do seu corpo, principalmente, no ato sexual.

REFERÊNCIAS

ABOIM, Sofia. **Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 99-112, 2012. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/HDsTbYRs6msjyKq4YM3vRHs/?lang=pt>>. Acesso em: 14 out. 2021.

AGÊNCIA AIDS. **Pandemia reduziu consultas e exames de HIV e tuberculose**. São Paulo, 6 de junho de 2020. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/pandemia-reduziuconsultas-e-exames-de-hiv-e-tuberculose/>. Acesso em: 14 out. 2021.

AGUIAR, Rogério Oliveira. **A Diaconia profética como denúncia ao sexismo: mulheres vivendo com HIV/AIDS e as limitações ao trabalho de prevenção**. In: *Protestantismo em Revista*, São Leopoldo, v. 27, p. 59-63, 2012.

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011b. 192 p.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de *et al.* **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017)**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e180, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: set. 2021.

ALVES, ERIKA KARLA DA SILVA VIEIRA. **Relações patriarcais de gênero e seus impactos na saúde de homens ante a epidemia de HIV/AIDS no Rio Grande do Norte: o caso do Hospital Dra. Giselda Trigueiro**. 2018. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de *et al.* **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina**. In: *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

ANDRADE, Regiane Freitas. do Nascimento; CRUZ, Maria Helena Santana. **Feminização da Aids: uma análise sob a perspectiva de gênero**. XX Encontro Internacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre Mulher e Relações de Gênero (REDOR), Salvador, 2018. Disponível em: <sinteseeventos.com.br/site/redor/GT3/GT3-18-Regiane.pdf>. Acesso em 28 jun. 2021.

ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa. **Mulheres solteiras e casadas e o uso do preservativo: o que sabem, pensam e praticam**. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba. 2014.

ARANTES, Raissa Cristina. **Estado e luta de classes: contribuições e limites de Poulantzas para o estudo do movimento dos trabalhadores**. 2016. 148 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz De Fora, Juiz de Fora, 2016.

AYRES, José Ricardo de. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. In: *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 1997. p. 327-327.

BANDEIRA, Lourdes Maria. **Relações de gênero, corpo e sexualidade**. In: Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. 1999. p. 180-197.

BANDEIRA, Lourdes. **Brasil Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas**. Brasília: CEPAL: SPM, 2005. Disponível em: <<http://transformatoriomargaridas.org.br/sistema/wp-content/uploads/2015/02/Genero-no-PPA-2004-2007.pdf>>. Acesso: Acesso em: 10 jul. 2021.

BANDEIRA, Lurdes. **Brasil: Fortalecimento da Secretaria Especial de Política para Mulheres Avançar na Transversalidade da perspectiva de genro nas políticas públicas**. Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL, Secretaria Especial de Política para as Mulheres - SPM, Brasília, jan. 2005

BARBOSA FILHO, Evandro Alves; ROCHA, Solange. **Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV/AIDS na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique**. In: HIV Aids e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife, Editora UFPE, 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASTOS, Francisco Inácio; COUTINHO, Katia. **Tão longe, tão perto: as pesquisas de aids no Brasil**. In: Saúde, desenvolvimento e Política: Respostas frente à aids no Brasil, São Paulo: Editora 34, 1999.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**. v. I, n. II. Tradução: Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BEZERRA, Valéria Peixoto *et al.* **Ações de prevenção do HIV e de promoção à saúde no contexto da Aids pela estratégia saúde da família em João Pessoa-PB**. In: Ciência, cuidado e saúde, Maringá, v. 15, n. 2, p. 343-349, 2016.

BLEIER, R. **Ciência e gênero: uma crítica de biologia e de suas teorias sobre a mulher**. Oxford. New York: Pergamon Press. 1984.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. Tradução: Maria Helena Kühner. Bertrand Brasil, 11º ed. Rio de Janeiro, 2012.

BRAH, Avtar. **Diferença, diversidade, diferenciação**. Cadernos Pagu, São Paulo, v. 26, p. 329-376, jan./jun., 2006.

BRASI, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Acesso-Universal-No-Brasil-Cen%C3%A1rio-Atual/56459364.html>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASI. **Guia orientador para realização das capacitações para executa dores e multiplicadores em teste rápido para HIV sífilis e aconselhamento em DST/AIDS na atenção básica para gestantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASI. V. **Grupo de mulheres e história de vida: por um processo de desnaturalização na prevenção no HIV**. In: AIDS: pesquisa social e educação, Hucitec Abrasco: Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **A Assistência e as Alternativas - Serviço de Assistência Especializada (SAE)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.htm>. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de SAE**. In: Unidades de Assistência Setor de Serviços AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08aids_relatorio_atividades.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2021.

BRASIL, Ministério Da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de dst, aids e hepatites virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/recomendacoes-para-atencao-integral-adolescentes-e-jovens-vivendo-com-hiv-aids-2013>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **5 passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica – guia para gestores**: Brasília, DF: Ministério Da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologicode-hiv-aids-2020>>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, n. especial, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2019>>. Acesso em: 09 de fev. de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério Da Saúde 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 Junho, de 2011**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação Inter federativa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de junho de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Enfrentamento da Feminização de Aids e outras DTS**. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Enfrentamento da Feminização de Aids e outras DTS: Análise da situação atual e proposta de monitoramento**. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. In: Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e

perspectivas 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicação/2011/aceso_universal_brasil_port_pdf_68184.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Rede Feminista de Saúde. **Igualdade de Gênero e HIV/AIDS: Uma Política por Construir**. UNIFEM, 2003. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Cartilhas/Igualdade%20de%20G%EAnero%20e%20HIV%20Aids%20uma%20pol%EDtica%20por%20construir.pdf>>. Acesso em 25 de ago. de 2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids** (2019). Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, n. especial, dez., 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>>. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto Constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n^{os} 1/92 a 56/2007 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n^{os} 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2018.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 05 de abr. 2019.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, Brasil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8.142.htm>. Acesso em: 07 de abr. 2019.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Diário oficial [da] República do Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1196309/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-20-09-1990/pdfView>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de setembro de 1990**. Diário oficial [da] República do Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 1990. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/1990/09/28>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. **Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, Brasil, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm>. Acesso em: 6 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST e AIDS**. Secretaria de política de saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) Manual. Brasília; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. **Alternativas assistenciais à aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada (SAE)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/bolepide/alternativas.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) Manual**. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Secretaria de política de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids, Brasília; 1997.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. A prova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério Da Saúde, 2017

BRASIL. **Portaria. nº77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe acerca da oferta de testes rápidos para identificação de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasil, DF: Ministério Da Saúde, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* **Política de saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, v. 3, p. 1-24, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAZ, Viviane Alline Gregorio Azevedo. **Epidemia de HIV no Brasil: tendências atuais sob o capitalismo contemporâneo**. 2020. 212 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

CALVETTI, Prislá Ücker *et al.* **Qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/Aids**. In: Aletheia, n. 38-39, p.25-38, maio/dez. 2012.

CAMPOS, Silvine Freitas. **Abrem-se as cortinas: o revelar das estratégias de saúde para o enfrentamento da transmissão vertical do HIV em Manaus**. 2020. 151 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2020.

CARLOS, Ana Ester Machado. **Doação de sangue: desafios para o serviço social na promoção à doação de sangue**. 2018. 137 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

CARRENO, Ioná; COSTA, Juvenal Soares Dias da. **Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional**. In: Revista de saúde pública, São Paulo, v. 40, p. 720-726, 2006.

CARVALHO, Alôma Cecília *et al.* **Perfil epidemiológico de casos de HIV-1 atendidos em um serviço de atenção secundária em Belém-PA**. In: Pará Research Medical Journal, v. 1, n. 2, jan./abr., n. p., 2018.

CASTRO, Mayara Gouveia de. **Política Anti-HIV, Novas Diretrizes e SUS**. 2017. 122 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

CASTRO, Susane de Fatima Ferreira de. **CARTOGRAFANDO OS CENÁRIOS DA AIDS NAS VELHICES: as políticas públicas entre o escrito e o vivido no município de Teresina (PI)**. 2015 263 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Fundação Universidade Federal do Piauí, 2015.

CHAUÍ, Marilena. **Participando do debate sobre mulher e violência**. In: Perspectivas antropológicas da mulher, Rio de Janeiro: Zahar, v. 4, p. 23-62, 1984.

Chenneville T, Gabbidon K, Hanson P, Holyfield C. The Impact of COVID-19 on HIV treatment and research: a call to action. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4548. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17124548>>. Acesso em: 9 mar. 2022.

CLEMENTINO, Milca Oliveira. **O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: as demandas, as respostas e a potencialidade da relativa autonomia nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB**. 2018 144 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.

COLLIER, Tamara Neder. **Pedra, Papel e Tesoura: Direitos Humanos, Redução de Danos Política Pública na Cracolândia de São Paulo**. 2020 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

CORONAVÍRUS-BRASIL. **Painel Interativo** - Coronavírus, atualizado em 15 de agosto de 2020. Disponível em: <https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>. Acesso em: 23 set. 2021.

CORRÊA, Mariza. **Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal**. Cadernos Pagu, São Paulo, p. 13-30, 2001.

COSTA, Camila de Castro Pereira *et al.* **Saúde integral da população LGBT – II**. Promoção da Equidade no SUS, Fortaleza, n. 7, p.170-191, 2014.

COSTA, Patrícia Rosalba Salvador Moura. **Aracaju dos não 90: crimes sexuais, homossexualidade, homofobia e justiça**. 2012. 360 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

CRENSHAW, Kimberlé. **Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics**. University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989, Article 8. 1989. Disponível em: <<https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>>. Acesso em: 2 de set. de 2019.

CRUZ, Maria Santana. **Matrizes teóricas nos estudos sobre mulher e trabalho**. In: Trabalho, Gênero, Cidadania: tradição e Modernidade, São Cristóvão: Editora UFS. 2005.

CRUZ, R. C. A. **Os caminhos da pesquisa de campo em Geografia**. Geosp – Espaço e Tempo, v. 1, n. 1, p. 93-97, 1997. Disponível em:<<https://www.revistas.usp.br/geosp/issue/view/9229>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

CUNICO, Wilson; GOMES, Claudia, R. B; JUNIOR, Walcimar T. Vellasco. **HIV-recentes avanços na pesquisa de fármacos**. In: Química Nova, São Paulo, v. 31, p. 2111-2117, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010040422008000800035&script=sci_arttext&tlng=Directory>. Acesso em: 20 de ago. de 2019.

DEZIN, N. K; LINCOLN, Y.S. **Introdução a disciplina e a prática de pesquisa qualitativa**. In: O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

DOS SANTOS, Nády Thalita Novaes *et al.* **Perfil epidemiológico de casos HIV/Aids cadastrados em Serviço Ambulatorial Especializado**. In: Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília, 2019.

DOURADO Inês *et al.* **Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil**. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-11e, 2016.

DOWSETT, Gary W. **Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da AIDS**. In: Questões de Saúde Reprodutiva, v. 1, n. 1, p. 39-49, 2006.

DUARTE, Constância Lima Alcântara. **Feminismo e literatura no Brasil**. In: Estudos Avançados, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 151-172, 2003.

EDLEY, Nigel. **Men and masculinity: The basics**. London, Routledge, 2017.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. In: Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem, São Paulo, 1996. p. 144-144.

ESCOREL, Sarah. **Saúde: uma questão nacional**. In. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria, 3 ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva, 2006.

FERNANDES, RENATA ALVES CESAR. **Mulheres vivendo com HIV/AIDS: processos de (auto)cuidado, violências e sorofobia. percursos na política de saúde**. 2020. 238 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza; NEMES, Maria Ines Battistella. **Prevenção das DST e aids na atenção primária à saúde: reflexões sobre as práticas a partir do estudo de uma Unidade de Saúde da Família**. In: Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania-Livro I, Curitiba: Juruá, 2012. p. 271-319.

FERRAZ, Elisabeth Anhel (Org). **Caminhoneiros: parcerias do asfalto – conhecimento, atitudes e práticas sobre o HIV/Aids em Uberlândia**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005.

FERREIRA, Rosana C. M; FIGUEIREDO, Marco Antonio C. **Reinserção no mercado de trabalho**. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. Medicina, Ribeirão Preto, v. 39, n. 4, p. 591-600, 2006. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n4/ao_reinsercao_mercado_trabalho.pdf>. Acesso em: 10 de jan. de 2022.

FIGUEREDO, Leonardo Gomes; RICHARDSON, Augusto Rosendo da Silva; SILVA, Thallita Soares; SOUZA, Karla Gardênia Silva; SILVA, Francisca Francineide Andrade. **Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo.** In: Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 805-811, 2013.

FILGUEIRAS, P. L.; BASTOS, C. E.; SENA, E. A.; FREITAS, C. H. S. M.; PEREIRA, I. L.; OLIVEIRA, M. G. **Caracterização das Gestantes Portadoras de HIV no Estado da Paraíba, 2008 - 2012.** In: Revista Brasileira de Ciências da Saúde, São Caetano do Sul, v. 18, n. 2, p. 115-124, 2014.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.** In: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59, p. 532-536, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1.** Vontade de saber. Tradução de ALBURQUERQUE, M. T e GUILHON A. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988

FREIRE, Suzi Mayara da Costa. **O Movimento LGBT em Mato Grosso: Trajetória, agenda e estratégias na luta por direitos.** 2014. undefined f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014.

FREITAS, André Ricardo Ribas; NAPIMOGA, Marcelo; DONALISIO, Maria Rita. **Análise da gravidade da pandemia de Covid-19.** In: Epidemiologia e serviços de saúde, Brasília, v. 29, n. 2, Epub, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200900>. Acesso em: 10 out. 2021.

FREITAS, Nadja Miranda de. **Vivências de mulheres com HIV/AIDS em suas escolhas reprodutivas Teresina 2015.** 2015. 113 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Fundação Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande e Senzala** formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. São Paulo. Círculo do Livro.2006.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. São Paulo: Editora 34, 2000.

GALVÃO, Jainara Maria Vieira; DA COSTA, Ana Carla Marques; GALVÃO, Jaime Vieira. **Demographic and socio-demographic profile of people living with HIV/AIDS/Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado/Perfil socio demográfico de los pacientes con HIV/AIDS un servicio de atención.** In: Revista de Enfermagem da UFPI, Teresina v. 6, n. 1, p. 4-8, 2017.

GALVÃO, M. T. G.; GOUVEIA, A. S.; CARVALHO, C. M. L; COSTA Ê.; FREITAS J. G.; LIMA, I. C. V. **Temáticas produzidas por portadores de HIV/ AIDS em grupo de autoajuda.** Rev. Enferm. UERJ, Teresina, p. 299-304, 2011.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde.** In: Saúde em Debate, v. 41, jan./mar., p. 63-76, 2017. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/abstract/?lang=pt>>. Acesso: 14 de out. de 2021.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. **Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração.** In: Saúde e sociedade, São Paulo, v. 19, p. 9-20, 2010.

GESSER, Marivete. **Gênero, corpo e sexualidade: processos de significação e suas implicações na constituição da mulher com deficiência física.** 2010. 296 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros.** 5ª Ed – São Paulo: Edição Loyola, 2001.

GONÇALVES, Ciomara de Freitas. **As casas de Apoio no contexto das políticas públicas de saúde para as DST/HIV/Aids no Estado de São Paulo, no período de 1996 a 2003.** Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde.../ciomaradefgoncalves.pdf>. Acesso em 09 de jun. de 2021.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária.** In: Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 26, p. 87-94, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>>. Acesso em: 02 de maio de 2019

GREEN, Duncan. **Da pobreza ao poder: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo.** São Paulo: Cortez, 2009.

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

HARAWAY, Donna. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial.** Cadernos Pagu, São Paulo, n. 5, p. 7-41, 1995.

HOGAN, Alexandra B. *et al.* **Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study.** The Lancet Global Health, v. 8, n. 9, p. e1132-e1141, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X\(20\)30288-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X(20)30288-6/fulltext). Acesso em: 21 set. 2021.

INCARNACAO, Luzinete Rezende da. **O trabalho dos profissionais de enfermagem: análise dos acidentes de trabalho com material biológico – Goiás 2008-2012.** 2014. 124 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

IZQUIERDO, Maria Jesús. **Bases materiales del sistema sexo/gênero.** São Paulo: SOF, 1990.

JUNIOR, Paulo Fernando Mafra de Souza. **ESTRATÉGIAS DECOLONIAIS DOS DIREITOS À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS PESSOAS TRANS AFROINDÍGENAS: Análises críticas às políticas do corpo a partir do site da Associação**

LAMBDA/Moçambique. 2018. 206 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

KAKEHASI, F. M. *et al.* **Vírus da imunodeficiência humana adquirida/HIV no período neonatal.** Revista Médica de Minas Gerais, v. 24, n. 2, p. 241-247, 2014.

KERGOAT, Danièle. **Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais.** In: Novos estudos CEBRAP, p. 93-103, 2010.

KOSIK, Karel. **A dialética do concreto.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

KRIEGER, Krieger, N. **Epidemiology and the people's health: theory and context.** Nova York, Oxford University Press, 2011.

LEITE, Marinês Tambara; MOURA, Cristiano de; BERLEZI, Evelise Moraes. **Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade.** In: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 10, p. 339-354, 2019. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232007000300007&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 17 de set. 2021.

LE MOS, Lígia Mara Dolce de; GURGEL, Ricardo Queiroz; DAL FABBRO, Amaury Lelis. **Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS.** In: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 27, p. 32-36, 2005.

LERNER, Gerdas. **A Criação do Patriarcado.** História da Opressão das Mulheres Pelos Homens. São Paulo Cultrix, 2019

LIMA, Maria Lúcia Chaves; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. **AIDS e feminização: os contornos da sexualidade.** Revista Subjetividades, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 103-118, 2008.

LIMA, Rita de Lurdes de. **Gênero e Serviço Social.** In: Congresso Internacional de Estudos Sobre a Diversidade Sexual e de Gênero. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em serviço Social – ABEPSS/Pesquisa e conhecimento em Serviço Social, Ed. Universitária da UFPE, Recife, ano 5, n. 9, 2011.

LIMA, Rossano Cabral. **Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental.** In: Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v30n2/0103-7331-physis30-02-e300214.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2021

LISBOA, Teresa Kleba. **Gênero, feminismo e Serviço Social: encontros e desencontros ao longo da história da profissão.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 66-75, 2010.

LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado – pedagogias da sexualidade.** 2a. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista.** Petrópolis: Vozes, 1997. 179 p.

MACHADO, C. Y. S. B.; FIGUEIREDO, M. C. **Vulnerabilidade feminina: Um estudo sobre relatos de mulheres vitimadas, no contexto da feminilização do contágio por**

HIV/AIDS. In: 8º Congresso HIV-AIDS–VIRTUAL CONGRESS, acessado a. 2007. p. 04-09. Disponível em <<http://Www.Aids.Congress.Net/Arcle.P.Hp/Id-Comunicao=316>>. Acesso em: jun. 2021.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Os métodos na pesquisa. A pesquisa qualitativa.** Temporalis,

MARTINS, Ari Carlos (Ed.). SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. Martinari, 2015.

MARTINS, Telma Alves *et al.* **Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e AIDS no mundo.** In: Revista Fisioterapia & Saúde Funcional, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014.

Disponível em: <

<http://www.periodicos.ufc.br/fisioterapiaesaudefuncional/article/view/20575/0>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

MARX, K. **Prefácio à Introdução à crítica da economia política.** In: Manuscritos econômico filosóficos e outros textos escolhidos. São Paulo: Abril, 1984.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivya; AGOSTINI, Rafael. **Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde.** In: Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 42, p. e151, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e151/pt/>>. Acesso em: 06 maio 2019

MINAYO, Maria Cecília de Sousa (org). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18.^a ed. Petrópolis. Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** Ed. Hucitec, São Paulo, 2007.

MOORE, Carlos. **Racismo e Sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo.** Belo Horizonte, 2ª edição, Nandyala, 2012.

MOTTA, Daniele Cordeiro. **O dilema das desigualdades frente ao marxismo.** In: Os desafios do feminismo marxista na atualidade. 1. ed. - Chapecó, Coleção marxismo21, 2020.

MUNIZ, Renata Gonçalves. **Efeitos do processo de territorialização na oferta de tratamento para puérperas com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro.** 2020. 140 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

NARCISO, Argéria Maria Serraglio; MEDINA, Maria Lúcia Maximiano; PEREIRA, Maria Tereza Mendes Alves. **Atuação do Serviço Social junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS no HURNP.** In: Serviço Social em Revista. Londrina, v. 1, n. 1, p. 107-116, jul./dez. 1998

NETTO, José P. **Introdução ao método na teoria social.** In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEFESS/ABEPS, 2009, p. 667-700.

O'LEARY, S. CHENY, B. (org.). **A Tripla Ameaça: Aids e mulheres.** Dossiê Panos. Tradução Ana Dourado. Rio de Janeiro: ABIA; Recife, PE: SOS Corpo; Londres, Inglaterra: Panos Institute, 1993.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, Adelia Dalva da Silva. **Conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a transmissão e a prevenção do HIV/AIDS Teresina - PI 2016**. 2016. 130 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

OLIVEIRA, I. M. J. **Gênero, vulnerabilidade e a feminização da Aids**. 2009.

OLIVEIRA, Jamile Silva de. **Análise dos determinantes sociais da saúde junto aos portadores do HIV/AIDS: Estudo sobre as condições de habitação social**. 2016. 123 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

OLIVEIRA, KEILA COSTA DE. **Saúde e educação: intersectorialidade e programática no contexto da prevenção das DST/aids, em Guarulhos (SP, Brasil)**. 2016. 153 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

OLIVEIRA, Maria Helena Almeida de. **AIDS, Comunicação e Juventudes: conectividades nos tempos do ficar. Estudo realizado com universitários de Teresina (PI) sobre as interações dos jovens com a aids comunicada pelas políticas públicas brasileiras em tempos de mediatização**. 2015. 270 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

ONU Brasil. **Chefe da ONU alerta para aumento da violência doméstica em meio à pandemia do coronavírus**. Brasil, 2020. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/chefe-da-onu-alerta-para-aumento-da-violencia-domestica-em-meio-a-pandemia-do-coronavirus/>>. Acesso em: 06 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias**. In: Guia de Intervenção Humanitária, Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

PADOIN, Isabel Graciele; VIRGOLIN, Isadora Wayhs Cadore. **A vulnerabilidade social como uma dificuldade a participação política**. In: XV Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e extensão. Cruz-Alta: UNICRUZ, 2010. Disponível: <http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCSA/A%20VULNERABILIDADE%20SOCIAL%20COMO%20UMA%20DIFICULDADE%20A%20PARTICIPAC%3%87%C3%83O%20POL%3%8DTICA.pdf>. Acesso em: 10 de ago. de 2020.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 2002.

PARKER, R. **Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos**. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

PARKER, Richard G.; HERDT, Gilbert; CARBALLO, Manuel. **Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS**. In: AIDS: pesquisa social e educação, Rio de Janeiro, 1995. p. 17-45.

PARKER, Richard. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Best Seller, 1991. 295 p.

PAULA, I. A.; SANTOS, N. J. S. **A prevenção às DST/Aids nos serviços de Atenção Básica no estado de São Paulo, 2012**. In: Vulnerabilidade de Direitos Humanos – prevenção e promoção da saúde. Livro II: Entre Indivíduo e Comunidade, Curitiba: Ed. Juruá, 2012. p. 219 - 240.

PEDROSO, Enio Roberto Pietra; OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **Blackbook clínica médica: medicamentos e rotinas médicas**. In: Blackbook clínica médica: medicamentos e rotinas médicas. 2007.

PEREIRA B.S; COSTA, C. O. M; AMARAL, M. T. R; COSTA, H. S; SILVA C. A. L.; SAMPAIO, V. S. **Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil**. In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, p. 747-758, 2014.

PEREIRA, A.C; BRADBURY, F; ROSSETTI, E.S; HORTENSE, P. **Avaliação da dor e fatores associados em pessoas que vivem com HIV/AIDS**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, 2019.

PEREIRA, Beatriz Pereira Mourão *et al.* **Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), CAXIAS-MA**. In: Revista Interdisciplinar, v. 9, n. 4, p. 132-141, 2016.

PEREIRA, Jefferson Santos. **Mulheres vivendo com HIV: fatores associados ao planejamento da primeira gravidez após o diagnóstico**. 2019. 191 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019

PERROT, Michelle. **As mulheres ou os silêncios da história**. Bauru: Edusc, 2005.

PESSOA, Daniele Raimundo Neves. **Mulheres, Jovens, Negras e Positivas para o HIV... Quem elas são? Perspectivas interseccionais na trajetória de mulheres grávidas com HIV em acompanhamento de saúde no núcleo perinatal do HUPE/UERJ**. 2018. 181 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

PETERS, T.; BENNETT, G. **Construindo pontes entre a ciência e a religião**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

PETERSEN, M. L. **Consequências a longo prazo do atraso entre falha virológica de Highly Active Anti-Retroviral Therapy e Modificação Regime: um estudo prospectivo**. Rio de Janeiro, 1999.

PINTO, Agnes Caroline S. *et al.* **Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos**. In: DST Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases, Niterói, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007. Disponível em: <www.uff.br/dst/revista19-1-2007/7.pdf> Acesso em: 02 de jul. de 2019.

POUGY, Lilia Guimarães. **Notas sobre políticas públicas de gênero e Serviço Social**. In: Revista Praia Vermelha, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 159-174, 2012.

REDE FEMINISTADE SAÚDE. **Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte, 2006.

REIS, J. M. A. de C.; SANTOS, M. R. G. **Ser mulher HIV + e ter sexualidade: Um constante recomeço**. 2004. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, 2004.

RIOS, Luís Felipe; PARKER, Richard; TERTO JUNIOR, Veriano. **Sobre as inclinações carnavais: inflexões do pensamento cristão sobre os desejos e as sensações prazerosas do baixo corporal**. In: Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 1, p. 195-217, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100011&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 4 set. 2021.

RNPVHA. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. **Carta de princípios da RNP+ BRASIL**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.rnpvha.org.br/carta-de-principios-da-rnp-brasil.html>>. Acesso em: 18 de jun. 2021.

ROCHA, G. **Itabaiana mora “em cima” do caminhão: cidade sergipana tem a maior taxa de caminhões por habitantes do Brasil: 1 para 20**. In: Carga Pesada, Londrina, n. 151, 2008.

ROCHA, K. B.; SANTOS, R. R. G.; CONZ, J.; SILVEIRA, A. C. T. **Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites**. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 22-33, 2016.

ROCHA, S. *et al.* **Lutando por mais saúde: movimento feminista contra a epidemia de AIDS**. In: Desafios à Vida. Desigualdades e HIV/AIDS no Brasil e na África do Sul. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

ROCHA, S. *et al.* **Mulheres, HIV e AIDS: os silêncios e as vozes no Brasil, África do Sul e Moçambique**. In: HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: Editora UFPE, 2018

RODRIGUES, Mathew. **Covid-19 e HIV não são os mesmos. Mas são similares em muitos aspectos que importam**. El pais, Brasil. 25 MAI 2020. Disponível: <<https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-05-26/covid-19-e-hiv-nao-sao-os-mesmos-mas-sao-similares-em-muitos-aspectos-que-importam.html>>. Acesso: 11 de jul. 2021

ROMANOWSKI, Joana Paulin; ENS, Romilda T. **As pesquisas denominadas do tipo estado da arte em educação**. In: Diálogo Educacional, Curitiba, v. 6, n. 19, p. 37-50, set./dez., 2006. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/DIALOGO?dd1=237&dd99=pdf>. Acesso em: 30 março 2021.

ROSA, Gilvan dos Santos. **Terceiro Setor: um estudo no Grupo Dialogay de Sergipe**. 2005. Monografia (Especialização no Terceiro Setor e Políticas Públicas) - Universidade Tiradentes, Aracaju, 2005.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **O poder do macho**. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. 2ª edição, São Paulo: Expressão popular: Fundação Perseu Abramo, 2015 [2004].

SALDANHA, Ana Alayde Werba. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <<https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/.../werba%20saldanha.pdf>> Acesso em: 07 de jul. de 2019.

SANTOS, Cristiane de Oliveira; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2896-2905, 2007.

SANTOS, Giselli Caetano dos. **A dimensão social da aids: avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco**. 2014. 162 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

SANTOS, Luciene Maria Silva dos. **“Nas fronteiras do desenvolvimento”: os desafios à política pública de saúde no enfrentamento ao HIV/AIDS ante um território em transformação**. 2014. 143 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

SANTOS, Maria Edilma de Jesus. **Aids e gênero: Um estudo sobre mulheres soropositivas em Aracaju/se**. Monografia (Especialização em Políticas Públicas e Gênero) - Universidade Federal de Sergipe, 2012.

SANTOS, Maria Edilma de Jesus. **O Acompanhante no Contexto Hospitalar: A Integralidade no Cuidado ao Paciente do SUS**. 2014. Monografia (Especialização em residência multiprofissional). - Hospital Universitario da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2014.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. **Da transversalidade à transversalização de gênero: aportes conceituais e prático-políticos**. In: Travessias de gênero na perspectiva feminista, Salvador: EDUFBA/NEIM, 2010.

SATTLER, Janyne. **Epistemologia Feminista**. Programa de Pós, 2019.

SCOTT, Joan W. **O enigma da igualdade**. Revista estudos feministas, Florianópolis, v. 13, p. 11-30, 2005.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. In: Educação & realidade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, jul./dez., 1990.

SEGATO, Rita Laura. **Os percursos do gênero na antropologia e para além dela**. Revista Semestral de Sociologia, Brasília, 1998, V. 11 [on line]. Disponível em: <http://www.miniweb.com.br/Historia/arti_gos/i_antiga/pdf/serie236empdf.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

SEGIPE. Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe. **Sergipe registra uma média de 300 novos casos por ano de AIDS**. Sergipe, 2021c. Disponível em: < <https://al.se.leg.br/sergipe-registra-uma-media-de-300-novos-casos-por-ano-de-aids/>>. Acesso em: 13 de set. 2021.

SEIXAS, Ana Maria Ramos. **Sexualidade feminina: história, cultura, família-personalidade & psicodrama**. In: Sexualidade feminina: história, cultura, família-personalidade & psicodrama. São Paulo: Senac, 1998. p. 292.

SERGIPE. Governo do Estado. **Governo de Sergipe garante atendimento às pessoas em vulnerabilidade que vivem com HIV/AIDS**. Sergipe, 2021b. Disponível em: <https://www.se.gov.br/noticias/Inclus%C3%A3o%20Social/governo_de_sergipe_garante_atendimento_as_pessoas_em_vulnerabilidade_que_vivem_com_hiv_aids>. Acesso em: 17 de out. de 2021.

SERGIPE. Secretária de Estado da Saúde. **“HIV/AIDS é um grave problema de saúde pública”, alerta Almir Santana**. Sergipe, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.se.gov.br/hiv-aids-e-um-grave-problema-de-saude-publica-alerta-almir-santana/>>. Acesso: 17 de out. de 2021.

SERGIPE. Secretária de Estado da Saúde. **Médicos precisam conversar com idosos sobre Aids e HIV, diz Almir Santana**. Sergipe, 2021a. Disponível em: <<https://www.saude.se.gov.br/medicos-precisam-conversar-com-idosos-sobre-aids-e-hiv-diz-almir-santana/>>. Acesso em: 18 de set. 2021.

SETÚBAL, Aglair Alencar. **Análise de conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações**. Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, p. 59-85, 1999.

SILVA, Aline Oliveira. **As Representações da Aids para a Terceira Idade, sob uma Perspectiva de Gênero: Significados e Repercussões nos Domínios da Vida do Idoso e Funcionamento Familiar**. 2016. 95 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2016.

SILVA, Aline Oliveira. **HIV/AIDS na Velhice: Um Olhar sobre a Construção e Alcance das Políticas Públicas**. 2020. 192 f. Tese (Doutorado em Economia Doméstica) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2020.

SILVA, Henrique da Costa. **“CATA O RECADO, MONA”: Condicionantes políticos, econômicos e culturais no Processo Transsexualizador no SUS – A experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. 2019. 163 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

SILVA, Karolayne Germana Leal e. **Visitando os discursos de Mulheres Velhas soropositivas sobre gênero, sexualidade e HIV-AIDS**. 2015. 167 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

SILVA, Maria da; PEDRO, Cláudia Bragança; GUEDES, Olegna de Souza. **As conquistas do movimento feminista como expressão do protagonismo social das mulheres**. In: Anais do I Simpósio sobre estudos de gênero e políticas públicas, Rosário de Fátima, 2014, p. 1-10.

SILVA, SILVANIA MARTINS DA. **As condições de trabalho e estratégias de sobrevivência das mulheres com HIV/AIDS atendidas no Hospital Universitário de**

Brasília até 2017. 2020. 96 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020.

SILVA, Taciana Maria da. **Direitos reprodutivos e direitos sexuais de mulheres vivendo com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência de Recife/PE.** 2016. 150 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

SILVA, Tamara Queiroz Costa; SZAPIRO, Ana Maria. **Mulheres heterossexuais em relacionamento estável: limites do aconselhamento em DST/HIV/AIDS.** Revista Subjetividades, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 350-361, 2015.

SOARES, R. *et al.* **Serviço de Assistência Especializada em HIV e AIDS de Recife no contexto de contrarreforma da Política de Saúde.** In: HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo: África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: Editora UFPE, 2016.

SOARES, Valeria Barbosa. **Saúde pra quem? A luta dos movimentos sociais da população LGBTI+ pela efetivação de uma política pública de saúde em Manaus.** 2020. 177 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2020.

SOUZA de C.C.; MATA, L. R. F da; AZEVEDO C.; GOMES, C. R. G.; CRUZ, G. E. C.; TOFFANO, S. E. M. **Interiorização do HIV/Aids no Brasil: Um Estudo Epidemiológico.** In: Revista Brasileira de Ciências da Saúde, São Caetano do Sul, v. 11, n. 35, jan./mar. 2013.

SPOSATI, Aldaíza. **Exclusão social abaixo da linha do Equador.** In: Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam. São Paulo: Educ., p. 128-133, 1999.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 08 de set. 2021.

STRECK, Valburga Schmiedt. **A feminização do HIV/AIDS: narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja.** Estudos teológicos, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 345-356, 2012.

TELES, Sheila Araujo *et al.* **Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em caminhoneiros no Brasil.** In: Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 24, p. 25-30, 2008.

TOLEDO, Angelita Alves. **Mulheres Negras Soropositivas e as Interseccionalidades entre Gênero, Classe e Raça/Etnia.** 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado em Serviço social) – Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Direitos em uma Pandemia, Lockdowns, direitos e lições do HIV na resposta inicial à COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/rights-in-a-pandemic_pt.pdf>. Disponível em: Acesso em: 19 jan. 2020.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **World Health Organization. Gender and reproductive rights**. Disponível em <<http://www.unaids.org/en/events/world+aids>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

UNAIDS. **Interrupções em serviços de HIV devido à COVID-19 podem causar pelo menos 500.000 mortes a mais por AIDS**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2020/05/interruptoes-de-servicos-dehiv-por-causa-da-covid-19-podem-causar-centenas-demilhares-de-mortes-a-mais-por-aids>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

US, Centers for Disease Control and Prevention. **Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses-United States, 2000-2004**. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, v. 57, n. 45, p. 1226-1228, 2008.

VANCE, Carole S. **A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico**. In: Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-32, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373311995000100001&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánches. **Filosofia da Práxis**. Tradução: Luiz Fernando Cardoso, 2ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S. **Aids: um desafio para a saúde coletiva**. In: Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Integrando Prevenção e Assistência. Coleção DST/AIDS. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, Brasília, n. 8, p. 142-148, 2004.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S. **Aids: um desafio para a saúde coletiva**. In: SZAPIRO, A. M. (Org.) Centro de testagem e aconselhamento: integrando prevenção e assistência, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

VIEIRA, A.; BARBOSA, E.; ROCHA, S. **Política de Saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas**. In: Revista Argumentum, Vitória, v.10, n.1, p. 72-83, jan./abr. 2018.

VILLELA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. **Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos**. In: Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, p. 95-150, 2003.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. **Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil**. Avanços e permanências da resposta à epidemia. In: Ciência & Saúde, Coletiva [online], Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 87-96, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0087.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2021.

WEEKS, Jeffrey. **O corpo e a sexualidade**. O corpo educado. Belo Horizonte: Autêntica, v. 2, p. 35-82, 1999.

WERNECK, Jurema. **A vulnerabilidade das mulheres negras**. In: Jornal da Rede Saúde, São Paulo, v. 23, p. 31-33, 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/JornaldaRede/JR23/Jornal%20da%20Rede%20n%BA%2023.pdf>>. Acesso em 16 jan. 2022.

APÊNDICE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

Roteiro para análise de documentos.

Dados identificados da população com HIV/AIDS atendidas na atenção básica do município de Itabaiana SE, emitidos pelo MS.

1-Quantitativo de teste de HIV masculino e feminino/mulheres trans. de 2014s a 2020.

2- Quantitativo de gestante com HIV?!

3- Os itens abaixo estão relacionados as mulheres com HIV/AIDS.

4-Escoloridade

5-Estado civil

6-Raca/cor

7-Ocupação

8-Forma de transmissão

10- Tipos de parceiros sexuais (homens, mulheres e outros)

11-Uso de preservativo com parceiro?