

UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESS – ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL – NITERÓI
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

ANA PAULA RANGEL DA SILVA

**MATERNIDADE e HIV/AIDS: um estudo das percepções de uma equipe de saúde
sobre a gestante soropositiva**

NITERÓI

2007

ANA PAULA RANGEL DA SILVA

**MATERNIDADE e HIV/AIDS: um estudo das percepções de uma equipe de saúde
sobre a gestante soropositiva**

Dissertação de Mestrado submetida ao
Centro de Estudos Sociais Aplicados da
Universidade Federal Fluminense, como
parte das exigências para obtenção do
título de Mestre em Política Social.

Orientador:

Prof. Dr. João Bôsco Hora Góis

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

NITERÓI

2007

**MATERNIDADE e HIV/AIDS: um estudo das percepções de uma equipe de saúde
sobre a gestante soropositiva**

ANA PAULA RANGEL DA SILVA

Dissertação de Mestrado submetida ao
Centro de Estudos Sociais Aplicados
da Universidade Federal Fluminense,
como parte das exigências para
obtenção do título de Mestre em
Política Social.

Aprovada por:

Prof. Dr. João Bosco Hora Góis - Orientador
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa. Dra. Rita de Cássia Santos Freitas - 1º Examinadora
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa. Dra. Carla Cristina Lima de Almeida - 2º Examinadora
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

SILVA, Ana Paula Rangel

Maternidade e HIV/ADS: um estudo das percepções de uma equipe de saúde sobre a gestante soropositiva/Ana Paula Rangel da Silva. Campos dos Goytacazes, Universidade Federal Fluminense, 2007.

N.º pg preliminares (15),n.º folhas restantes (105).

Dissertação (Mestrado) – Universidade federal Fluminense, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Campos dos Goytacazes, RJ, 2006.

Descritores: Aids, Maternidade, Mulher.

Ao meu querido e saudoso pai, que em todos os momentos da minha vida foi grande incentivador do estudo, na esperança por dias melhores.

Ao grande companheiro que Deus pôs em minha vida, Armando. Obrigada pela compreensão, carinho e ajuda em todos os momentos deste trabalho. Te amo.

À Minha mãe, avó e irmã, por existirem cada uma do seu jeito.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que rege e guia a minha vida.

À minha família, que sempre esteve presente em todas as etapas da minha vida e, em especial, nesta nova conquista.

Ao Professor Dr. João Bosco da Hora Góis, meu querido orientador, que tornou possível a concretização do que era apenas um sonho, a conclusão do curso de Mestrado.

Às professoras Dr^a. Janete Luzia Leite e Dr^a. Josete Luzia Leite por terem feito parte da banca de qualificação. Suas observações foram valiosas para mim.

Às professoras Dr^a. Rita de Cássia Santos Freire e Dr^a. Carla Cristina Lima de Almeida, que gentilmente aceitaram o convite de compor à Banca Examinadora.

Aos Professores Dr. André Augusto Brandão e Dr^a. Lenaura Vasconcelos Costa Lobo, pela contribuição teórica para o meu crescimento acadêmico.

À coordenadora do Programa Municipal DST/AIDS Sr.^a Maria Clélia Pinto Coelho e Dr. Sandro Bichara, diretor do SAE, pelo apoio e compreensão da necessidade de afastamento em alguns momentos para que este trabalho pudesse ser concluído.

A Sr.^a Rosângela Fonseca Azevedo, assessora técnica da Coordenação Municipal de DST/AIDS, pelas palavras de incentivo e pela energia boa que passa para as pessoas.

À presidente Sr.^a Aparecida Porto e diretor Sr. Selmo Serpa, representantes da ONG Lar Esperança em Cabo Frio, pela compreensão da necessidade de trocas de plantão e alguns dias de ausência na ONG. Certamente que sem esse apoio ficaria mais difícil concluir esta importante etapa da minha vida.

À colega de trabalho Lidiane, assistente social no SAE. Obrigada pelo apoio e consentimento para inúmeras trocas de plantão. Serei sempre grata a você!

Aos profissionais do SAE que participaram desta pesquisa, pela receptividade e confiança depositada no repasse das informações aqui contidas.

A Dra. Regina Célia de Souza Campos Fernandes, infectologista do SAE, por ser um exemplo a ser seguido em qualquer área profissional. A senhora é um referencial enquanto profissional e pesquisadora para mim.

Ao Dr. Alexandre Sereno, competente profissional em Farmácia, por ter atendido a todos os meus pedidos de “socorro”, sempre me auxiliando com materiais referentes à saúde e aids.

À Vanda, pelo ombro amigo, troca de experiências e apoio durante o curso de Mestrado. Prezo sua amizade e te respeito enquanto profissional competente que é!

A Elma, Claudinez, Dionísia e Cléa, pelo apoio e amizade a mim dedicados no período de curso, na UFF Campos. Vocês fizeram a diferença em momentos muito tristes e difíceis na minha vida.

À Renata por compreender a necessidade da minha ausência nos churrascos ou festas de aniversário e continuar sendo minha melhor amiga.

À “prima” Jane, por ter torcido por minha vitória na conclusão deste curso e se lembrado de mim em suas orações.

A Skell e Lúcia, profissionais da secretaria do Centro de Estudos Sociais Aplicados da UFF, pela solidariedade nos momentos de tensão. Vocês fazem a diferença!

A Vaninha, secretária do curso de Pós Graduação do Departamento de Serviço Social de Campos, por ter me incentivado a voltar ao curso de mestrado, quando todo parecia perdido.

A Pituchinha, por ter proporcionado momentos de alegria e risos quando tudo parecia ser um caos na minha vida.

Estrada para o sucesso

(Autor Desconhecido)

A estrada para o sucesso não é uma reta.

Há uma curva chamada fracasso,

um trevo chamado confusão, um quebra-molas

chamado amigos, faróis de advertência chamados família

e pneus furados chamados empregos.

Mas, se você tiver um estepe chamado

determinação, um motor chamado

perseverança, um seguro chamado fé e

um motorista chamado Jesus, você

chegará a um lugar chamado sucesso!

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	xii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xiv
RESUMO.....	.xv
ABSTRACT.....	.xvi
INTRODUÇÃO.....	.01
CAPÍTULO 1- AIDS: HISTÓRIA E TENDÊNCIAS.....	10
1.1-A identificação da aids e sua evolução no mundo.....	10
1.2-A aids no Brasil.....	14.
1.2.1.-A interiorização e distribuição regional da aids.....	18
1.2.2-Pauperização.....	20
1.2.3-Feminização.....	23
CAPÍTULO 2- A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E A POLÍTICA NACIONAL DE AIDS.....	41
2.1-Assistência à epidemia de aids e seu surgimento na história brasileira.....	53
2.2-Criação do Programa Nacional de AIDS.....	59

CAPÍTULO 3- MATERNIDADES E MULHERES SOROPOSITIVOS ENTRE A PIEDADE E A CONDENAÇÃO.....	67
3.1-O serviço e a equipe entrevistada.....	67
3.2-Percepções sobre a doença e as pessoas doentes.....	72
3.3 – As percepções sobre as mulheres soropositivas.....	79
3.4-A mulher soropositiva e a maternidade.....	81
3.5- As percepções sobre a gravidez de mulheres soropositivas.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	97
ANEXOS	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição espacial dos Municípios com pelo menos um caso de aids. Brasil, 1980-2004.....	19
Figura 2: Taxa de incidência por ano de diagnóstico, Brasil, 1993-2004.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição espacial dos municípios pelo menos um caso de aids. Brasil, 1980- 2004.....	22
Tabela 2. Casos de aids em indivíduos com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2004.....	25
Tabela 3. Casos de aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-junho/2005.....	30
Tabela 4. Casos de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2005.....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<i>ACTG</i>	"Aids Clinical Trial Group"
	"Acquired Immuno deficieny Syndrome" ou Síndrome da
<i>AIDS</i>	Imunodeficiência Adquirida
<i>ARV</i>	Anti-retroviral
<i>BPC</i>	Benefício de Prestação Continuada
<i>CD4</i>	"Cluster Differentiation 4"
<i>CD8</i>	"Cluster Differentiation 8"
<i>CDC</i>	"Center for Diease Control"
<i>COAS</i>	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
<i>CTA</i>	Centro de Testagem e Aconselhamento

<i>DST</i>	Doença Sexualmente Transmissível
<i>GAPA</i>	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
<i>GLSTB</i>	Gays, Lésbicas Simpatizantes, Transgêneros e Bissexuais
<i>HFM</i>	Hospital Ferreira Machado
<i>HPC</i>	Hospital dos Plantadores de Cana
	"Human Immunodeficiency Vírus" ou Vírus da Imunodeficiência
<i>HIV</i>	Humana
<i>IAPAS</i>	Instituto de Administração financeira da Previdência
<i>INAMPS</i>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<i>MPAS</i>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<i>MS</i>	Ministério da Saúde
<i>OMS</i>	Organização Mundial da Saúde
<i>ONG</i>	Organização Não-Governamental
<i>PAISM</i>	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<i>PAM</i>	Plano de Ações e Metas
<i>PN-DST/AIDS</i>	Programa Nacional de DST/AIDS
<i>PNUD</i>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<i>POA</i>	Plano Operacional de Assistência
<i>PROMAI</i>	Projeto Materno Infantil
<i>SAE</i>	Serviço de Assistência Especializada
<i>SES</i>	Secretaria Estadual de Saúde
<i>SINAN</i>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<i>SINPAS</i>	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

<i>SMS</i>	Secretaria Municipal de saúde
<i>SUS</i>	Sistema Único de Saúde
<i>TARV</i>	Terapêutica anti-retroviral
<i>UBS</i>	Unidade Básica de Saúde
<i>UDI</i>	Usuário de Droga Injetável
<i>UFF</i>	Universidade Federal Fluminense
<i>UNAIDS</i>	Programa de Aids das Nações Unidas
<i>UNESCO</i>	Organização das Nações Unidas Educacional, Científica e Cultural

RESUMO

Este estudo tem o objetivo de investigar o processo de construção de imagens relacionadas à aids e a mulher soropositiva pela equipe de profissionais atuantes num serviço de atendimento especializado em Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro. Busca entender como tal construção os coloca como colaboradores na manutenção do silêncio em relação à sexualidade do portador de aids e gravidez da mulher soropositiva por profissionais de saúde e a continuidade da estória de gestações não planejadas dessa clientela. A pesquisa envolveu uma dimensão qualitativa, e para análise de material foi necessário um estudo exploratório a partir de nove entrevistas individuais com profissionais de níveis de escolaridade diferenciados, mas que em determinado momento do atendimento à gestante HIV tornam-se presentes. O estudo permite afirmar que imagens da aids divulgadas pela mídia no início da história da epidemia exercem influência na forma de pensar e agir dos profissionais desse serviço e deixa brechas a serem preenchidas na forma como o atendimento é organizado e prestado a esta clientela.

Palavras-chave: AIDS, Maternidade - Mulheres.

ABSTRACT

This study aims at examining the perceptions about pregnancy among HIV/AIDS held by professionals who work in a specialized health care unit in the city of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro state. It also tries to explain how such perceptions contribute to perpetuate the silence regarding women living with HIV/AIDS sexual practices and family planning. Data for this research were collected by interviewing nine professionals who work in the above referred unit. Images from the HIV/AIDS epidemic are strongly present in the professional perceptions and ultimately may contribute to lower the quality of the services provided.

Key Words: AIDS, Matherhood - Women

INTRODUÇÃO

Muitas vezes a escolha de temas de pesquisa advêm de motivações antigas, mesmo que inconscientes, que em geral estão relacionadas com a trajetória pessoal e profissional de cada um.

Conclui o curso de Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense em Campos dos Goytacazes no ano de 1997. Logo nas primeiras tentativas de exercer a profissão constatei que, além de escasso, o emprego como assistente social exigia ainda a apresentação de comprovação de trabalho na área. Após um ano de busca, sem sucesso, passei a ficar indignada por ter dedicado anos de estudo a uma profissão que, a princípio, via como não devidamente valorizada e que parecia ser aos olhos de empresários e chefes institucionais algo supérfluo ou substituível. Pensava sarcástica: de que me adiantou tanta dedicação acadêmica se a realidade “nua e crua” insistia em me mostrar que experiência profissional era muito mais importante que boas notas, bons coeficientes e pontuação máxima no trabalho de conclusão de curso? Quanta perda de tempo!, pensava eu.

Com isso, após meses de desgosto propiciado pelo desemprego na área, aceitei trabalhar como caixa numa boutique de um shopping em Campos. Nos dias que antecediam o natal o movimento era intenso e, ao cumprir as ordens do momento, me encontrava sentada no chão do depósito de loja dobrando caixas para embalagens de presentes e passando roupas para serem expostas e vendidas. Vi meu reflexo no espelho que tomava conta de toda uma parede e chorei baixinho.

No dia 24 de dezembro de 1998, da mesma forma como ocorreu durante toda semana, sai muito tarde do emprego. O relógio acusava vinte e três horas e dez minutos e já era praticamente Natal. Meu pai foi me buscar e suas palavras de ânimo e conforto não surtiram efeito. Estava exausta demais, triste demais e sem a menor vontade de me reunir aos meus familiares para ceia natalina. Chorei muito, neguei a profissão de assistente social e disse a

toda minha família, amigos e colegas próximos ter “enterrado” de uma vez por todas o que até então julgava ser “tempo acadêmico perdido”.

Havia realmente decidido virar essa página da vida, dando início a um novo curso de graduação. Porém, não me sentia feliz, tranqüila, nem tampouco conformada, como aparentava aos outros.

No verão, encontrei uma conhecida que era vendedora numa loja de jóias no shopping e ela me contou que a presidente da “Associação dos Irmãos da Solidariedade”, uma casa de apoio para pessoas com aids, acabava de sair dali e que havia comentado sobre a urgência e dificuldade que tinha em encontrar uma assistente social com o perfil que desejava para trabalhar com soropositivos naquela ONG. Tratava-se de um trabalho voluntário.

Tal informação fez com que eu sentisse esperança em finalmente atuar como assistente social, mas fez também com que recordasse o dia que desprezei a possibilidade de estagiar naquela mesma ONG, ainda que precisando de um campo de estágio.

Como num curta-metragem, lembrei das colegas que estagiavam no Hospital Ferreira Machado, na área de tratamento de doenças infecto-parasitárias, onde desenvolviam um trabalho com pacientes soropositivos. Considerava essas colegas “pessoas altamente corajosas”. Afinal, pensava eu, o que um paciente “revoltado” em decorrência da aids poderia fazer com qualquer um que estivesse por perto?

Informações truncadas e notícias antigas sobre soropositivos que haviam infectado pessoas utilizando seringas com seu próprio sangue encontravam-se presentes em meu subconsciente. Na minha mente também estavam presentes percepções preconceituosas sobre uma suposta generalização de um comportamento “promíscuo” por parte dos afetados pela aids. Essas percepções, amplamente difundidas na imprensa, propiciaram a formação em mim da imagem do portador de aids como alguém que possuía índole questionável e por isso mesmo imprevisível em suas atitudes.

Mas a revolta que sentia pelo que julgava ter sido “desperdício de tempo acadêmico” e pelos consecutivos “nãos” por falta de experiência profissional foi maior que qualquer receio do desconhecido e, assim, compareci a ONG para trabalhar como voluntária. Planejava ficar lá por alguns meses e obter a tal experiência profissional que ainda não possuía no currículo.

Dessa maneira comecei a trabalhar como assistente social e agora havia tornado-se urgente estudar sobre aids. Aprendi bastante sobre a doença e sobre a realidade daqueles que lá se internavam. Particpei de inúmeros encontros de ONGs e de congressos.

Lidava diariamente com pessoas sofridas e que, independente do que haviam feito em suas vidas, estavam sozinhas, sem qualquer amigo ou familiar. Precisavam de apoio, jamais de julgamentos. Superei preconceitos e medos infundados criados pela imaginação de pessoas que moravam numa cidade interiorana.

Após um ano de atividades na Associação dos Irmãos da Solidariedade, passei a receber convites de trabalho.

A minha permanência em tal instituição comprovou que muita coisa havia mudado acerca de minhas concepções de vida e que trabalhar com pessoas positivas para o HIV havia se tornado uma opção e não mais um meio de comprovar experiência como assistente social.

No segundo ano de trabalho, após solicitação da presidente da ONG, passei a ser remunerada pela Prefeitura de Campos dos Goytacazes.

Apesar do meu interesse inicial por trabalhar com pessoas vivendo com aids não ter sido fruto do altruísmo, o tempo se encarregou de me mostrar que era possível alcançar realização profissional, romper tabus, idéias equivocadas a respeito da doença assim como de suas vítimas e ainda tornar-me participante de um processo contínuo de combate ao descaso do atendimento de saúde pública, preconceitos, abandono familiar e desigualdades sociais. De outra forma, certamente não teria permanecido como assistente social em tal instituição por quatro anos consecutivos.

Quando cheguei à conclusão que havia cumprido uma etapa de minha vida profissional e que era necessário aprender mais sobre as questões sociais, que é material vivo de trabalho do assistente social, solicitei à Secretaria de Saúde Municipal transferência de local de trabalho. Contudo, devido à “experiência profissional” que enfim havia adquirido, fui remanejada para o Programa dst/aids de Campos dos Goytacazes, onde permaneço do ano de 2002 e até os dias de hoje.

Após algumas semanas de trabalho percebi claramente que minha tarefa no âmbito governamental, apesar de continuar atuando com soropositivos, era bastante diferente do que tinha até então realizado e por isso mesmo bastante enriquecedor.

As demandas eram inúmeras: de serviços para pessoas que buscavam sua destruição por não aceitarem sua nova condição sorológica à escuta dos lamentos de mulheres soropositivas que, por serem donas de casa, jamais pensaram que haveria necessidade de usar preservativos com os seus maridos durante relações sexuais. A tudo isso se associava o problema da pobreza que atingia o conjunto dos usuários do serviço: é facilmente constatável que pelo menos 90% das pessoas vivendo com aids inscritas no Programa estão desempregados ou sobrevivem de pequenos biscates ou ainda da ajuda de terceiros. Dessa forma, a doença veio por agravar a condição de pobreza já existente ou torná-los miseráveis.

Devido à política de distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento de pessoas com aids, o que geralmente falta a elas são alimentos. A resolução desse problema era, e é na maioria das vezes, encontrada na solidariedade de familiares e vizinhos e/ou pela concessão de benefícios assistenciais.

Durante as entrevistas e em algumas participações no grupo de adesão formado por usuários de antiretrovirais, observei que a fome e inexistência de recursos básicos são fatores desestimulantes para a adesão ao tratamento e essa cruel realidade foi uma espécie de “fonte de inspiração” para que me sentisse motivada a pesquisar e conhecer mais sobre a realidade econômica dos pacientes de aids inscritos no Programa Municipal de DST e aids, em especial as mulheres com filhos, por representarem um número significativo no cadastro de entrega do benefício de suplementação alimentícia municipal. A possibilidade de desenvolver tal pesquisa se concretizou com o ingresso no curso de mestrado em política social da Universidade Federal Fluminense.

Porém, no decorrer do curso de Mestrado, com a nova atribuição de contribuir para minimizar a incidência de transmissão vertical do hiv, desenvolvendo o Projeto Materno Infantil- PROMAI passei a investir no trabalho voltado quase que especificamente à gestante soropositiva, o que ocasionou um redirecionamento da proposta de pesquisa inicial, a qual passou a girar em torno do seguinte tema: maternidade e soropositividade.

A escolha pelo presente tema ocorreu a partir da observação dos comentários de membros da equipe interdisciplinar do SAE feitos cada vez que se apresentava ao Programa uma mulher grávida com exames recentes de sorologia reativa para o hiv ou quando a paciente, já usuária e conhecedora de sua condição sorológica, reportava estar gestante. Tais comentários levaram-me a refletir sobre a persistência da idéia socialmente enraizada de que doentes de aids dividem-se entre “culpados” e “inocentes”, como no início da epidemia.

Com o surgimento de novas gestações positivas para o hiv e os riscos de transmissão vertical do vírus, a coordenadora da Unidade de Saúde me alertou para possíveis falhas no aconselhamento dos usuários quanto ao uso de preservativos em todas as relações sexuais, o que contribui para aumento de carga viral dos portadores de hiv/aids, menor resistência imunológica e, conseqüentemente, aparecimento de doenças oportunistas, além do risco de nascerem novas crianças infectadas por meio da transmissão vertical.

Se por um lado havia a preocupação da esfera governamental em mostrar eficiência de suas ações, por outro lado, mulheres soropositivas que estavam grávidas pela segunda ou terceira vez estavam plenamente conscientes sobre sua sorologia positiva e riscos de transmissão do hiv para o bebê.¹

Algumas mulheres integrantes do grupo de gestantes tinham conhecimento da grande possibilidade de ter filhos saudáveis, pois já haviam se submetido aos procedimentos necessários para profilaxia da transmissão vertical do hiv desde a gravidez anterior, porém não demonstravam qualquer conhecimento sobre planejamento familiar. Apenas diziam querer fazer laqueadura de trompas, após o nascimento do filho que esperavam naquele momento. O desejo quase unânime pela laqueadura de trompas motivou discussão do tema “preservativo” para as reuniões futuras.

¹ - Cabe ressaltar que a real probabilidade de transmissão do HIV para o feto durante a gestação é de 35%, principalmente durante as últimas semanas de gravidez, segundo a Revista Saber Viver Profissional de Saúde (nº3, dezembro de 2005). Sabe-se que a gravidez evolui melhor e com menos riscos de transmissão vertical se a futura mãe estiver aderindo ao tratamento antiretroviral e ao acompanhamento de pré-natal, além de abolir a prática sexual sem uso de preservativo. Outros procedimentos médicos e de enfermagem do hospital maternidade devem ser adotados, como evitar bolsa rota, fazer a medicação na dose certa para a mãe e seu bebê durante e após o parto. Aliado a tais procedimentos está a não amamentação da criança ao seio, fechando assim o ciclo de profilaxia de transmissão vertical do hiv.

O curioso dessa pequena passagem sobre as reuniões de grupo cujo tema foi o uso de preservativo foi que todas as gestantes “de segunda vez” afirmaram não saberem “como aconteceu a gravidez”, tendo em vista que, de acordo com as mesmas, sempre utilizaram a camisinha. Algumas justificavam a nova gravidez maldizendo a qualidade do material que, por ser gratuito, era “vagabundo” e por esse motivo havia “estourado” na hora do sexo. Outras diziam que seus maridos não se tratavam e não respeitavam sua vontade de usar tal método de barreira, além de ignorar explicações sobre o perigo da re-contaminação pelo hiv e perda de imunidade biológica.

As mulheres que sabiam que eram soropositivas e que já faziam tratamento no SAE tinham em comum a tranqüilidade e felicidade por estarem grávidas. Algumas relataram que profissionais do SAE apresentavam certa surpresa ao vê-las grávidas novamente e em alguns momentos sentiram-se constrangidas com as observações feitas. Foi nesse cenário que fui formatando a questão principal dessa pesquisa: quais as percepções dos profissionais de saúde sobre as mulheres soropositivas grávidas?

Ao compor este estudo vimos que tais percepções estão fortemente vinculadas à história da aids em particular, mas também à história das epidemias de uma forma geral. Diante de doenças sérias que por anos foram vistas como misteriosas e incuráveis, alguns religiosos fervorosos difundiram a explicação de que essas eram castigos impostos por Deus aos homens em função dos seus pecados. No caso da aids não foi diferente. A aids também foi apresentada à população pela comunidade médico-científica. Em tal apresentação, predominavam as imagens do sexo, do contágio e da morte as quais permanecem conosco – leigos e letrados sobre a questão – até os dias de hoje.

Ressaltamos que a incerteza inicial da ciência sobre a doença e suas formas de transmissão acabou por gerar variadas imagens e sensações nas pessoas; imagens essas que foram difundidas em paralelo à disseminação concreta da doença. É possível dizer que após a identificação médica da aids, o que era para ser apenas uma sigla criada para designar uma patologia ganhou vida própria na imaginação coletiva. Ou seja, a história natural da doença e a imagem que se tinha dela se desenvolveram juntas.

As formas de transmissão da aids - sangue e secreções sexuais - gerou dúvidas sobre a possibilidade de transmissão do hiv por meio de outros líquidos secretados pelo corpo humano

como suor, saliva e lágrima. Especula-se que daí surgiu o desejo de pessoas “sãs” em evitar todo e qualquer contato físico com pessoas infectadas com o hiv.

Assim, ao refletir sobre a doença torna-se necessário levar em conta as transformações da epidemia na sua história, principalmente em relação às formas de transmissão, às tendências à instabilidade e vulnerabilidade das vítimas e aos significados construídos para enfrentar essa realidade. É necessário levar em conta também as diferentes formas de proteção social, criadas (ou não criadas) para dar atenção àqueles infectados ou já doentes. Dentro dessas formas, torna-se relevante analisar as percepções e sensações acerca da aids que os profissionais constroem e fazem circular no seu dia a dia e no seu trabalho com os acometidos por ela.

Que imagens a equipe de profissionais do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) que se encontram envolvidos no atendimento às gestantes soropositivas detém da aids e da mulher soropositiva? Será que essas percepções influenciam em sua prática profissional? De que maneira elas influenciam?

Para responder a essas questões desenvolvemos um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa que teve por objetivo abarcar as percepções dos profissionais atuantes no Projeto Materno Infantil do SAE. Foram utilizados um roteiro estruturado de perguntas e um gravador como recurso auxiliar durante a realização das entrevistas, as quais foram feitas na própria instituição que abriga o referido projeto, no mês de dezembro de 2006.

Para proceder à leitura dos dados foi utilizado o método de análise temática visando detectar as questões expressas pelas entrevistas com relação às percepções frente à aids e às gestantes soropositivas.

As entrevistas foram norteadas por questões relativas ao atendimento da gestante soropositiva, abordando aspectos como: percepções dos entrevistados sobre a epidemia, imagens sobre os portadores de hiv/aids, percepções sobre as mulheres soropositivas e percepções sobre mulheres soropositivas grávidas.

Realizamos pré-análise dos dados, com leitura das entrevistas transcritas, uma a uma, na íntegra e, logo após, em conjunto. Buscamos significados das falas dos profissionais por meio do diálogo com os dados, observando repetições e estranhamentos.

Além dessa introdução, essa dissertação é composta pelos capítulos descritos a seguir.

O primeiro capítulo se propõe a realizar uma análise histórica da aids e de sua rápida disseminação. Argumentamos que o crescente número de pessoas infectadas pelo hiv esteve em grande parte ligada à conduta inicial e *policy makers*, que não viam a doença como um caso de saúde pública. O capítulo também objetivou explicar a disseminação da aids na população feminina e as dificuldades sociais e culturais que as mulheres enfrentam para se protegerem da doença.

O segundo capítulo busca examinar a constituição da saúde pública. Identifica os dilemas – ainda não resolvidos- pelos quais ela passou ao longo de sua história e as urgências que a visibilidade política da aids colocou para esse sistema.

O terceiro capítulo caracteriza o perfil dos profissionais que trabalham no serviço de assistência especializada do município de Campos dos Goytacazes no ano de 2006 e avalia, a partir das entrevistas realizadas, a percepção dessa equipe sobre a aids e sobre a mulher soropositiva grávida.

Ao apresentar percepções da aids desses profissionais do SAE, considerando a ausência de estudos anteriores nessa temática em Campos dos Goytacazes, esperamos poder contribuir com subsídios para o aperfeiçoamento do atendimento da mulher grávida soropositiva naquele serviço.

CAPÍTULO 1

AIDS: HISTÓRIA E TENDÊNCIAS

1.1-A identificação da aids e sua evolução no mundo

Os primeiros sinais da aids foram identificados no ano de 1978, nas cidades de Los Angeles e Nova Iorque, no Haiti e na África Central. Porém, apenas em 1981 os EUA registraram oficialmente o surgimento de uma patologia que atingia homossexuais. Naquele momento a doença foi caracterizada como geradora de enfermidades vinculadas a deficiências da imunidade celular, notadamente um tipo raro de pneumonia (*pneumocistys carinii*) e o Sarcoma de Kaposi.²

Ainda segundo relatos da época, a maioria dos doentes, em função do estado bastante debilitado do seu sistema imunológico, morria pouco tempo depois de procurar atendimento médico. Era uma questão de um ano entre o diagnóstico e a morte. (Souza, 1993 apud ABIA, 2000).

O fato da aids ter surgido majoritariamente em homens jovens e homossexuais com história de múltiplos parceiros sexuais indicou que a nova patologia teria grande possibilidade de ser transmitida por via sexual. Talvez seja essa a razão dela ter sido inicialmente denominada como “câncer gay” ou ainda de GRID que em inglês significa *Gay Related Immune Deficiency*.

O “câncer gay” surgiu no cenário mundial como uma doença transmissível, incurável e mortal, tendo sido inserida no imaginário coletivo como um mal que atingia apenas homossexuais masculinos. As diversas denominações – câncer, peste, mal do século - só fizeram aumentar o preconceito e a intolerância das pessoas àqueles que já eram historicamente estigmatizados por sua cor (haitianos e africanos) e orientação sexual (gays).

² Trata-se de uma espécie incomum de câncer de pele, que em geral acometia pessoas idosas.

Em 1982, com o aparecimento de novos casos da doença em homens bissexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, pesquisas realizadas nos EUA constataram que os principais meios de transmissão da doença eram o sangue e espermatozoides contaminados. As novas informações foram divulgadas pela comunidade científica por meio da imprensa que afirmava que as pessoas vulneráveis à doença eram aquelas pertencentes a determinados “grupos de risco”, a exemplo dos usuários de drogas injetáveis, homossexuais e profissionais do sexo.

A própria comunidade científica mundial, compactuava desse pensamento, crendo que, por estar restrita a grupos sociais específicos, a nova doença seria, em pouco tempo, auto-limitante. Assim, as pessoas “normais” não precisariam se preocupar com a nova entidade nosológica, muito menos com aqueles por ela acometidos. Afinal, tratava-se de pessoas já marginalizadas e julgadas “desviantes” pela sociedade. Era a hora de serem devidamente castigados. (Leite, 1994 apud Leite e Rodrigues, 2000, p.01).

A idéia de que a aids afetava apenas os chamados “desviantes sociais” fortaleceu a percepção de que ela era um “castigo divino”, “merecido”. Tal percepção, por sua vez, deu sustentação a inúmeras manifestações de discriminação, preconceito e violação de direitos humanos: isolamento dos doentes, demissão dos homossexuais de seus empregos e perseguição aos usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo.

O imaginário das epidemias, que recaiu sobre a aids em seu início, nos remeteu às memórias coletivas de castigos, segregações, punições e, mais do que isso, deixou clara a nossa impotência diante do inesperado. Expôs nossa fragilidade, mais do que nossa força. (Góis, 1999).

Percebe-se que esse processo foi fortemente influenciado por dogmas religiosos que

remetem o adoecimento físico ao campo das relações entre pecado e punição, nas quais o doente é, dados os maus passos, o responsável pela sua condição. A epidemia é o castigo de Deus e a doença é a oportunidade de mudança e limpeza corporal e espiritual. (Góis, 1999, p.59)

Contudo, no final de 82 e início de 83, essa idéia de “castigo” para os desviantes passou a ser bastante questionada tendo em vista a ocorrência de diagnósticos da patologia em pessoas que aparentemente não possuíam motivos para serem “castigadas” como crianças, hemofílicos e transfundidos. Assim, ficou comprovado que a aids não atingia só aos que eram considerados “condenados” socialmente, mas também àqueles vistos como “inocentes”.

Ao mesmo tempo, pesquisadores anunciavam o surgimento da imunodeficiência celular em mulheres sem vida sexual extraconjugal, parceiras de homens heterossexuais que padeciam da doença. Esse fato foi evidenciado com a publicação do relato de um caso cuja vítima era esposa de um hemofílico (Marques, 2003, p.40). Isso serviu para mostrar a possibilidade da transmissão de infecção em mulheres não prostitutas, por relação heterossexual. Mostrou também a possibilidade de infecção de crianças por meio da transmissão vertical, algo “até então não considerado por pesquisadores cientistas dos EUA e de países europeus como a França”. (Camargo Júnior, 1994 apud Marques, 2003, p.40).

Apesar do surgimento da doença em outros grupos de pessoas e o posterior delineamento das formas de transmissão, permaneceu enraizada durante um longo período de tempo a imagem social de que patologia era própria de homossexuais masculinos.³ Em resumo, podemos afirmar que a história da aids foi construída no imaginário social como uma doença do “outro” e derivada das transgressões sociais e morais. Esse pensamento foi fortemente impulsionado por pessoas e grupos que se colocavam contra a diversidade e liberdade sexual originada nas décadas de 60 e 70.⁴

A ausência de um sinal, mínimo que fosse, de que a cura da aids estava próxima fez ressurgir na população mundial o medo de uma grande devastação, medo este expresso nas diferentes analogias construídas entre esta nova patologia e doenças mais antigas como peste, febre amarela e tuberculose.⁵

De maneira incessante, cientistas buscavam descobrir mutações do vírus isolado, a “causa fonte da doença” e algum indicativo de que era possível conter as infecções provocadas pelo hiv. A imprensa e a sociedade iam um pouco mais além: desejavam descobrir “quem teria

³ Nesta mesma época a aids foi definida pelos cientistas americanos como “Doença dos 5 H”: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (profissionais do sexo em inglês) e estes passaram a serem denominados pelos Estados em campanhas de prevenção, como “grupo de risco”. Os homossexuais e haitianos foram as principais vítimas de preconceito e perseguição, pois eram considerados propagadores da doença.

⁴ Aquelas décadas foram marcadas pela difusão de idéias como: desvinculação do sexo ao casamento; fim do modelo perfeito de família patriarcal; contestação da heterossexualidade obrigatória (por ser considerada dentro dos padrões de normalidade); e defesa da livre expressão de desejos sexuais.

⁵ Como mencionamos anteriormente, a imprensa era o meio que cientistas tinham de informar a população sobre a doença e sobre os avanços científicos para contê-la. Mas diante da incapacidade do ‘poder médico’ em evitar novas infecções pelo hiv, assim como em prevenir mortes em decorrência da aids, evidenciou limitações de uma medicina tida até então como ‘poderosa e imbatível’ no controle de doenças epidêmicas.

trazido” a terrível patologia para o mundo moderno. Dessa forma entendemos a relevância dada pela mídia à descoberta do chamado “Paciente Zero”, o comissário de bordo Gaetan Dugas, que foi considerado “culpado” pelo início da disseminação da doença na América do Norte. Segundo relatos, este homem, após uma viagem à África e frequência constante a saunas gays, “trouxe a aids na bagagem do seu corpo”. Após sua morte, médicos americanos afirmaram que pelo menos duzentos e cinquenta pacientes com aids disseram ter tido relações sexuais com ele.

Nesses primeiros anos de epidemia o doente de aids muitas vezes encontrava-se abandonado por sua família⁶, discriminado por amigos, colegas de trabalho e rejeitado por profissionais de saúde.

Em suas páginas sobre a história da aids de 1981 a 1986, a ONG Avert (www.avert.org/his81_86.htm apud RADIS, n°40, 2005) relata que, em São Francisco, o Departamento de Polícia equipou policiais com máscaras e luvas especiais para o caso de terem que lidar com o que chamaram “pacientes suspeitos de Aids”. Reportagens em jornais americanos na época davam conta de que doentes eram despejados por senhorios, perdiam o emprego e sofriam constrangimentos diversos.

Assim, não apenas nos EUA, mas nos diversos países onde a doença começava a ser identificada, o Brasil inclusive, os pacientes de Aids sofreram o que o brasileiro Herbert Daniel chamaria de “morte civil” — a estigmatização e o desrespeito aos direitos mais fundamentais.

Em virtude dos inúmeros casos de perseguição às vítimas da ‘pandemia de aids’, a Assembléia Mundial de Saúde, em 1987, com apoio da ONU, objetivando reforçar solidariedade, tolerância, compaixão e compreensão em relação às pessoas infectadas pelo hiv decidiu transformar o dia 1º de dezembro em “Dia Mundial de Luta Contra a AIDS”.

Nessa época, nos EUA, o conceito de “*grupos de risco*” passou cada vez mais a ser submetido a severas críticas. Tais críticas vinham, em sua maioria, do organizado movimento gay, o qual recusava a pecha de serem os homossexuais os responsáveis pela disseminação da doença.

⁶ No início dos anos 80 havia muito pouca informação sobre aids e formas de contágio, o que favoreceu situações de abandono a doentes por seus familiares e discriminação social.

Conhecimentos rudimentares sobre formas de transmissão do hiv levaram autoridades governamentais de saúde a propor medidas de prevenção baseadas na abstinência sexual e exclusão social. E, para fazer frente a esse quadro de preconceitos e de invasão da esfera pública na vida sexual que até então era pertencente a cada indivíduo, pessoas afetadas pela doença começaram a criar organizações não-governamentais com o intuito de exigir dos governos tratamento digno, respeito aos direitos de cidadãos e ações concretas no combate à epidemia.

Assim as antigas estratégias passam a dar lugar ao que foi chamado de estratégias de redução de risco, que tinham como base a difusão da informação, uso de preservativo durante as relações sexuais, defesa do controle dos bancos de sangue e luta pela redução de danos junto aos UDI.

1.2-A aids no Brasil

No Brasil, a nova epidemia tornou-se pública através da imprensa antes mesmo de serem oficializados casos de pessoas identificadas como doentes de aids e que os serviços de saúde tivessem sido criados ou redirecionados para combater a nova patologia. Nesta época não havia sequer literatura médica disponível.

A mídia brasileira ofereceu informações em escala nacional e se colocou como porta-voz dos casos da nova doença letal tornando-se assim, o único espaço no qual se podia conhecer um pouco mais sobre a patologia que estava misteriosamente atingindo homossexuais americanos.

Diante de notícias oriundas dos EUA, brasileiros de uma maneira geral passaram a ver a aids como uma doença que estava distante do seu país. Tão distante quanto à guerra entre Irã e Iraque, também ocorrida no início dos anos 80 e que ficou conhecida pelas notícias dos jornais televisivos que mostravam imagens do sofrimento das pessoas desses países e de suas cidades completamente destruídas. Após alguns segundos de tristeza pelos que padeciam,

vinha o alívio de que a guerra, assim como a aids, não atingiria o “país abençoado por Deus e bonito por natureza”.

Um outro aspecto da localização da doença no “Outro” é a insistente reafirmação das raízes não-nacionalistas da epidemia. Neste afã, aponta-se o estrangeiro, o geograficamente distante, como responsável por fenômenos tidos como sobrenaturais, catastróficos, ou qualquer outra manifestação de natureza negativa. (Góis, 1999, p.81)

Porém, o inevitável aconteceu e segundo Marques (2003, p.59) “dados epidemiológicos da Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde apontam um caso confirmado de aids em 1980⁷, em um homem jovem, bissexual, diagnosticado no estado de São Paulo, confirmando a suposição de que o vírus chegou ao Brasil do meio da década de 1970 para o final”.

O governo de São Paulo foi pioneiro nas ações de prevenção e tratamento da doença devido ao aparecimento dos primeiros casos nesse estado e o significativo crescimento do número de pessoas ali infectadas. Enfrentou o pouco conhecimento que tinha sobre aids, preconceito acadêmico e popular e de setores de saúde, além da falta de recursos financeiros para empreendimento de ações contra o avanço da epidemia, de acordo com Marques (2003, p.72). É interessante pontuar que, com base nesta experiência, foram estabelecidos e construídos referenciais éticos, políticos e legais que viriam influir na determinação de políticas públicas de aids em todo país.

Em outros estados brasileiros, o interesse pelo estudo da doença - suas formas de prevenção e tratamento - foram acontecendo na medida em que em suas cidades apareciam pessoas vitimadas pela epidemia.

Embora o diagnóstico da aids tenha começado a ser realizado pelas unidades de saúde do Brasil no início da década de 80, apenas em 1985 é que o Ministério da Saúde reconheceu a

⁷ Em estudo retrospectivo da aids, tendo em vista que foi a partir de 1982 que os primeiros casos da doença começaram a ser oficialmente reconhecidos. (Marques, 2003, p. 71)

doença como um problema de saúde pública, porém ressaltou que a doença não seria nacionalmente expressiva. (Marques, 2003, p.111).⁸

As representações da aids construídas nessa época, início da década de 1980, permaneceram no imaginário social por muito tempo. E, devido ao fato dos primeiros casos terem ocorrido em pessoas que tinham as mesmas características descritas anteriormente quando nos referíamos aos Estados Unidos, foi revigorada a idéia de que era uma doença de “gays” e de “drogados”. Assim, além da propagação da aids, foi igualmente “disseminando o vírus ideológico do preconceito, da discriminação, do pânico e da exclusão social”. (Daniel e Parker apud Leite, 2006, p. 01). Naquele momento, definiu-se o perfil nacional da pessoa contaminada: jovem, rico e *gay*.⁹

Observa-se que a construção popular da imagem da aids e de seus doentes com base na insuficiência das informações da época, na maioria das vezes influenciada por notícias e boletins epidemiológicos que eram divulgados pelos Estados Unidos e França, não deixava espaço ou facilitava questionamentos e reflexões sobre a veracidade das imagens que haviam sido formadas sobre as pessoas afetadas pela doença na realidade brasileira. Tal questionamento, muitas vezes, não era feito nem por especialistas da medicina nem por autoridades da saúde pública.

Entretanto, as formas de transmissão da doença foram se delineando e nesta mesma época surgiram os primeiros casos em crianças que receberam doações de sangue, comprovando a transmissão do vírus por transfusão sangüínea. A partir daí, no Brasil, “*o contato com sangue e seus derivados contaminados pelo agente da aids foram evidenciados como segunda via de transmissão da doença*”. (Marques, 2003, p.39).

Como, inicialmente, os primeiros casos da doença concentraram-se nas grandes metrópoles do Rio de Janeiro e São Paulo além de ter ficado limitado, por algum tempo, a

⁸ A demora do governo brasileiro em assumir a epidemia como um problema grave a ser enfrentado exige uma contextualização mais abrangente, tendo em vista que está inserido num âmbito maior, pois havia outras doenças epidêmicas a serem combatidas, além de fazer parte de um momento histórico marcado por crises sociais, econômicas e políticas e valores morais que o demarcaram e influenciaram.

⁹ A primeira morte por aids que se tornou pública no Brasil ocorreu em 1983 e foi de um famoso estilista: Marcus Vinícius Resende Gonçalves, o “Markito”. Este fato gerou uma grande curiosidade das pessoas e chamou a atenção dos meios de comunicação, que pareciam “necessitar constatar” que, como em todos os casos notificados da doença nessa época, o estilista era um homossexual rico que passava temporadas em Nova Iorque.

grupos populacionais restritos, o preconceito continuou exalando pelos poros da mídia, sociedade e grupos religiosos.

Em 1984 foram identificados 03 casos femininos e 36 casos masculinos. Mas, tendo em vista que a maior prevalência continuava sendo masculina, tanto por forma de transmissão homossexual quanto por uso de drogas injetáveis, os homens continuaram a ser foco de atenção nos casos de aids. Ou seja, mesmo com a descoberta de novas formas de transmissão da doença, as autoridades públicas continuaram a dispensar pouca atenção pública à aids, o que posteriormente proporcionou o visível descontrole da epidemia.

O Ministério da Saúde do Brasil reforçava a discriminação já existente, alertando a população em sua campanha inicial, sobre o perigo de fazer parte ou interagir com os chamados “grupos de risco”: homossexuais masculinos, profissionais do sexo, usuários de drogas e hemofílicos. Acreditava estar prevenindo novos casos da doença. Esse comportamento do Ministério pode ser entendido como uma expressão de características importantes da política social brasileira: a descentralização incipiente que fazia com que questões essencialmente intersetoriais fossem tratadas por um único órgão de uma única instância federativa.

Uma das grandes reivindicações democráticas dos anos de 1970 e 1980 consistia na descentralização das políticas públicas. A avaliação unânime de que a excessiva centralização decisória do regime militar havia produzido ineficiência, corrupção e ausência de participação no processo decisório conduziu a um grande consenso que reunia, na verdade, correntes políticas à esquerda e à direita em torno das virtudes da descentralização. Esta última - esperava-se - produziria eficiência, participação, transparência, accountability, entre outras virtudes esperadas da gestão pública. Assim, no Brasil dos anos de 1980, centralização e autoritarismo eram ambos encarados como filhos da ditadura, ao passo que descentralização, democratização do processo decisório e eficiência na gestão pública andariam automaticamente juntas. (Arretche, 2002; p.01)

A aids avançou em direção às populações não urbanas, passou a incidir muito rapidamente e de forma predominante sobre os pobres e os menos escolarizados, além de afetar cada vez mais mulheres, desvelando a importância da questão social na disseminação da doença no Brasil e outros países em desenvolvimento.

“(...) a pandemia encontrou variantes sociais que serviram como facilitadoras à sua rápida expansão, se espalhando por grupos vulnerabilizados, atingindo segmentos populacionais que não possuem acesso a serviços básicos de saúde, educação, trabalho, lazer, alimentação; que não têm acesso à assistência e tratamento da

doença. São segmentos tradicionalmente marginalizados e vistos como não cidadãos”. (Souza e Leite, 2002, p. 01).

Com a finalidade de melhor entender o fenômeno da disseminação – interiorização, pauperização e feminização - da doença nos grupos diversos da população brasileira buscamos descrever nas próximas seções suas dimensões e particularidades.

1.2.1–A interiorização e distribuição regional da aids

Quanto à interiorização, é possível constatar por meio de boletins epidemiológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde que no final da década de 80, a partir do eixo Rio - São Paulo, que os casos de aids propagaram-se para regiões próximas das outras grandes metrópoles brasileiras como Recife, Salvador, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre.

A permanente expansão da epidemia de aids do litoral da região sudeste para as regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste pode ser visualizada na figura abaixo:

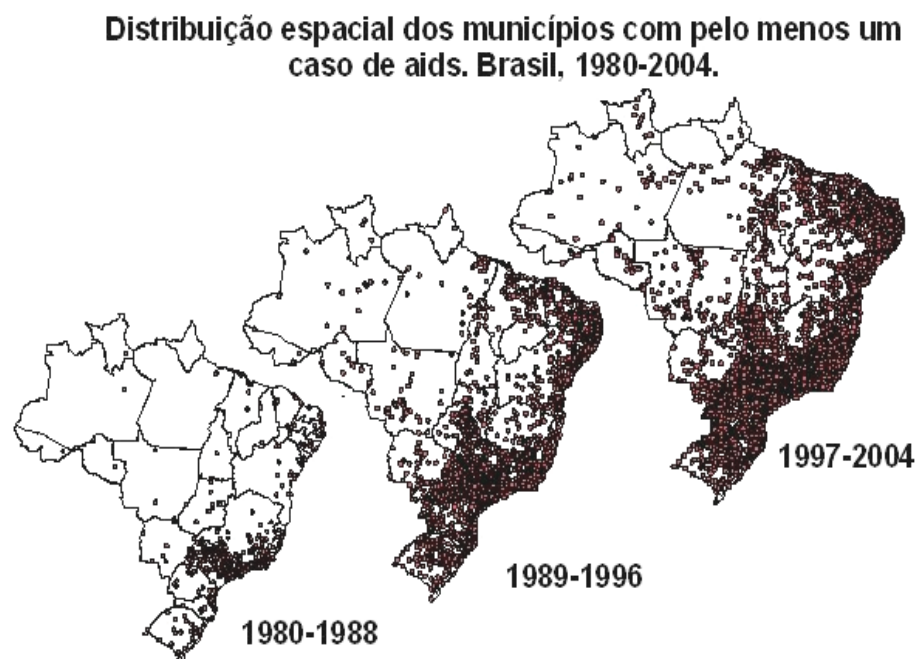


Figura 1 - Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/05

Com base nos registros de ocorrência de casos em toda extensão territorial brasileira, verifica-se que a distribuição da doença não é homogênea no que se refere às regiões de residência. Observamos maior concentração de casos de aids nas regiões sul e sudeste, apesar de verificarmos que houve aumento de incidência de casos em todo país - de 12,1 por 100.000 habitantes em 1994 para 17,2 por 100.000 habitantes em 2004 -, mas com uma significativa variação desses percentuais entre os estados brasileiros.

Apesar de ter ocorrido crescimento geral da epidemia foi possível constatar por meio de pesquisas dos casos registrados e disponibilizados pelo Boletim Epidemiológico (com dados nacionais referentes ao mês de janeiro a junho de 2005), que houve certa estabilização dos casos de aids nas regiões mais desenvolvidas do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com queda nas taxas de incidência nos anos de 2003 e 2004, conforme mostramos na figura 2. As taxas em ascensão podem ser observadas nas regiões Norte e Nordeste.

Taxa de incidência por ano de diagnóstico. Brasil, 1993-2004*.

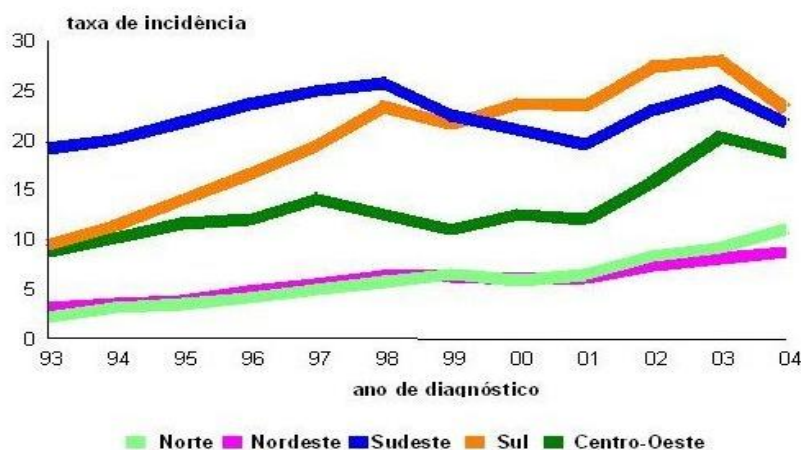


Figura 2 - Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/05

Ao analisar a distribuição dos casos de aids, conforme o contingente populacional dos municípios é possível observar que as grandes metrópoles detêm atualmente o menor aumento relativo de casos, o que indica menor velocidade do crescimento do número de pessoas com a doença. Por outro lado, nota-se uma aceleração da epidemia entre municípios menores, com cerca de 50 mil habitantes, a partir do ano de 1999. “*Se considerarmos que municípios*

pequenos e empobrecidos com menor renda per capita apresentam menor capacidade de responder às questões sociais, dentre elas as de saúde, teremos um quadro claro da crise que ainda estamos por enfrentar”. (Brasil, ano II, de janeiro a junho de 2005).

É importante ressaltar que apesar da maioria dos casos se concentrarem nos estados de São Paulo com 3.469 e 1.845 casos por 100.000 habitantes no Rio de Janeiro, não existe nenhum estado brasileiro que tenha sido poupado pela epidemia.

1.2.2–Pauperização

No início, a epidemia parecia ser um desafio puramente médico, mas rapidamente foi percebido que na área social a aids evidencia problemas cujas dimensões alcançadas não podem ser ignoradas.

“à exemplo das formas de prevenção veiculadas (que não levam em conta as diversidades culturais humanas, formas de se fazer sexo e exercer a sexualidade, religiões e minorias socialmente subjugadas), o alto custo dos medicamentos e dos exames periódicos (proibitivo, mesmo para pessoas com poder aquisitivo razoável) e as atitudes discriminatórias, que violam os direitos humanos básicos e interditam a cidadania de milhares de pessoas. Estes e alguns outros fatores servem como pano de fundo para que observemos na atualidade a "pauperização" crescente da Aids, ou seja, a evolução mundial da pandemia mostra que atualmente somente os estratos mais pobres das sociedades economicamente desenvolvidas é que estão sendo majoritariamente atingidos pelo HIV/Aids”. (Leite, 2002, p.2)

Um dos indicadores mais fortes da pauperização da aids é o fato de que ela tem ocorrido predominante entre as pessoas de baixa escolaridade.

Observamos que ocorreu uma significativa transformação no perfil de escolaridade dos casos que foram notificados em adultos no decorrer dos anos de história da epidemia no Brasil. No ano de 1985 o percentual de pessoas com aids que tinham nível superior ou ensino

médio completo era de 76%; o de analfabetos ou que tinham cursado até os primeiros anos do ensino fundamental era de 24%¹⁰.

Posteriormente, ocorreu uma inversão nessa tendência: um avanço dos casos de aids em pessoas com menor grau de escolaridade. Em 2000, 74% dos casos eram de pessoas analfabetas ou que haviam cursado até a quarta série do ensino fundamental; somente 26% destes casos eram de pessoas com mais de 11 anos de estudo ou curso superior.

Para homens, há uma redução dos indivíduos com maior escolaridade no decorrer dos anos, porém, para as mulheres, desde o início da epidemia as proporções no grupo de menor escolaridade já ultrapassavam 70% se mantendo relativamente estáveis. Entre os homens, 2,8% são analfabetos, cifra que sobe a 5,1% entre as mulheres. (Boletim Epidemiológico, ano II, dezembro de 2005).

A incidência de Aids nas classes mais baixas aumentou, de forma assustadora em todo o país. Em 1985, a incidência de casos de Aids entre universitários era de 45%, enquanto entre pessoas com nível de instrução primária era de 30%. Em 2000, no entanto, menos de 10% dos casos de Aids atingiam universitários. As camadas menos instruídas, por outro lado, respondiam por quase 70% da população infectada. (Médicos Sem Fronteiras, 2004).

¹⁰ www.aids.gov.br: Boletim Epidemiológico AIDST, Ano I nº 01- 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2004 / e Ano II nº 01- 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2005 - ISSN 1517 1159

Dados notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2005. Fonte: MS/SVS/PN DST-AIDS. Todas as informações contidas nesta tabela estão disponíveis em formato eletrônico no endereço www.aids.gov.br

Tabela 1 - Casos de aids em indivíduos com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2004*

Escolaridade	1980 a 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 1980 a 2004
MASCULINO														
Nenhuma	790	362	409	476	602	692	674	602	622	526	539	360	128	6782
Fundamental	16224	6224	6974	7618	8585	9241	10269	9117	8939	7696	6317	4995	1594	103793
Médio/superior	12133	3566	3684	3823	3942	4110	4260	3791	3807	3650	3921	3456	1033	55176
Ignorado	13201	3466	3591	4018	4342	4008	3638	3015	2701	2547	2670	2204	677	50078
Total	42348	13618	14658	15935	17471	18051	18841	16525	16069	14419	13447	11015	3432	215829
FEMININO														
Nenhuma	291	169	212	291	335	463	518	431	489	452	439	311	76	4477
Fundamental	3688	1977	2265	2816	3612	4704	5434	5171	5353	4843	4074	3342	1001	48280
Médio/superior	1212	582	662	873	1047	1180	1382	1410	1495	1627	1799	1547	525	15341
Ignorado	2436	939	1115	1346	1741	1688	1732	1469	1352	1423	1421	1173	352	18187
Total	7627	3667	4254	5326	6735	8035	9066	8481	8689	8345	7733	6373	1954	86285

É em meio a esses dois fenômenos – interiorização e pauperização – que ocorre a feminização da aids, fortemente associada às mudanças nas formas de transmissão do hiv.

1.2.3-Feminização

Ao contrário da epidemia de aids na África sub-sahariana, que desde o início atingiu as mulheres, a epidemia brasileira nos seus primeiros anos afetou em maior proporção os homens.

Julgava-se, à época, que o Brasil se depararia exclusivamente a epidemia basicamente restrita aos homossexuais masculinos, hemofílicos (exclusivamente homens) e demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados e, em certa medida, aos usuários de drogas injetáveis (majoritariamente homens). (Bastos, 2001, p.1).

O impacto da epidemia sobre os homossexuais assim como em outros grupos sociais como os haitianos nos EUA e usuários de drogas injetáveis foi marcante, o que fez com que fossem despertados preconceitos homofóbicos que encobriram os olhos da sociedade e que proporcionou idéias reducionistas na definição dos chamados “*grupos de risco*”. “*Estes eram considerados alvos supostamente exclusivos da disseminação do HIV*”. (Bastos, 2001, p.9)

Com o passar dos anos, foi possível constatar que essa avaliação estava errada, o que evidenciou o papel das desigualdades sociais e de gênero na mudança da epidemia brasileira ao que se refere a uma participação proporcional cada vez maior de mulheres entre novos casos da doença.

Mesmo antes de completar uma década, a tendência do aumento de infecção pelo HIV entre as mulheres já se tornava evidente e a chamada feminização da doença acabava por desvelar que as relações heterossexuais eram agora reconhecidas como a principal via da transmissão do hiv.

Richard Parker, numa entrevista no Dia Mundial de Combate à Aids realizada pelo Jornal Estado de São Paulo, publicada em 05/12/04 colabora para essa reflexão ao comentar sobre qual seria o grande desafio atual em relação à epidemia de aids:

De imediato é a feminização da doença, tanto que esse foi o tema do Dia Mundial de Combate à Aids neste ano. Hoje, entre os 14 mil novos casos diários de infecção por HIV no mundo, mais da metade desse número são mulheres. A velocidade de crescimento dos casos femininos varia de região para região. Na África, ela é vertiginosa em relação ao dos homens. Nos Estados Unidos, o aumento acontece principalmente nas comunidades afro-americanas e de latinos, menos favorecidas. Já no Brasil, o último boletim divulgado pelo Programa Nacional de DST/Aids mostrou que em 2003, a proporção de casos entre o grupo masculino foi apenas 1,6 maior do que entre o feminino. Há dez anos, essa proporção era de 3,5.

Ao analisar dados mais recentes de aids no Brasil, deve-se levar em conta a possibilidade de atrasos na notificação, sobretudo nos anos de 2004 a 2006.

Foram notificados no SINAN e registrados no SISCEL e SIM, até junho de 2006 num total de 433.067 casos de aids no Brasil. Considerando atrasos de notificação, a taxa de incidência de 2003 foi elevada para 20,7 por 100.000 habitantes, sendo 25,4 em homens e 16,1 em mulheres, com razão de sexo de 15 homens para 10 mulheres (1,5 H:M)

Do total de casos notificados 67,2% foram do sexo masculino (290.917 casos) e 32,8% do feminino (142.138 casos) e, em 2003, a taxa de incidência foi de 25,4 por 100.000 hab. Entre mulheres. A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2005.

A seguir apresentamos um detalhamento desses dados.

Tabela 2 - Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab. e razão e sexo) segundo ano de diagnóstico por sexo, Brasil, 1980-junho/2005*

Ano de Diagnóstico	Número de casos			Razão M/F	Taxa de incidência		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
1980	1	0	1	-	0,0	0,0	0,0
1981	-	-	-	-	-	-	-
1982	10	0	10	-	0,0	0,0	0,0
1983	36	3	39	12,0	0,1	0,0	0,0
1984	127	7	134	18,1	0,2	0,0	0,1
1985	530	20	550	26,5	0,8	0,0	0,4
1986	1105	73	1178	15,1	1,7	0,1	0,9
1987	2653	295	2948	9,0	3,9	0,4	2,2
1988	4107	632	4739	6,5	6,0	0,9	3,4
1989	5631	956	6587	5,9	8,0	1,3	4,6
1990	7921	1477	9398	5,4	11,1	2,0	6,5
1991	10132	2229	12361	4,5	14,0	3,0	8,4
1992	12512	3202	15714	3,9	17,1	4,3	10,6
1993	13534	3989	17523	3,4	18,1	5,2	11,6
1994	14563	4634	19197	3,1	19,2	6,0	12,5
1995	16101	5916	22017	2,7	20,9	7,5	14,1

1996	17404	7384	24789	2,4	22,5	9,3	15,7
1997	18315	8448	27263	2,0	23,3	11,1	17,1
1998	19825	10264	30091	1,9	24,9	12,5	18,6
1999	17561	9715	27277	1,8	21,7	11,7	16,6
2000	19057	11066	30124	1,7	22,8	12,8	17,7
2001	18035	11095	29132	1,6	21,3	12,7	16,9
2002	20732	13130	33865	1,6	24,1	14,8	19,4
2003	22152	14421	36573	1,5	25,4	16,1	20,7
2004	21308	13892	35201	1,5	24,2	15,3	19,7
2005	19818	13323	33142	1,5	21,9	14,2	18,0

Dados notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006. Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS. Todas as informações contidas nesta tabela estão disponíveis em formato eletrônico no endereço www.aids.gov.br

Os dados sugerem que as mulheres foram sendo infectadas de maneira silenciosa e apontamos vários fatores influenciaram esse processo: a) a possibilidade de infecções transmitidas pelo sexo ser maior nas mulheres que nos homens, devido a características biológicas e sociais; b) a crença que a doença seguiria um padrão de transmissão restrito aos homossexuais masculinos, aos usuários de drogas injetáveis e às pessoas que recebiam transfusões de sangue; c) baixa escolaridade.

Quanto ao último fator citado, dados do Boletim Epidemiológico (2004) demonstram o aumento dos casos em mulheres com ensino fundamental ou nenhuma escolaridade, que somam um total de 52.757 casos; sendo 15.341 em mulheres que concluíram o ensino médio e/ou superior. Estes dados reforçam os comentários feitos na primeira sessão deste capítulo sobre o fato de que é a parcela socialmente desprivilegiada da população feminina que está sendo cada vez mais atingida no Brasil e no mundo.

E, a crença de que a aids seguiria um padrão masculino e que abarcaria hemofílicos e usuários de drogas fez com que as mulheres tenham se tornado um segmento vulnerável à aids, fato que a própria Coordenação Nacional de DST/AIDS denominou como cegueira de gênero e saúde, numa análise feita pelo Governo Federal em 2001.

Sob essa perspectiva, a “cegueira de gênero” seria um dos fatores responsáveis por centenas de mulheres brasileiras terem tido pouca visibilidade por mais de dez anos na epidemia de AIDS e subestimadas enquanto parte de um segmento social vulnerável. O erro só foi percebido quando o número de mulheres classificadas como donas de casa, heterossexuais e com único parceiro passou a aumentar.

A partir da década de 90 vários outros fatores contribuíram para a chegada da epidemia ao segmento feminino, como: a) falta de acesso a serviços de saúde específicos; b) persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventiva como o uso do preservativo; c) violência doméstica e sexual e dificuldade de acesso ao serviço de testagem e tratamento de aids.

Ao final desta mesma década quando a epidemia adquiriu visibilidade, estudiosos e Ministério da Saúde junto ao Programa Nacional de aids, preocupados com questões que envolvem saúde e cidadania feminina passaram a refletir sobre quais seriam as estratégias mais eficientes para prevenção da aids a este segmento da população. Chegou-se a conclusão de que o preservativo seria o método mais eficaz e por isso foi o mais divulgado na prevenção contra o hiv e outras DST.

Porém, este é um método masculino e o seu uso depende da concordância entre o casal. Infelizmente a prática de negociação sexual do uso de preservativo não é comum entre as mulheres e seus parceiros, principalmente entre os que fazem parte de classes sociais menos favorecidas. Estudiosos comprovam que quanto mais pobre e menos tempo de estudo tem a mulher, menor é o poder de negociação sexual pelo uso de preservativo. Dessa forma, concebe-se a idéia de que o sexo, tal como a classe social e a etnia, inscreve-se também em relações de poder¹¹.

Assim, o novo perfil da epidemia denuncia desequilíbrio de poder da mulher em negociar o uso do preservativo com o seu parceiro. Tal desequilíbrio se deve aos padrões culturais, às desigualdades de gênero e ao controle da sexualidade feminina que ainda persiste nos dias atuais.

Para que a campanha de uso de preservativo alcance eficácia na luta contra a aids torna-se fundamental reconhecer o diferencial de poder entre homens e mulheres, como fator importante e determinante da transmissão do hiv, além de questões igualmente relevantes a serem trabalhadas como violência física, sexual e de gênero. Para além da vulnerabilidade

¹¹ Ver Barbosa, 1999, p.75 e 76. Esta análise remete ao movimento feminista que sempre lutou por métodos contraceptivos controlados pela mulher e sem qualquer intervenção masculina e que na atualidade, em decorrência da aids necessitam criar estratégias para prevenir a doença.

biológica, toda essa discussão remete para a compreensão dos papéis de gênero, que determinam os papéis sociais de homens e mulheres.

É comum ouvirmos em palestras sobre a feminização da epidemia de aids que esta foi facilitada por padrões pré-determinados historicamente no que se refere ao comportamento que permite ao homem ter uma vida sexual mais liberada e que reserva às mulheres um lugar mais submisso nessa questão. Este discurso considera a assimetria sexual existente nas expectativas afetivas: enquanto as “conquistas amorosas” masculinas são valorizadas pela quantidade, as mulheres - mesmo àquelas consideradas independentes e auto-suficientes - tendem continuar fixadas no aspecto romântico e exclusivista de cada envolvimento amoroso, mantendo o casamento ou relacionamento estável como seu objetivo maior. E, uma vez que mulheres tomam a cumplicidade e fidelidade como pressupostos inquestionáveis são criados espaços de vulnerabilidade para a infecção pelo hiv.

Comentando a questão das assimetrias, Richard Parker afirma que:

As sociedades são organizadas de acordo com hierarquias e o sexo feminino é um dos eixos de desigualdade nessas hierarquias. Isso torna as mulheres mais vulneráveis à doença. Nos países árabes islâmicos, por exemplo, elas recebem menos informação. E, mesmo quando bem informadas, nem sempre conseguem agir de acordo. Muitas têm dificuldade em propor práticas sexuais mais seguras, temem que seus parceiros questionem o motivo dessa negociação e partam para a violência, o que realmente acontece em muitos casos. (Parker, Folha de São Paulo, 05/12/04)

O amor romântico, quando se estabilizou como norma de conduta emocional, respondeu aos anseios de autonomia e felicidade pessoais, transformando-se em um elemento de equilíbrio indispensável. E, ainda hoje, o amor é mantido como um ideal de felicidade, orientador de conduta, que acaba por repercutir no agir moral. Nessa linha de pensamento é possível prevalecer, mais do que a noção de risco, a idéia da necessidade de uma prova de amor.

A rejeição ao preservativo masculino pelo parceiro também pode ter o sentido de marcar sua virilidade e presumida fidelidade; a rejeição pela mulher pode ser um sinal de que ela confia nele, e que existe um 'compromisso' entre eles, trazendo o ideal conjugal romântico para mais próximo do vivido.

A sugestão do uso de preservativo, em geral feita por profissionais da saúde, após a descoberta de uma DST, por exemplo, pode trazer conseqüências imprevisíveis, pois pode ser entendido que, implícita ou explicitamente, há um questionamento sobre a fidelidade e confiança no parceiro.

Existem também fatos encontrados na literatura sobre gênero e aids que mostram que o envolvimento da mulher em situações de risco para infecção pelo HIV independe das informações que ela possui sobre a doença.

Estudiosos e pesquisadores que fazem uso da categoria gênero, expõe sua preocupação em desnaturalizar as identidades sexuais, divisão sexual do trabalho e relações desiguais entre homens e mulheres, numa tentativa em romper com explicações essencialistas acerca da posição de subordinação das mulheres em diferentes sociedades.

Assim, é necessário pontuar que a sexualidade brasileira mostra particularidades e dessa forma, devemos considerar o contexto sexual e a condição socioeconômica em que a maioria das mulheres vive.

É importante lembrar que também existem supostas relações entre infecção para o hiv e raça. Entre os anos de 2000 e 2004, o SINAN notificou maior incidência feminina quanto à raça/cor, que foi de 14.456 mulheres brancas e 10.080 mulheres pardas e negras. Na tabela mais atualizada¹², verifica-se, tanto no gênero masculino quanto no feminino um aumento proporcional nos casos de aids na raça/cor parda, decrescendo a proporção branca.

Apesar dos dados apontarem para uma maior incidência dos casos em mulheres brancas, Parker afirma que,

(...) sem dúvida uma mulher negra e pobre torna-se mais vulnerável à contaminação. Mas também os mais jovens, que têm menos poder nas relações sexuais do que os mais velhos, sem falar nos homo e bissexuais, que continuam sofrendo discriminação. (Folha de São Paulo, 05/12/04)

¹² Boletim Epidemiológico AIDS e DST, ano III, nº1.

Assim, a aids se confirma como um problema da população feminina em geral e, particularmente, das negras, com menor acesso às informações e serviços de saúde¹³.

Tabela 3- Casos de aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico, Brasil, 2000 a 2005.

Ano de diagnóstico	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Sub Total		Ignorado		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Masculino																
2000	2077	59,1	392	11,2	20	0,6	1019	29,0	4	0,1	3512	18,4	15545	81,6	19057	100,0
2001	3647	61,5	689	11,6	37	0,6	1545	26,0	15	0,3	5933	32,9	12102	67,1	18035	100,0
2002	6533	61,8	1192	11,3	68	0,6	2762	26,1	17	0,2	10572	51,0	10160	49,0	20732	100,0
2003	8929	59,9	1710	11,5	96	0,6	4163	27,9	17	0,1	14915	67,3	7237	32,7	22152	100,0
2004	7989	56,0	1505	12,1	78	0,5	4456	31,2	24	0,2	12577	63,5	7032	33,0	21308	100,0
2005	6729	53,5	386	12,0	91	0,7	4234	33,7	18	0,1	3286	42,4	7241	36,5	19818	100,0
Feminino																
2000	1372	58,0	288	12,2	13	0,5	690	29,2	1	0,0	2364	21,4	8702	78,6	11066	100,0
2001	2451	61,4	484	12,1	24	0,6	1024	25,6	10	0,3	3993	36,0	7102	64,0	11095	100,0
2002	4144	59,8	930	13,4	46	0,7	1797	25,9	10	0,1	6927	52,8	6203	47,2	13130	100,0
2003	5359	56,9	1300	13,8	76	0,8	2661	28,3	16	0,2	9412	65,3	5009	32,7	14421	100,0
2004	4615	52,3	1299	14,7	52	0,6	2830	32,1	20	0,2	8816	63,5	5076	36,5	13892	100,0
2005	3983	51,6	1024	13,3	57	0,7	2639	34,2	15	0,2	7718	57,9	5605	42,1	5467	100,0

Dados notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006. Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS Todas as informações contidas nesta tabela estão disponíveis em formato eletrônico no endereço www.aids.gov.br

¹³ Os serviços de atenção básica atendem prioritariamente a população de baixo poder aquisitivo que atualmente é vista como vulnerável à AIDS. As mulheres significam a maior demanda destes serviços de atenção à saúde pública e o acesso destas à prevenção do HIV, transmissão vertical, sífilis e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis ocorrem em locais onde são oferecidos serviços de Planejamento familiar e pré-natal. Porém muitas mulheres não têm acesso a esses serviços e chegam à maternidade quase no momento do parto, sem terem feito pré-natal e aconselhadas a realizarem o teste anti-HIV.

Quanto às taxas de incidência, mantém-se a redução entre os casos masculinos de 13 a 34 anos, já que as maiores taxas de incidência foram observadas em 1997 e 1998 e um ligeiro crescimento entre os casos femininos. Entretanto, nos indivíduos com idades acima de 35 anos, as taxas de incidência continuam crescendo, bem mais evidente nas mulheres entre 40 a 49 anos, passando de 17,9 por 100.000 habitantes em 1998 para 27,9 por 100.000 habitantes em 2003¹⁴.

Observamos também que a transmissão heterossexual do hiv constitui uma das mais importantes características da dinâmica da epidemia brasileira.

Ela contribuiu para 14,4% dos casos compreendidos entre os anos de 1980 a 1994; e 42,2% dos casos em 2005.

Esta característica tem sido extremamente relevante para o aumento de casos em mulheres, vertente considerada de maior relevância na atual fase da epidemia, traduzido na progressiva redução dos números entre os casos do sexo masculino comparado aos números do sexo feminino, no tempo e em todas as categorias de exposição.

Os valores da razão de sexo passaram de 26:5, em 1985, para 5:9 em 1989, situando-se em menos de 1:9, a partir de 1998. Um aspecto importante é que as menores razões por sexo são encontradas nos municípios brasileiros com menos de 50 mil habitantes. Aproximadamente 20% dos pequenos municípios que notificaram a doença já inverteram a relação de incidência entre os sexos. Entre as mulheres, cerca de 60% são donas-de-casa, em todos os níveis de escolaridade, na faixa etária de 20 a 39 anos. (Fonte: Boletim Epidemiológico, ano II, dezembro de 2005).

Sabemos que, no início da epidemia, o segmento da população composta por homens que fazem sexo com homens foi o mais atingido. No ano de 1984, 71% dos casos notificados eram referentes aos homossexuais e bissexuais masculinos. Contudo, a contínua disseminação inicial neste segmento alcançou significativa estabilização nos anos seguintes, especialmente entre homens pertencentes das camadas sociais médias urbanas nas regiões de todo Brasil.

Especulamos que esta estabilização atribui-se a um melhor nível escolar dos primeiros soropositivos que, conseqüentemente, possuíam mais informações e maior poder de se

¹⁴ Ver Boletim Epidemiológico AIDS e DST, ano III, nº1.

organizar para reivindicar, fortalecer grupos sociais marginalizados e propor mudanças de comportamento no que se refere às práticas sexuais mais seguras. O resultado disto pode ser observado na redução dos casos notificados nessa categoria, correspondendo 16,8% dos casos de aids no ano de 2005.

No que diz respeito à categoria de transmissão sangüínea, mudanças importantes podem ser observadas. Em indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemofílicos

Tabela 4 - Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo

verifica-se que ao longo dos anos tem declinado o número de casos da doença. (Ver Tabela 3). Tudo indica que isso ocorreu em função do maior controle do sangue e hemoderivados resultante da maior disponibilização de testes laboratoriais para detecção de anticorpos do hiv a partir de 1986.

Segundo dados fornecidos por Boletins Epidemiológicos, no ano de 1984, a exposição ao hiv por via sangüínea representava 62% dos casos; em 2004 representava apenas 0,5%. Contudo, o segmento “usuários de drogas” injetáveis (UDI) perfaz uma exceção nesse quadro: a contaminação entre eles, desde meados de 1980, permanece em propagação em determinadas áreas geográficas de municípios de pequeno e médio porte.

categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico, 1980-2005.							
Categoria de exposição		1980 - 1994		1995 – 2005		1980 – 2005	
		n°	%	N°	%	n°	%
Masculino							
Sexual	Homossexual	19105	27,0	31640	17,7	50745	20,4
	Bissexual	9029	12,8	18401	10,3	27430	11,0
	Heterossexual	10180	14,4	59466	33,3	69646	27,9
Sanguíneo	UDI	18888	26,7	30919	17,3	49807	20,0
	Hemofílico	749	1,1	403	0,2	1152	0,5
	Transusão	852	1,2	504	0,3	1356	0,5
	TV/Perinatal	0	0,0	56	0,0	56	0,0
	Ignorado	11904	16,8	37102	20,8	49006	19,7
	Total	70707	100,0	178491	100,0	249198	100,0
Feminino							
Sexual	Heterossexual	11101	70,0	87000	91,6	98101	88,5
Sanguíneo	UDI	3802	24,0	6753	7,1	10555	9,5
	Transusão	628	4,0	469	0,5	1097	1,0
	TV/Perinatal	0	0,0	68	0,1	68	0,1
	Ignorado	327	2,1	723	0,8	1050	0,9
	Total	15858	100,0	95013	100,0	110871	100,0

Dados notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006. Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS Todas as informações contidas nesta tabela estão disponíveis em formato eletrônico no endereço www.aids.gov.br

Isto tem contribuído para um considerável aumento de casos entre mulheres UDI e ainda naquelas que foram infectadas por meio de relação sexual com parceiros UDI. Tais dados podem ser visualizados na tabela mostrada abaixo.

Quanto à transmissão vertical do hiv (infecção da mãe para o filho), observamos um aumento dessa categoria de exposição ao longo do tempo, resultante direta de uma maior participação das mulheres nos casos de aids no Brasil. Apesar disto, com a universalização do acesso à terapia anti-retroviral, a partir de 1997, observamos uma relevante diminuição de novos casos de aids nesta categoria.

Atualmente, a maioria das ações de prevenção à aids voltadas para a mulher está correlacionada à profilaxia da transmissão vertical do hiv. Esta campanha de prevenção incita opiniões diversas sobre o direito da mulher soropositiva em gerar filhos.

A idéia de direitos reprodutivos surgiu da luta do movimento feminista quanto à defesa do destino dado pela mulher a seu próprio corpo e de experiências que remetem ao respeito à reprodução e sexualidade, tendo como ponto de ligação a expressão do desejo e busca de autonomia sexual. Assim, é na reflexão a respeito das condições sociais e culturais provenientes de vivências individuais e coletivas no campo reprodutivo e sexual que as mulheres tomaram para si, direitos reprodutivos imbuídos do espírito da sabedoria, luta e resgate histórico.

“Pensar novos direitos exige uma reestruturação do conceito de cidadania. Não podemos incluir novas dimensões em um conceito forjado historicamente apenas fazendo aderir a ele novos elementos. Nós não podemos pensar sobre a cidadania apenas como receptáculo”. (Ávila, 1999, p.40)

O direito de cidadania confere sentido à idéia de exclusão social, pois quando se refere aos excluídos remete àquelas pessoas que não desfrutam de direitos básicos para serem consideradas cidadãs, como: liberdade de expressão, participação política, acesso ao trabalho remunerado, direito a benefícios sociais e à proteção das leis.

Ressaltamos que as condições sociais produzem exclusões sociais e ambas variam ao longo da história da humanidade. Sendo assim,

(...) as relações sociais são formadas pela tensão da exclusão e inclusão sociais no meio social e estar em situação de exclusão não significa estar fora da sociedade, mas significa estar dentro dela, porém destituído de participação nos bens sociais, sem acesso à riqueza e proteção comuns aos cidadãos, o que implica a existência de perversão social. (Ávila, 1999, p.42)

Ao longo da história é possível observar que muitos fatores tornam-se causas de exclusão e apartação social, como: sexo, raça, status, além de condições físicas e doenças diversas, que entre outros fatores fazem parte da história da humanidade. E é neste contexto que a aids se insere como fator de exclusão social.

É a partir da aids que desponta uma organização política e social que busca não só pelo acesso aos benefícios sociais para assegurar qualidade de vida às pessoas portadoras, mas também e de maneira fundamental, a luta contra o preconceito, que leva essas pessoas a uma situação de isolamento. (Ávila, 1999, p.43)

Ao considerar o conceito de cidadania em relação à aids e exclusão social, mulheres devem considerar os direitos reprodutivos como uma referência essencial para garantia de seu direito enquanto cidadãs e porque a questão da saúde é campo fundamental na constituição desses direitos. Os direitos reprodutivos são mecanismos que contribuem para que haja relações de igualdade entre todas as mulheres, soropositivas ou não.

Pensar a questão da aids a partir dos direitos reprodutivos exige também um reequacionamento da relação entre os direitos reprodutivos e direitos sexuais. Para as mulheres, o exercício da sexualidade baseado na concepção do amor romântico – que prevalece até hoje e influencia tanto as relações permanentes quanto as irregulares, as legais quanto as consensuais, os casamentos chamados monogâmicos e a prostituição – tem implicado um lugar de “desposuimento”. Nessa concepção de amor, a renúncia, o sofrimento, a desigualdade são elementos constitutivos do lugar do feminino enquanto lugar das mulheres, no jogo do amor romântico. (Ávila, 1999, p.46)

Este nos parece ser um jogo desigual, que coloca a mulher como pessoa alheia de desejo próprio e a transforma num corpo que existe somente em função do outro e para satisfazer seus desejos. Dessa forma fica bastante difícil fazer valer a sugestão de sexo seguro quando esta mulher acaba habitando um corpo que, ao final das contas, não lhe pertence.

É relevante remeter as discussões anteriores à frase de efeito criada para ser a de ordem do movimento feminista: nosso corpo nos pertence! Esta frase é um convite às mulheres para que rompam com a alienação e tomem para si, lugar de destaque em suas vidas. Mas romper com o que é concreto e real em nossas vidas nem sempre é tão fácil ou é algo que se resolva com palavras ou discursos politizados. Vide a história da mulher brasileira pauperizada e sem escolarização.

Para Ávila (1999, p.46) a sexualidade e a aids requerem uma reflexão da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos no contexto das relações de poder e, nesse sentido, o que se coloca é a questão da transmissão.

O estado de carência material corrobora para a derrota ou inexistência da tentativa de negociação do uso de preservativo durante as relações sexuais e muito menos torna acessível à

conduta sexual do parceiro, mesmo depois da doença se manifestar, tendo em vista que afeta não só a parte física da mulher, mas também o seu poder econômico.

Quanto ao direito à maternidade, este é ameaçado por dilemas pessoais que se tornam mais difíceis de serem resolvidos pela deficiência de condições sociais e dificuldade de acesso aos serviços públicos de assistência e tratamento em decorrência da própria doença, muitas vezes em estágio avançado.

Por esses motivos, a aids também se posiciona como uma questão a ser combatida tanto ao que tange a garantia dos direitos reprodutivos quanto aos sexuais. Esse é um problema que está relacionado à reprodução social e ocorre do ponto de vista da sexualidade e preservação a vida.

Voltando a discussão sobre negociação do sexo seguro, vimos que esta não é uma novidade. A novidade está no reconhecimento desta prática de combate a disseminação do hiv, como algo benéfico e por isso valorizado na esfera de saúde pública.

Há vinte anos atrás essa negociação era associada às idéias de prostituição e promiscuidade, pois “quem negocia sexo são pessoas que vivem do comércio sexual”. Esse pensamento tradicional e preconceituoso ajudou a gerar mais números de aids no segmento social feminino.

Existe o reconhecimento de que as mulheres estão em desvantagem no que tange a adoção de métodos de prevenção à aids e outras doenças transmitidas pelo sexo e por isso se tornam mais vulneráveis. Cabe lembrar que o preservativo é um método que envolve o querer masculino para que haja sexo seguro.

Pra que ocorra negociação sexual é preciso entendimento entre o casal, porém esta estratégia aparenta ser um atributo individual, pois depende da capacidade de comunicação da mulher, após acesso a informações sobre formas de fazer sexo seguro e informações sobre seu próprio corpo.

Assim, pensar sobre os limites dessas intervenções é considerar algumas das idéias implícitas dessa formulação. E a noção de risco nem sempre é algo real para as pessoas.

Guimarães sugere que não exista percepção de risco entre as mulheres dos setores populares porque a “construção de sua identidade tem raízes num sistema de representações

cujo mais alto valor – senão o único – é o da família e da casa”. Enfatiza que “a sobreposição do valor-indivíduo pelo valor-família levaria à impossibilidade de reconhecer esse risco no seio do núcleo familiar, sob pena de a mulher perder sua identidade social digna”. (1995 apud Barbosa, 1999, p.77)

Goldtein, (1999 apud Barbosa, 1999, p.77) analisa seis aspectos da sexualidade, junto a moradores de favelas brasileiras – comunicação entre os parceiros, uso de condom, fidelidade, virgindade, homossexualidade e sexo anal – enfatiza que a inabilidade feminina de comunicação sobre sexo com seus parceiros dificulta a avaliação do risco que estas podem representar.

Um outro aspecto desta formulação é o de que mulheres desejam até dizer não ao sexo sem uso de preservativo, mas isso nem sempre acontece.

Martin (1995 apud Barbosa, 1999, p.78) afirma após estudar a lógica da construção simbólica que da contaminação pelo HIV entre mulheres infectadas, que “a categoria amor deixa incompatível o relacionamento amoroso e o uso de condom, mesmo quando o risco é conhecido, justificando também o fato das mulheres não abandonarem seus maridos”, quando recebem seu resultado reativo para o hiv, por exemplo.

Assim, prevenir aids exige questionamentos sobre a qualidade dos relacionamentos, entre homens e mulheres com nível socioeconômico mais elevado também.

Então, apesar do “grito de guerra feminista” existem conflitos evidentes entre padrões de gênero atuais e antigos e estes refletem contradições entre a luta por direitos e igualdade femininos no espaço público e privado. Porém, mesmo assim essa realidade não se reporta a vida pessoal e tornou-se difícil dizer não ao companheiro e prevalecer à vontade da mulher, dificultando a negociação do sexo seguro.

Quanto ao preservativo feminino, afirmamos que ele é consideravelmente caro em relação ao masculino e de difícil acesso em unidades públicas de saúde.

Com todo exposto, entende-se que a assimetria de poder entre os gêneros é sem dúvida uma realidade. No entanto, conceber o poder de maneira estanque, como algo absoluto contra o qual não existe nenhuma possibilidade de resposta, de reação, de resistência é simplificar os

jogos envolvidos nas negociações em torno da experiência sexual. (Ávila e Barbosa, 1985 apud Barbosa, 1999, p.78)

Quanto à atenção à saúde da mulher em relação à feminização da epidemia, sintomas da AIDS como: perda de peso, fraqueza e falta de apetite, podem ser confundidos como outras doenças mais comuns ou ainda serem entendidos como fatores psicológicos, ligados à depressão e, assim, não investigados como deveria. A demora ou erro do diagnóstico da doença em mulheres veio, ao longo dos anos, principalmente no início da epidemia de aids, uma diminuição das chances de tratamento e, conseqüentemente maior tempo de vida das mesmas.

Mulheres têm atenção diferenciada nas ações de saúde, voltadas a sua sexualidade na maioria das vezes associada à reprodução somente.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado originalmente em 1983 por feministas e “ativistas pró-saúde da mulher”, que desde os últimos do período autoritário brasileiro luta pela implantação de serviços de atenção à saúde da mulher de maneira integral e sistemática para abarcar questões deficientes em sua totalidade em principal aquelas relativas à saúde reprodutiva, direito e negação à saúde reprodutiva e aqueles resultantes de desigualdade social e econômica, matriz de parte significativa dos problemas de saúde pública.

Diferente do primeiro Plano de Ação do PAISM, que não incorporava a aids como uma questão de preocupação significativa, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher apresentada para o período do ano de 2004 a 2007, pôs expectativa na construção de um consenso nacional em torno da necessidade do desenvolvimento de políticas públicas de saúde com foco na mulher de maneira integrada nos níveis federal, estadual e municipal, buscando coerência e união destas esferas de governo.

Apresenta como princípio norteador “*o reconhecimento das diferenças de organização e de desenvolvimento tecnológico entre as diversas regiões, estados e municípios brasileiros.*” (Brasil, 2004)

Dessa forma, espera-se contemplar a realidade de cada município, respeitando cultura e especificidades epidemiológicas assim como a sua inserção nos diversos níveis de gestão definidos pela Norma Operacional de Assistência Social (NOAS).

Nas propostas contidas no PAISM foram consideradas necessidades de humanização dos serviços de saúde prestados assim como a ampliação e acesso aos mesmos, promoção da saúde e melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher, assim como reconhecimento de direitos, solução de problemas identificados e satisfação da população usuária.

Nesta proposta, o Ministério da Saúde propôs apoio técnico e financeiro a todos os municípios pólos de micro regiões, para a elaboração de um Plano Regional de Atenção à Saúde da Mulher com critérios da Área Técnica de Saúde da Mulher e pactuados com estados e municípios.

Mas por que será que ainda não vemos este paraíso de ações voltadas à saúde da mulher se tornar realidade?

O Ministério da Saúde ressalta que para concretização da proposta, secretários estaduais e municipais devem apresentar vontade política e poder de decisão, que se traduz no cumprimento da Emenda Constitucional N°29, garantindo dessa forma a alocação de verbas e recursos humanos comprometidos com a transformação do atual modelo de atenção à saúde.

Ressalta que tem igual importância a participação da sociedade civil organizada, movimento feminista, Ministério Público (a fim de garantir o cumprimento do princípio constitucional que define a saúde com direito de cidadania) e conselhos estaduais e municipais de saúde atuantes.

São objetivos específicos do PAISM:

1. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.
2. Estimular a implantação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
3. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.

4. Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
5. Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis da infecção pelo HIV/AIDS da população feminina.
6. Reduzir a morbi-mortalidade por câncer na população feminina.
7. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob enfoque de gênero.
8. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério.
9. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade.
10. Promover a atenção à saúde da mulher negra.
11. Promover a atenção a saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.
12. Promover a atenção à saúde da mulher indígena.
13. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão.
14. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas públicas de atenção integral à saúde das mulheres.

Na perspectiva de análise sobre infecção pelo vírus da AIDS, percebe-se que a ausência de informações sobre prevenção do HIV e a uma abordagem adequada sobre a testagem junto às mulheres usuárias dos serviços de ginecologia como, por exemplo, as lésbicas, as esterilizadas, as não grávidas, ou as que estão no climatério, confirmam que as políticas públicas na área da Saúde da Mulher, ainda priorizam a mulher como mãe/matriz e não com uma visão integral da mulher, conforme previsto no PAISM.

Um outro aspecto que teria um grande peso, não só como espaço informativo, mas principalmente no acompanhamento das políticas públicas por parte das próprias mulheres, se refere à ação educativa junto às usuárias do SUS. Apesar de constituir um dos principais pilares do PAISM, as ações educativas não são consideradas prioritárias pelos gestores nem pela maioria dos profissionais de saúde, especialmente pelos médicos dos serviços públicos, ficando essas ações por conta de iniciativas individuais, na maioria das vezes não institucionalizadas.

A efetividade no controle da epidemia através da distribuição dos preservativos só será alcançada se vier acompanhada de ação educativa com informações corretas, que respeitem os direitos sexuais e a diversidade de experiências sexuais.

A superação desse quadro passa pela produção de uma política de atenção aos afetados pela epidemia que seja consistente em termos de continuidade, financiamento e intersetorialidade. Essas características estão presentes na política anti-aids brasileira? Estão presentes na política de saúde como um todo? Na próxima seção trataremos dessa questão.

CAPÍTULO 2

A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E A POLÍTICA NACIONAL DE AIDS

A saúde pública brasileira é marcada por fases e modelos distintos, ainda que sejam observadas sobreposições entre eles.

O primeiro modelo de assistência à saúde nos países foi marcado pelo ideário sanitarista-campanhista e esteve vigente do início à metade do século XX. Naquele momento, o Brasil era predominantemente rural e a vida política, econômica e social girava, em grande medida, em torno de atividades agro-exportadoras.

As cidades, ainda coloniais, tinham serviços precários de esgoto e abastecimento de água e, por essa razão, muitas residências não tinham condições necessárias de higiene. A falta de condições sanitárias era uma fonte geradora de doenças infecto-contagiosas e parasitárias, o que gerava um grande número de mortes.

Contudo, mesmo diante desse quadro, apenas doenças como febre amarela, varíola e malária eram objeto de maior atenção governamental através de ações de erradicação e pesquisa. Foi em função disso que ocorreram as primeiras campanhas, nos anos de 1898 e 1910, nos principais portos brasileiros. Tais campanhas integravam um vasto programa de

saneamento marítimo mundial implementado sob imposição do mercado internacional. (Iyda 1994 apud Marques, 2003).

Nesse contexto merecem destaque as ações coordenadas pelo Dr. Osvaldo Cruz. Ele atacou primeiro a febre amarela aproveitando métodos que haviam sido aplicados em Cuba. Suas ações inseriam-se, por sua vez, nas medidas de reforma urbana e sanitária adotadas pelo governo do Rio de Janeiro as quais visavam modernizar a cidade: destruir casebres, expulsar a população pobre para as áreas periféricas, interditar o transito de cães e mendigos pelas ruas, proibir as pessoas cuspirem em vias públicas, etc. (Carvalho, 2002).

Depois dessas primeiras medidas foi dado inicio ao combate à Varíola por meio de vacinação obrigatória. Tal obrigatoriedade ocasionou revolta na população e impeliu o surgimento de grupos políticos que incentivavam as classes operárias a oporem-se à arbitrariedade do governo, culminando no que ficou conhecido como a “Revolta da Vacina”. Foi aqui que, de forma mais acentuada, o poder de polícia se instituiu na saúde pública brasileira configurando-a efetivamente como uma “polícia médica”. (Marques 2003, p. 53).

Já no que diz respeito às necessidades individuais de atenção a saúde, o período em questão era fortemente marcado pela quase total ausência de intervenção governamental. De acordo com Carvalho (2002) a assistência à saúde, médica e odontológica, era financiada pelos próprios indivíduos; e, até o final da Primeira República, a assistência social era de competência exclusiva de associações particulares e irmandades religiosas oriundas da época do Brasil Colônia (sociedades de auxílio mútuo, por exemplo) que ofereciam apoio financeiro para tratamentos de saúde, auxílio funerário, pensões para viúvas e filhos, além empréstimos de dinheiro aos seus membros. As irmandades e associações eram geridas com base na contratação; ou seja, os benefícios eram proporcionais à contribuição de cada um dos seus integrantes.

As Santas Casas de Misericórdia, instituições privadas de caridade, com princípios fundamentados na religião católica, além de outras instituições filantrópicas espíritas ou protestantes, assistiam aos pobres quando eles precisavam de intervenção médica ou auxílio material.

Não se cogitava nessa época a criação de leis de proteção ao trabalhador, pois o pensamento ortodoxo liberal predominante na política da Primeira República preconizava a não intervenção governamental nas questões trabalhistas e no campo social. (Carvalho, 2002).

Somente em 1919, após o ingresso do Brasil na Organização Internacional do Trabalho (OIT), é que foram criadas leis que beneficiavam os trabalhadores, como aquela que responsabilizava patrões por acidentes de trabalho e, posteriormente, em 1926, a que regulava o direito de férias. Há que se ressaltar que a aprovação de tais leis esteve em grande medida vinculada às reivindicações da classe trabalhadora das grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo. Tratava-se, contudo, das chamadas leis “para inglês ver”, pois atendiam apenas, formalmente, as pressões impostas pela Inglaterra.

Já no campo assistencial, em 1923, foi criada a primeira lei eficaz, denominada Lei Elói Chaves. Ela instituía a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para ferroviários, primeiro embrião da atual previdência Social. Após isso, assistiu-se a expansão desse sistema de Caixas para outros setores de atividade.

A partir dos anos 30, devido ao aumento da demanda de trabalhadores por serviços, se deu a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Os IAPs se organizaram por categorias profissionais: primeiro a dos Marítimos (IAPM) em 1933, depois dos comerciários (IAPC) e bancários (IAPB), em 1934.

Os IAPs foram sendo ampliados e sua rede de beneficiados posteriormente agregou os industriários (IAPI), os encarregados em transportes e cargas (IAPETEC) e trabalhadores da estiva (IAPE). Com a expansão dos mesmos, em 1938 foi criado o Instituto da Previdência e Assistência aos servidores do Estado, IPASE e, em cinco anos, a Previdência Social passou a alcançar quase todos os trabalhadores urbanos com recursos “*provenientes do Governo, patrões e contribuições de empregados*”. (Carvalho, 2002, p. 112).

Os benefícios variavam bastante de um Instituto para outro. Porém, todos concediam aposentadorias por invalidez e pensão aos dependentes dos trabalhadores. IAPs mais ricos concediam ainda aposentadoria por tempo de serviço, auxílio médico-hospitalar, auxílio-doença e um outro auxílio em caso de morte e parto.

É importante ressaltar que “*a política de assistência à saúde no Brasil esteve, desde a década de 20, atrelada à Previdência Social, quando foram criadas as CAPs, sendo atribuição obrigatória destas instituições previdenciárias a prestação de serviços médicos*”. (Giovanella e Fleury, 1996, p.178). Isso, porém, não gerou mudanças significativas no padrão de assistência médica dos segurados e seus dependentes (e menos ainda da população como um todo)¹⁵ tendo em vista que a atenção à saúde recebia importância secundária e havia restrições quanto aos custos no conjunto de gastos, mesmo com a participação do Estado nesse financiamento.

As CAPS privilegiavam a assistência médica e os IAPS - que tinham a participação do governo - privilegiavam a previdência social e a mantinham, dessa forma, em segundo plano.

A década de 50 ficou marcada pela intensificação do processo de industrialização que colocou um “ponto final” no modelo econômico agro-exportador. Um fato relevante desse processo foi o estabelecimento de pólos econômicos de grande importância, como São Paulo e Rio de Janeiro. Estes, por sua vez, constituíram-se em centros urbanos habitados por um grande número de operários que necessitavam ser atendidos pelo sistema de saúde.

“Nesse momento, a política de saúde voltou-se para o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva. Iniciou-se a fase do modelo assistencial privatista, a assistência médica da Previdência Social” (Mendes, 1999 apud Marques, 2003, p.52) que teve suas raízes no sistema das CAPs.

Em relação à Previdência Social, em 1960, sob o governo de João Goulart, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social que uniformizou as normas da previdência, ampliando sua cobertura, incluindo os profissionais liberais. Porém essa medida não unificava o sistema, pois ainda co-existiam vários institutos e os trabalhadores rurais permaneciam excluídos.

De acordo com Marques (2003), somente em 1966 foi unificado o sistema previdenciário, com a extinção dos IAPS - exceto os institutos do funcionalismo público civil

15- Apesar desta década ter assistido a um significativo avanço da legislação trabalhista, o sistema da época excluía categorias importantes como a dos autônomos, domésticas e trabalhadores rurais, que ainda constituíam uma grande parte dos trabalhadores. Estes não eram representados por sindicatos e, portanto, não eram beneficiados pela política previdenciária, tipificando o que Wanderley Guilherme dos Santos, chamou de *cidadania regulada*. Em tal forma de cidadania os direitos sociais eram acessíveis de acordo com a categoria profissional do indivíduo e sua condição de cidadão estava subordinada ao status que a sua ocupação tinha no mercado de trabalho.

e militar – e com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cujos recursos eram provenientes do desconto de 8% em folha de pagamento do salário de todos os trabalhadores. Neste momento foram uniformizados os benefícios de aposentadoria, pensão e assistência médica. Consolidou-se assim uma espécie de segundo modelo de saúde pública, com um forte traço mercantilista: o modelo médico-assistencial privatista.

Em 1967 o INPS ganhou o direito de gerir o seguro por acidente de trabalho e em 1971, durante o repressor Governo Médice, foi criado o Fundo de Assistência Rural (Funrural) que incluiu os trabalhadores rurais como beneficiários da Previdência Social, mesmo sem ter havido qualquer contribuição. É curioso notar que nenhum Governo ousou mexer com os coronéis e seu sistema próprio de proteção social ou cobrou deles ou dos trabalhadores contribuições para o Funrural. Seu financiamento era proveniente do imposto sobre produtos rurais pagos pelos consumidores e impostos sobre folhas de pagamento de empresas urbanas, cujos custos obviamente também eram repassados pelos empresários aos consumidores.

Nesse momento (em 1974) foi criado o INAMPS a partir do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este instituto disponibilizava estabelecimentos próprios para atendimento médico, porém a maior parte desse atendimento era realizada pela iniciativa privada. Os convênios estabeleciam remuneração por procedimento, consolidando a cultura de cuidar da doença e não da saúde das pessoas. Assim, o INAMPS passou a ser o catalisador de ações da assistência médica brasileira, privilegiando o setor privado de assistência médica.

Apesar do sistema previdenciário na época ter ampliado a sua cobertura, neste momento da história, ainda prevaleciam a desigualdade e o mau atendimento à saúde. Mesmo no início da década de 80 o governo brasileiro passou a investir cada vez menos no atendimento em sua rede pública, favorecendo o crescimento da participação do setor privado na assistência médica por meio de convênios.¹⁶

Essa situação foi objeto de reflexão e críticas severas da então re-emergente sociedade civil, particularmente do chamado Movimento de Reforma Sanitária. Este movimento, originado em grande

¹⁶Vale a pena ressaltar que o modelo de prestação de serviços médicos mostrava-se perverso e excludente, pois nem todos tinham acesso aos atendimentos médicos, nem mesmo todas as categorias de trabalhadores.

medida no meio acadêmico, representava uma forma de oposição técnica e política ao regime militar, tendo sido apoiado por outros setores da sociedade, inclusive pelo partido que representava a oposição na época, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). (Mendes, 1993)¹⁷.

Com a abertura política - prometida e cumprida pelo presidente-general João Baptista Figueiredo - a Comissão de Saúde da Câmara de Deputados promoveu, no período de 09 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde que contou com a participação de integrantes do movimento da reforma sanitária.

Naquela época tal movimento já defendia a criação do Sistema Único de Saúde. Essa idéia contemplava muitos conceitos que eram provenientes de experiências que haviam sido bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, a racionalização e integralidade das ações e democratização e participação popular. Além disso, os líderes do movimento contavam com experiências exitosas aqui mesmo Brasil, a exemplo daquelas voltadas para o saneamento e saúde que haviam sido implementadas em áreas rurais do Nordeste e em Minas Gerais.

Inicialmente, as propostas do movimento foram ignoradas pelo Governo. Mas, com o seu crescimento e com o reconhecimento da falência do sistema de saúde vigente, elas foram sendo incorporadas gradativamente. Um exemplo a ser citado é a proposta de saneamento básico. Contudo era difícil romper com o antigo modelo que tanto gerava lucro às entidades privadas como a Federação Brasileira de Hospitais.

Ao mesmo tempo os sinais de esgotamento do sistema ficavam cada vez mais visíveis: intermináveis filas que se formavam de madrugada por pessoas que ficavam na expectativa de conseguir ou não uma “ficha” para o atendimento com o médico; precárias condições de trabalho; baixos salários dos profissionais de saúde e má gerência dos recursos que vinham aliados aos escândalos de corrupção.

É nesse contexto de permanências, mas também de mudanças, que se assiste a um avanço significativo na prestação de serviços de saúde a população como um todo, principalmente ambulatoriais, *“através da ampliação da capacidade instalada de unidades básicas de saúde, na primeira metade da década de 80”*. (Médici, 1990 apud Giovanella e

17 O fim do “milagre econômico” propiciou uma crise do financiamento da previdência social e isso acabou repercutindo no financiamento do INAMPS.

Fleury, 1996, p.181). Também foi nesse contexto que, por iniciativa da Previdência Social, foi proposta a unificação dos sistemas de saúde, em nível estadual, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS. Embora com transferência parcial de atribuições e mantidas relações convenientes entre os níveis governamentais, a estrutura de poder no interior do setor foi alterada pela mudança do papel institucional da assistência médica da Previdência Social. Suas representações estaduais passaram a ser subordinadas às Secretarias Estaduais de Saúde, iniciando-se um processo de descentralização das decisões e aprofundando a desconcentração das ações para os estados e municípios, com a transferência da gestão das unidades próprias da Previdência Social. (Giovanella e Fleury, 1996, p.182).

Após a eleição do Presidente Tancredo Neves foi intensificado as discussões voltadas para o sistema de saúde, o que culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Brasileira de 1988. Em tal Constituição, a saúde foi incluída numa seção específica que incorporou conceitos e propostas contemplados no Relatório da 8ª Conferência e, conseqüentemente, propostas da Reforma Sanitária. A saúde passou a ser “um direito de todos e um dever do Estado”.

A Constituição remetia a regulamentação do sistema de saúde para a Lei Orgânica da Saúde, mas esta regulamentação foi relegada a um segundo plano no Governo Fernando Collor de Melo, sendo aprovada somente depois de prolongada negociação do Movimento Sanitário e Ministério da Saúde. A partir daí uma outra preocupação se colocava: como pôr em prática e garantir esta conquista obtida pela lei em termos financeiros.

Embora o acesso universal, integral e igualitário de atenção à saúde tenha sido consagrado pela Lei Orgânica, o problema de financiamento na área social não havia sido resolvido ainda. Ou seja, os benefícios foram ampliados, porém não havia base de financiamento correspondente.

Segundo Giovanella e Fleury (1996) foi constante e problemática -notadamente o questionamento e demoradas disputas judiciais por parte de empresários- a busca por novos financiamentos para a saúde para além da já existente contribuição sobre os salários. Assim, até 1990 “a política de atenção à saúde no Brasil foi financiada basicamente com recursos do Fundo de Previdência e Assistência social (FPAS), tendo o SUS enfrentado dificuldades, crises financeiras e sucessivos cortes de verbas”. (Silva, 2003, p.73).

A partir dos anos de 1990 ocorreu diversificação no financiamento das ações do Sistema Único de Saúde com a incorporação de fontes da receita tributária vinculada ao orçamento da seguridade social, sendo as principais delas a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), a Contribuição para Financiamento da seguridade (Cofins) e a Contribuição Sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL).

Segundo Cohn e Elias (2003, p.17), a primeira dessas contribuições foi *“criada a partir de um considerável esforço do Ministério da Saúde na gestão de Adib Jatene junto à área econômica do governo e ao Congresso Nacional e as duas últimas previstas na Constituição Federal”*.

Com as inúmeras pressões sobre a União para que houvesse aumento de recursos setoriais e em virtude da crise orçamentária, o Ministério da Saúde recorreu ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). E assim, diante do quadro anteriormente descrito, começaram a surgir no âmbito Legislativo, diversas propostas para dar maior estabilidade ao financiamento setorial. O ponto comum dessas propostas era a vinculação dos recursos orçamentários dos três níveis de governo.

É importante ressaltar que houve clara resistência do Ministério da Saúde ao processo de descentralização e repasse de recursos para os estados e municípios.

Simultaneamente cresceu no país um “movimento anti-SUS”, com segmentos diversos de interesse corporativo se articulando com o objetivo de preservar duas das características do sistema: a centralização e a fragmentação entre a assistência hospitalar e as demais ações de saúde. A resistência à extinção do INAMPS, foi um momento esclarecedor desse movimento. Contra essa medida uniram-se segmentos da corporação “inampsiana”, isto é, mais precisamente os setores ligados ao controle e auditoria, juntamente com o setor privado prestador de serviços ao SUS. (Barros, 1995, p.114).

Apesar da proposta de mudança e das promessas de ações de prevenção às doenças e de atendimento gratuito e igual para todos os cidadãos, a implantação do SUS não era algo que atendia aos interesses de setores que se beneficiavam financeiramente do modelo preexistente. Não interessava também a formação de atores na arena das políticas de saúde e a participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde, nos processos de tomada de decisões.

Este pensamento, que se mostrava contrário à descentralização, retrata a herança do pensamento conservador das épocas de ditadura quando todas as decisões e recursos eram provenientes única e exclusivamente do governo federal.

Porém, em 1992 ocorreu a 9ª Conferência de Saúde e como um dos seus desdobramentos, no Governo Itamar Franco, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Norma Operacional Básica (NOB) nº1, de maio de 1993, que regulamentou o processo de descentralização das ações de saúde e que funcionou como uma espécie de “manual” bastante importante no processo de municipalização. Então, a partir do referido ano, foram estabelecidas regras sobre a participação dos diversos níveis de governo, tornados explícitos os estágios crescentes da municipalização e definidas as maneiras de controle social por meio da atuação dos Conselhos de Saúde. Como lembram Giovanella, Carvalho, Lobato e Cunha (2000, p.01), *“A descentralização foi acompanhada de mecanismos fortemente indutores da habilitação e responsabilização municipal para gestão, tais como as exigências de criação de Conselhos de Saúde, Fundos de Saúde e Sistemas de Controle e Avaliação.”* Entretanto, elas também ressaltam que prevaleceu em todo esse período o modelo de repasses financeiros às esferas descentralizadas baseado no pagamento faturado dos serviços prestados, o que propiciou uma lógica de atenção baseada na produção de serviços. Por outro lado, tanto a NOB01/91 quanto a NOB 01/93 ocuparam-se de fomentar a capacidade gestora dos municípios, mas pouco incidiu sobre questões como equidade do sistema, resolubilidade da rede e modelo de atenção.

Com isso e diante da pouca credibilidade creditada ao SUS, a busca pela prestação de serviços e seguros de saúde privados continuou a crescer entre os segmentos sociais formados por grupos com renda elevada e parcela dos trabalhadores urbanos em atividades industriais e de serviços ligados aos setores considerados mais dinâmicos da economia, como o exportador, o de petróleo, o automobilístico, o de telecomunicações, o siderúrgico, o da construção naval, entre outros.

Segundo Cohn e Elias

Características concorrem para a configuração de um tipo de “Sistema” segmentado na prestação da assistência e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, desprovido de controle público eficaz, desarticulado na

prestação da assistência e indutor da separação entre as ações de saúde nos planos da atenção individual e coletiva. (2003, p.70)

Para esses autores torna-se necessário o uso de aspas no termo “Sistema de Saúde” e a admissão do seu uso no plural, tendo em vista que o Brasil atesta a convivência harmônica de um Sistema Público com tantos outros “*sistemas que são de caráter privado e estanques entre si, que são arrançados de forma a beneficiarem-se de subsídios diretos (financiamentos), indiretos (renúncia fiscal) e cruzados (assistência médica especializada a beneficiários de planos privados) que o estado oferece*”. (2003, p.71)

Ainda de acordo com eles,

diferentes Sistemas de Saúde padecem de vários problemas em comum: destinação equivocada de recursos, em termos do custo-benefício; desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços; ineficiência nos gastos, na utilização de leitos e na distribuição de pessoal; explosão dos custos, decorrentes da disponibilidade de novas tecnologias combinadas ao advento de certas modalidades de seguro saúde. Ainda no caso dos países de renda média e baixa e particularmente na situação brasileira, podem-se acrescentar outros aspectos a esta lista, tais como a insuficiência de recursos financeiros para a saúde, as iniquidades das ações e serviços de saúde, e as repercussões sociais decorrentes da ausência dos direitos de cidadania no cotidiano da saúde. (Idem, p.62).¹⁸

A partir do mês de janeiro de 1998 passou a vigorar a nova Norma Operacional Básica do sistema Único de Saúde.¹⁹ Tal Norma objetivava promover e consolidar o pleno exercício de poder público municipal na função de gestor da atenção à saúde dos municípios brasileiros já estes que passaram a ser responsáveis pela garantia da atenção integral à saúde. Em outros termos, ela teve como finalidade promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal da sua responsabilidade na gestão de um “*sistema de saúde que atenda com integralidade a demanda das pessoas pela assistência à saúde e as exigências sanitárias ambientais*” (Ministério da Saúde, 1996: item 2)

A NOB 01/96 criou um sistema de repasses de verbas federais de saúde de maneira inovadora, pois desvinculou os mesmos da produção direta de serviços e ações de saúde.

18 Assim, reconhecemos que o Sistema Único de Saúde implica mais é enunciado de um discurso sobre o que deveria ser ou sobre o que se pretende estruturar.

19 NOB SUS 01/96.

Agora, baseado em critérios populacionais, o PAB²⁰ passa a representar uma importante inflexão no processo de descentralização, naquele ano já implantado na maioria dos municípios brasileiros, de acordo com Giovanella, Carvalho, Lobato e Cunha (2000, p.01). Segundo estes autores, esse novo mecanismo favoreceu mudanças no modelo de atenção básica à saúde uma vez que instituiu estímulos financeiros específicos para determinados programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Outra mudança ocorreu na prestação de serviços que deixou de ser orientada por critérios de remuneração para a possibilidade da migração de recursos da área de assistência para a área de promoção à saúde ou para ação intersetorial.

A NOB 01/96 também é inovadora quando enfatiza a necessidade da avaliação do desempenho dos sistemas estaduais e municipais de saúde, valorizando e premiando financeiramente pelo desempenho por resultados provenientes de programações com critérios epidemiológicos. (Ministério da saúde, 1996; itens 2 e 11. 2.6).

Buscou-se com isso a garantir a atenção integral da saúde no âmbito municipal, induzir novas práticas e ações que levam a integralidade do sistema além de ampliar a base técnica para responsabilização ampliada dos gestores municipais em relação à saúde de todo um conjunto que forma a sociedade brasileira.

Contudo, reforçando o que já dissemos anteriormente, vale salientar que a universalização promovida tem sido caracterizada como excludente na medida em que a absorção de camadas populares não previdenciárias foi acompanhada por mecanismos de racionamento dos gastos que expulsaram do sistema segmentos sociais mais favorecidos em direção ao setor privado, ou seja, a universalização efetivou o direito social à saúde por torná-lo apto a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo e não por incluir sob sua responsabilidade toda a população. (Giovanella e Fleury, 1996, p.183)

As reformas que aconteceram nas últimas décadas foram feitas na esperança de responder às várias crises de conhecimento e prática na saúde, do “autoritarismo, do estado social e sanitário da população, do sistema de prevenção, etc” (Teixeira e Paim, 1998). Como e se, em meio a essas mudanças, estava o sistema de saúde público preparado para enfrentar

20 Piso de Atenção Básica – transferência fundo a fundo, mensal e automática, proveniente de recursos federais destinados ao financiamento das ações básicas de saúde.

uma epidemia do porte da epidemia de hiv/aids, é uma questão que cabe agora perguntar. Os estudos disponíveis mostram que não. Tal falta de preparação contribuiu para a rápida expansão da epidemia, principalmente entre grupos historicamente mais vulneráveis da população brasileira. Para que o sistema começasse a atender as primeiras vítimas foi necessário mais uma vez a intervenção da sociedade civil, a qual, já desde o início da epidemia, através dos grupos gays e posteriormente através de ONGs, se mobilizava em torno da questão. A seção seguinte examina como se deu essa mobilização e como ela impulsionou a criação de planos estaduais e nacionais de controle do hiv/aids.

2.1-Assistência à epidemia de aids e seu surgimento na história brasileira

Como em todos os países, as respostas à epidemia ocorreram de maneira complexa derivada do emaranhado político, social, econômico e cultural que envolvia a epidemia. No Brasil, essa complexidade foi ainda mais significativa devido a outro emaranhado de circunstâncias que geraram crises políticas, econômicas e sociais, as quais acabaram por influenciar na forma como a sociedade e Estado responderam e têm respondido ao hiv/aids.²¹

Como discutimos no primeiro capítulo, a aids foi diagnosticada no Brasil no início dos anos 80 e os primeiros casos foram notificados e acompanhados no estado de São Paulo. Em decorrência da falta de conhecimento médico sobre essa doença os primeiros diagnósticos suscitaram preconceito sexual e moral e foram marcados por fortes doses de crueldade dirigidas aos homossexuais. Uma parte significativa do preconceito aludido se dava nas instituições de saúde: postos, hospitais, consultórios particulares. Além disso, nos seus anos iniciais, a presença do hiv/aids entre nós não constituía objeto de grande atenção dos poderes públicos.

21 Do ponto de vista econômico vivia-se uma fase de elevação da crise financeira associada à dívida externa brasileira. A política de empréstimos e de dependência econômica internacionais acabou por acentuar problemas já existentes na estrutura do sistema de saúde pública e limitou a capacidade do governo em responder aos problemas postos por uma nova doença epidêmica.

Neste contexto, os grupos gays paulistas²² foram pioneiros nas iniciativas de organização da sociedade civil em articular respostas à epidemia. (Galvão, 2000)

Inicialmente, havia muito pouca informação sobre a doença. Em função disso, eles distribuíam folhetos com informações sobre aids em locais conhecidos como os mais freqüentados por homossexuais. Ao mesmo tempo a atuação deles tinha uma forte conotação política: grupo “Somos” e o grupo “Outra Coisa” pressionaram o governo paulista a adotarem ações de atenção às vítimas da aids e, mais adiante, colaboraram para a criação de um *“grupo de trabalho por técnicos de saúde diversos que estabeleceram medidas como: notificação compulsória, criação de um serviço por telefone e participação da comunidade.”* (Galvão, 2000, p.). Já o igualmente pioneiro grupo gay da Bahia (GGB) passou a se destacar no desenvolvimento de atividades voltadas à aids, da mesma forma que o “Dialogay” de Sergipe (Galvão, 2000). Tais grupos também voltavam suas atividades para prevenção da doença à população homossexual, que era a mais atingida neste período da história da aids. Eles faziam oficinas de sexo seguro, distribuíam preservativos em locais freqüentados pela comunidade homossexual, como boates e saunas gays. Também denunciavam homofobia e violação de direitos humanos desta população em geral e nas instituições de saúde em particular.

As ações anti-aids dos países desenvolvidas do hemisfério norte eram impulsionadas por grupos sociais mais diretamente atingidos pela doença: aqueles originados das comunidades gays. (Góis (2000). Estes grupos *“lutavam por sua sobrevivência biológica e social e assumiram a tarefa de educar e assistir seus membros a lutarem politicamente pela melhoria de intervenção social”*. (Góis, 2000, p.172). Góis também ressalta que por trás dessas ações havia mais de uma década de organização da comunidade gay a qual, ao longo dos anos de 1970, buscou e ganhou visibilidade pública. Ganhou também capacidade de angariar recursos entre suas hostes e de estabelecer parcerias com outros setores sociais marginalizados. Essa expertise foi essencial na luta que aquelas comunidades viriam posteriormente desenvolver por apoio para as vítimas da aids nos anos 80. O mesmo não ocorreu n Brasil. O preconceito, dentre outros fatores, dificultava a articulação política dos homossexuais brasileiros. Além disso, eles enfrentavam falta de recursos e, comparados aos gays americanos, detinham pouca experiência de militância. Disso derivaram as limitações

22Grupo Somos e Outra Coisa.

que tinham para intervir na emergente epidemia. Daí porque, segundo Góis (2000, p.173), foram “*outras figuras sociais que se reuniram em torno de si as condições para o combate à inércia estatal e aos efeitos adversos da representação da doença na mídia em geral*”. Isso, contudo, não pode de forma alguma ser utilizado para negar.

a importância das organizações gays brasileiras na constituição da luta anti-aids, posto que elas estiveram presentes desde os primeiros passos da sua instituição no Brasil. Significa sim, destacar que, apesar da influência que exerceram, não foi sob a liderança delas ou sob as questões mais explícitas da homossexualidade que as ONG/AIDS se desenvolveram. (Góis, 2000, p. 173)

As primeiras ONG/AIDS – atores da sociedade civil centrais no enfrentamento da epidemia - foram criadas entre os anos de 1985 e 1991, no vácuo gerado pelas dificuldades do movimento gay e ausência de intervenção do poder público.

Pessoas mais informadas e politizadas, cansadas do descaso da saúde pública e de serem vistas como “grupo de risco” e propagadores da aids, deram início à formação organizações com o objetivo de lutar contra o preconceito, a disseminação do HIV e, em especial, defender um atendimento digno aos que padeciam da doença²³.

Apesar de poucas matérias que saíram na mídia brasileira entre 1981 e 1982, elas foram suficientemente importantes para motivar setores da sociedade civil, assim como alguns serviços de saúde, a esboçarem respostas ao mesmo tempo em que ofereceram para o grande público, informações sobre a nova doença, descritas como ocorrendo entre os gays. (Galvão, 2000, p.55).

Estes grupos foram responsáveis por produzirem “*(...) uma linguagem descritiva da epidemia que não fosse fundada no preconceito e no desejo de criar novas divisões sociais*” (Góis, 2003, p. 67). Além disso, defenderam a idéia de que apesar de serem portadores de HIV e haver plena necessidade de eleger medidas de controle da epidemia, a vida social e sexual de cada indivíduo era pertencente somente a ele e que não se faziam necessárias mudanças de condutas morais, como defendiam alguns setores médicos e religiosos.

²³Muitas dessas pessoas foram influenciadas pelos movimentos sociais que ocorriam nos EUA. Porém, não há como comparar a vasta experiência de gays americanos, com a história de luta contra o preconceito com os primeiros movimentos de homossexuais e outras minorias que se formaram no Brasil para defenderem seus direitos em decorrência da AIDS.

Assim, o ano de 1985 marcou, com o surgimento do grupo de Apoio e Prevenção à aids de São Paulo- GAPA/SP, o início de um processo, (...), de multiplicação das ONG/AIDS. A formação do GAPA-SP deu-se a partir da aglutinação de indivíduos das mais diferentes origens e habilitações. Nele, além dos militantes homossexuais, encontravam-se pessoas ligadas ao movimento de saúde e de outras causas sociais, o que lhe dava marca da politização tão necessária naquele contexto (Góis, 2000, p.174).

Herbert de Souza (Betinho) e Henfil tiveram participação especial na construção de respostas iniciais no combate à aids. Isso, em parte, foi possível, porque aos olhos do governo e sociedade eles eram vítimas da doença (ambos contraíram aids por serem hemofílicos) e suas imagens estavam associadas à militância de esquerda, o que conferia maior seriedade às suas ações e declarações. Foi também sob a liderança de Herbert de Souza, com o apoio de pessoas com experiência em movimentos políticos progressistas, que foi criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). Foi nesse momento que também se formou o primeiro grupo Pela VIDDA (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS), composto quase que exclusivamente por pessoas vivendo com a doença. Inicialmente, os componentes das organizações trabalhavam voluntariamente e tinham muito pouco acesso a recursos financeiros nacionais e internacionais.

As Organizações foram se multiplicando e por algum tempo não se sabia quantas existiam no Brasil e qual era sua população alvo na luta pelo controle da epidemia de aids. A capacidade dos membros desses grupos levantarem recursos determinava o formato de uma dada organização quando da sua fundação e, principalmente o seu futuro como força institucional. Disso decorria também a magnitude das suas expectativas de intervenção.

Esse conjunto tão amplo de organizações diferenciou-se naquilo em que constituía a natureza do seu trabalho interventivo: pesquisas, auxílio espiritual, orientação para testagem, educação para sexo seguro, assistência social, psicológica, religiosa e jurídica, criação de casas de apoio, distribuição de medicamentos, apoio a travestis, acompanhamento epidemiológico, produção e distribuição de material informativo, organização de palestras, cursos e seminários, a produção de vídeos e audiovisuais, dentre outros. (Góis, 2000, p.176)

Com o passar dos anos algumas dessas ONG, notadamente o GAPA e o Grupo Pela Vidada, ganharam capacidade de multiplicação de ações anti-aids e de replicação do seu desenho organizacional e filosófico em outros estados brasileiros. Em função disso, viram

aumentada a sua capacidade de intervir na formulação e implementação de medidas de controle da epidemia.

A sociedade, através das Ongs, Igreja, mídia e outros grupos organizados, considerando o período em análise, passou a exercer importante função na construção das políticas públicas em relação à Aids no Brasil. Esse perfil foi se fortalecendo na primeira década da epidemia no país, na medida em que a sociedade também se fortalecia diante do processo de participação, pressão e cobrança de seus direitos, embora ainda hoje não os exerça em sua plenitude. (Marques, 2002, p.33)

Em 1986 o otimismo toma conta do povo brasileiro, novamente em virtude do plano econômico agora batizado de “Plano Cruzado”. Tal plano pretendia acabar com a inflação e ao mesmo tempo convidava a população a ser fiscal dos preços de mercadorias e denunciar possíveis abusos de comerciantes.

Infelizmente o plano econômico não deu certo e junto a ele veio o fracasso da moratória aos pagamentos da dívida externa e o retorno da inflação econômica. O pessimismo foi acentuado nos anos de 1987 e 1988 à medida que grupos da classe média, politizada e mais influente, perdiam esperança na instauração de um sistema de governo aberto e participativo de fato. A desesperança atingiu os brasileiros de uma maneira geral, assim como também ela limitou a participação de pessoas que eram tidos como em risco de infecção pelo hiv em organizações que tinham como objetivo influenciar políticas públicas voltadas para a epidemia.

Os acontecimentos descritos acima estão intimamente ligados à epidemia de aids, pois influenciaram significativamente o clima que determinava a política para seu controle. A crise na economia brasileira dificultava financiamentos para prevenção assim como limitava os recursos para todas as iniciativas de tratamento e controle de diversas doenças, gerando competição acirrada por verbas destinadas aos diferentes setores da saúde pública.²⁴

24 - Os vestígios de um autoritarismo institucionalizado às vezes ficavam muito evidentes na perseguição a supostos grupos de risco, como os homossexuais, as prostitutas e os travestis, que foram frequentemente vítimas da violência política, legitimada e justificada como uma atividade de prevenção à aids. (Galvão, 2000, p.40).

Neste período, a ausência de ações governamentais voltadas para a epidemia de aids era substituída pelas ações das ONG que trabalhavam isoladamente sem apoio e parceria do governo federal. Contudo, não demorou muito para elas percebessem, após observarem o sucesso de experiências internacionais de networking, que era possível desenvolver o intercâmbio entre ONGs/AIDS no Brasil e consolidar uma estratégia de troca de experiências e de informações. Entretanto, o desejo de estabelecimento de um trabalho mais cooperativo esbarrou em uma série de *“problemas de relacionamento entre as ONGs/AIDS que competiam entre si por recursos, prestígio e poder.”* (Góis, 1999)

Tal competição tornou-se mais acirrada quando o Ministério da Saúde passou a se aproximar e a formar parceria com determinadas ONGs apoiando e financiando projetos com recursos provenientes do empréstimo do Banco Mundial para o combate da aids no Brasil.

Muitos ativistas viam essa aproximação como um fator de enfraquecimento do movimento e da ideologia pela qual ONG/AIDS haviam se formado e de perda da autonomia em relação ao poder público. Outros ativistas, contudo, aderiram a essa relação mais integrada com o governo federal. As razões para tanto eram claramente de ordem financeira, aí incluída a necessidade de remunerar profissionais qualificados devido à carência de voluntários habilitados a doarem o seu tempo em horário integral. Além disso, eles viram nesse financiamento de projetos pelo Governo Federal a possibilidade de ter uma ONG melhor estruturada para atingir seus objetivos. É óbvio que em meio a isso de fato houve implicações em termos de liberdade para essas ONGs. Ao mesmo tempo, ao serem fortalecidas financeiramente e ao se inserirem na máquina administrativa federal, elas também ficaram mais habilitadas a atuar visando o fortalecimento de um programa nacional de combate à epidemia que já existia, mas cujo desempenho em muito deixava a desejar.

2.2-Criação do programa nacional de aids

A demora na criação de um programa nacional, amplo, de atenção à aids foi justificada pela existência e extensão de outros problemas de saúde ainda não resolvidos no Brasil, como

salientou o então Ministro da Saúde, Dr. Carlos Santana. Ele declarou, em 1985, que a aids era uma patologia não prioritária na agenda de ações do Ministério sob sua direção:

(...) prioridade, como a própria palavra indica, significa botar em primeiro lugar numa lista. A aids é uma doença lamentável, mas até agora há 145 casos identificados no país, dos quais 323 em São Paulo, 48 no Rio, 13 no Rio Grande do Sul, 10 em Minas, etc. Desses 415 confirmados desde 1982 quando a doença foi identificada aqui, morreram 201. Não citarei todas, mas um grupo reduzido de outras doenças do País: 4,5 milhões com doença de Chagas, 7 milhões com esquistossomose, 385 maláricos, 206 mil leprosos e o Ministério da saúde trata 88 mil tuberculosos. Ainda no grupo de doenças sexualmente transmissíveis, há 1,5 milhão de casos de sífilis e de blenorragia. Quando emprego a palavra prioritária, é porque a AIDS não é a primeira numa série de doenças. (O Globo, 08.09.1985 apud Góis, 1999 p.111).

Assim, a resposta do governo federal só aconteceu quando a epidemia de aids já estava instalada e em franca expansão no Brasil. Somente com o grande aumento do número de pessoas com a doença é que a “inércia” do governo brasileiro frente à epidemia ficou evidente. Ela foi tardia tanto pela ineficiência histórica ante os problemas de saúde pública como por influências internas e setoriais do Ministério da Saúde e de outras instituições de saúde pública - incluídas as escolas de saúde pública que não souberam avaliar a magnitude do problema quando dos primeiros casos de aids surgiram no país.

Em 1985, quando centenas de casos de Aids já tinham sido detectados no Brasil, o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. No dia 2 de maio daquele mesmo ano, através da portaria 236, o ministro da Saúde criou o Programa Nacional da Aids e estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo a Aids como um problema emergente de saúde pública. (Marques,2002, p.29)

Foi assim que o Ministério da Saúde baixou uma portaria criando o que resultou no Programa Nacional de Aids.²⁵ Já no final de 1986 este Ministério assinou uma outra portaria estabelecendo a notificação compulsória dos casos de aids, o que possibilitou o início do acompanhamento da epidemia no país.²⁶

25 No período posterior ao reconhecimento oficial da Aids/HIV como um problema de saúde pública pelo governo federal, as ações em relação à epidemia crescente continuavam a ser articuladas pelos próprios estados brasileiros, sendo o estado de São Paulo reconhecido como centro de referência para os programas estaduais.

26 Portaria nº 236 de 2 de maio de 1985, publicada no *Diário Oficial da União*, Seção I. Segunda-feira, 6 de maio de 1985, p. 6856, assinada pelo ministro da Saúde, Carlos Corrêa de Meneses Sant'Anna.

É importante ressaltar que o cumprimento dessa notificação foi bastante difícil devido ao fato de que boa parte dos médicos atendia a vontade do paciente em não registrar o diagnóstico de aids. Na seqüência de medidas importantes, mas nem sempre eficazes de controle a epidemia, em maio de 1987 o Ministério da Saúde estabeleceu que todo sangue doado fosse testado. Entretanto, como não havia nenhuma sanção legal e aparato regulatório oficial previsto, o cumprimento da determinação ministerial só após muito tempo começou a ser obedecida.

No que se refere à informação e educação sobre aids, apesar de agregar importância e urgência, somente em 1987 e 1988 é que foi dado início a implementação de um programa educacional que teve como instrumento importante os meios de comunicação de massa. Essas ações geraram críticas da Igreja Católica e de outros setores conservadores da sociedade, levando o governo a revisar suas campanhas, ainda que com a preocupação das mesmas não perderem a função de informar sobre os perigos em contrair hiv.

Neste período foi veiculada pelo governo federal uma campanha nacional que tinha como tema: "Se você não se cuidar, a aids vai te pegar". Essa campanha entrou em conflito com as expectativas dos setores mais progressistas que viam nela uma forma de difusão do medo e do preconceito. Além disso, ela se inscrevia em um tipo de estratégia educativa que esses setores abominavam, pois foi atribuída às pessoas total responsabilidade por contraírem esta doença e defendida a castidade como forma de proteção contra a aids.

Nos anos seguintes, as campanhas educativas em grande escala tiveram continuidade com graus variáveis.

Apesar dos esforços realizados até então, foi constatado que em 1988 a epidemia havia crescido de forma assustadora. Segundo Galvão (2000, p.42) *“esse crescimento foi de quase 100% ao ano e o governo federal anunciou redução de 30% dos recursos destinados à aids, deixando o Programa Nacional de Aids do Ministério da saúde sem fundos suficientes para os medicamentos básicos e testagem de sangue”*.

Ao mesmo tempo, foi exatamente nesse ano, com a promulgação da Constituição Federal e a criação do SUS, que todas as pessoas vivendo com hiv/aids passaram a ter garantido o direito a internação e tratamento gratuito. Especificamente em relação ao tratamento, contudo, cabe destacar aqui que o único medicamento disponível era o AZT e que

apesar da lei, sua aquisição era da responsabilidade do doente ou de sua família. Como o medicamento era caro e importado dos EUA, poucos doentes que dele necessitavam podiam ter acesso a ele.

Somente a partir de 1993, com a reestruturação da coordenação nacional de combate a doença, a ação governamental evoluiu e passou a incorporar de forma mais consistente princípios mais democráticos de atenção à saúde, a exemplo daqueles definidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na própria Constituição de 1988. Em tal reestruturação redefiniu-se também a Política Nacional de AIDS, agora estruturada a partir de dos seguintes eixos:

- O da educação;
- O do direito ao trabalho. Aqui foram adotadas medidas para coibir a exigência do teste anti-hiv em processos seletivos de pessoal, assegurar a reintegração de diversos empregados demitidos e estimular a implementação de projetos de estímulo à manutenção de soropositivos no mercado de trabalho.
- O do direito à previdência social. Foram garantidos direitos à licença para tratamento à saúde e liberação do fundo de garantia e do PIS/PASEP. Na área fiscal, pessoas com aids ficaram isentas do Imposto de Renda.
- O respeito aos direitos humanos.

Na esteira dessa reestruturação, como vimos antes, o Ministério da Saúde assinou em março de 1994, com o Banco Mundial, um acordo de empréstimo denominado AIDS I. A sua vigência foi do ano de 1994 ao ano de 1998. Os recursos totalizaram US\$ 250 milhões, sendo US\$160 milhões financiados e US\$ 90 milhões como contrapartida do Tesouro Nacional.

Os objetivos principais do aids I eram reduzir a incidência e a transmissão do hiv e outras DST, além de fortalecer as instituições públicas e privadas envolvidas na prevenção e controle das DST e da aids.

Nessa época, diversos países viviam momentos de redução da sua participação na área social. Malgrado a adversidade conjuntural do país e o contexto internacional de crise dos

modelos de proteção social houve possibilidade em manter e ampliar mecanismos de proteção social e defesa dos direitos humanos de pessoas com hiv/aids no Brasil. Um desses principais mecanismos foi a distribuição gratuita e universal dos anti-retrovirais, sonho de soropositivos e doentes de aids brasileiros, que foi concretizado após a aprovação da Lei nº. 9.313/96, conhecida como “Lei Sarney”.

Posteriormente, a Lei foi complementada com a distribuição gratuita de medicamentos para doenças oportunistas, reflexo de uma ampla articulação política estabelecida entre Organizações Não Governamentais e setores estratégicos do poder público.²⁷

A vigência do segundo empréstimo denominado como aids II teve início em 1998. Os recursos totais foram superiores ao do primeiro acordo de empréstimo e totalizaram US\$ 300 milhões, sendo US\$ 135 milhões de contrapartida nacional.

O aids III foi proposto para um período de três anos, com o objetivo de reduzir a incidência de DST/ hiv/aids, melhorar a qualidade de vida de pessoas vivendo com hiv e aids, aprimorar projetos em curso e promover a sustentabilidade da resposta nacional. O financiamento estava previsto para o início do segundo semestre de 2003. Porém, isso não aconteceu e o governo brasileiro assumiu a responsabilidade da continuidade das ações em DST/aids, sem o financiamento do Banco Mundial. Avaliando essa questão, Basso (Apud Negri e Viana, 2002) afirma que

o manejo dos recursos está sob a administração da coordenação nacional e funcionou como desencadeador e catalisador de um processo que detém grande legitimidade técnica, social e política.

Contemporaneamente, constituem objetivos específicos do Programa Nacional de DST/aids: a promoção à adoção de práticas mais seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do hiv; garantia da qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo hiv; redução da mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV; ampliação da participação das Organizações Não Governamentais e expansão das instituições públicas de saúde que trabalham com usuários com DST e aids no país (Brasil, 1999).

Por sua vez, a descentralização dessas ações, visando sua continuidade e

²⁷Infelizmente a Lei Sarney não foi cumprida à risca e a falta de medicamentos em todo país tornou-se algo conhecido de todos que utilizam as drogas para tratamento da doença.

sustentabilidade do programa, tornou-se item fundamental para o fortalecimento dos gestores municipais e estaduais e para a implementação de uma política de capacitação de recursos humanos destinada às ações de controle de DST/aids no Brasil.

Para alcançar as metas desejadas, a coordenação nacional do Programa optou por trabalhar a aplicação e gerência de recursos de maneira descentralizada (recursos nacional fundo a fundo) no setor público de saúde, até porque há a preocupação da auto-sustentação do Programa de aids.

O Programa Nacional de DST/aids adotou como estratégias: campanhas por intermédio da mídia impressa e eletrônica; intervenções educativas e de conscientização dos riscos da população a infecção pelo hiv; apoio a projetos de intervenção comportamental e elaboração de materiais educativos e informativos, buscando atingir diferentes grupos sociais e estimular práticas sexuais mais seguras; apoio às iniciativas comunitárias na criação e manutenção de ambientes favoráveis à redução da vulnerabilidade e do risco de infecção pelo hiv; estímulo a parcerias com setor empresarial visando ações integradas com os órgãos governamentais conveniados nas três esferas de governo; estímulo à demanda e promoção ao acesso a dispositivos de prevenção, como preservativos e seringas descartáveis; capacitação de recursos humanos para formação de agentes multiplicadores de informações sobre DST/aids.

O desenvolvimento da atual Política Nacional de aids não tem ocorrido sem ausência de conflitos. Um deles, na arena internacional, refere-se à distribuição gratuita de medicamentos e quebra de patentes para a sua produção local, tendo como resultado uma economia de US\$ 960 milhões com a diminuição de preços de medicamentos que passaram a ser fabricados no país. Os genéricos para aids são até 80% mais baratos que medicamentos de marca conhecida.

O Banco Mundial, em 1992, estimou que na virada do século houvesse 1,2 milhão de pessoas infectadas pelo hiv no Brasil. No entanto, o Brasil chegou ao ano 2000 com menos da metade estimada.

Dados da CNDST/aids mostram ainda que a redução da infecção pelo HIV em grupos vulneráveis caiu de 18% para 6,2% no referido ano, entre profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Foram também evitadas entre 1996 e 2001, 113.678 internações, o que proporcionou uma economia de US\$ 1,1 bilhão (Brasil, 2002).

Ao considerarmos os objetivos e estratégias do Programa Nacional de DST/aids e ao observarmos os resultados alcançados podemos afirmar que ele não ficou resumido ao tratamento de pessoas com aids, uma vez que de fato ele também ampliou suas estratégias de ação apostando na prevenção, obtendo resultados positivos.

A Política de aids é reconhecida internacionalmente e, por muitos, é considerado um dos melhores do mundo.

O Brasil tem o mais avançado programa nacional de Aids do mundo em desenvolvimento. Estima-se que entre 1994 e 2002 quase 100 mil mortes foram evitadas, com uma redução de 50% na taxa de mortalidade pela doença no país, graças à distribuição da terapia anti-retroviral (Época Online, 2004)

Obviamente que o sucesso de algumas dimensões dessa política não foi o mesmo em todo o Brasil.

Sabemos também que sobram elogios, mas faltam respostas eficazes em vários aspectos da prevenção e assistência. Em muitos municípios faltam medicamentos básicos para tratar doenças oportunistas e os efeitos colaterais do coquetel (combinação de terapias ARV) e até mesmo anti-retrovirais importantes para a manutenção da vida de milhares de pessoas.

O Boletim ABIA de dezembro de 2004 denuncia que no Rio de Janeiro, o poder público sequer cumpria as decisões judiciais de fornecer medicamentos, além de demorar excessivamente na realização e resultado de exames de CD4 e Carga Viral, indispensáveis para acompanhamento da evolução da doença. Faltam leitos para internação nos hospitais públicos e campanhas de prevenção municipais voltadas para grupos considerados mais vulneráveis à aids (homossexuais, usuários de drogas, mulheres e profissionais do sexo).

Mas isso não serve para desqualificá-la como um todo. É importante saber distinguir sobre o total fracasso da implementação de uma política do seu insucesso em algumas dimensões ou áreas do país.

Arretch (2001) oferece bons subsídios a essa discussão ao lembrar que a implementação de um programa federal, de escala nacional, dependente do apoio dos três níveis de governo, operacionalizado num país federativo e multipartidário como o Brasil, acaba por produzir atitudes não cooperativas de alguns prefeitos e governadores, visto que estes têm autonomia política e podem estar vinculados a partidos distintos. Essa afirmação

acaba por explicar porque muitos municípios e estados trabalham de maneira tão diferente uma mesma política de DST e aids e também, em alguma medida, porque tem performances tão diferentes.

Não identificamos na literatura estudos voltados para o entendimento de como o sistema de saúde pública em geral e os serviços especializados em particular têm atuado, no seu cotidiano, a partir das formas como se estruturam e das representações que os seus agentes acalentam, junto às pessoas vivendo com hiv/aids ou especificamente com gestantes infectadas pelo hiv. Apesar dessa lacuna, há relatos oriundos de diversas fontes que mostram como aqueles serviços nem sempre (e mesmo hoje) estiveram preparados do ponto de vista humanístico para lidar com as pessoas em questão. Tal despreparo esteve e está fortemente ligado a preconceitos históricos sobre homossexualidade, prostituição, uso de drogas injetáveis. Mas também deriva de atualizações desse preconceito ocorridas ao longo da década de 1980 com a expansão da aids no país. Na seqüência desse trabalho examinamos como tais atualizações (e superação delas) se manifestam em agentes de um serviço de saúde situado na situação em Campos dos Goytacazes.

CAPÍTULO 3

MATERNIDADE E MULHERES SOROPOSITIVAS: ENTRE A PIEDADE E A CONDENAÇÃO

Ao longo desse trabalho tratamos de assuntos que estão relacionados à aids: o início da epidemia, suas vítimas, a descoberta da vulnerabilidade de populações específicas por meio dos fenômenos da interiorização, pauperização e feminização da doença, etc. Falamos sobre a construção da saúde pública e da política de aids brasileira como intuito de entender como ocorreu o processo de atendimento às suas vítimas. O nosso objetivo, ao tratar sobre tais assuntos, foi o de embasar a nossa análise sobre as percepções dos profissionais que atendem à mulher soropositiva no Programa DST/aids do Município de Campos dos Goytacazes.

Que imagens a equipe de profissionais detêm da aids e da mulher soropositiva? Será que essas percepções influenciam sua prática profissional? Como a experiência cotidiana de contato com aquelas mulheres influencia essas percepções? São respostas a essas indagações que pretendemos apresentar a seguir.

3.1-O serviço e a equipe entrevistada

A equipe de profissionais escolhida para pesquisa participa do Projeto Materno-Infantil (PROMAI) do SAE, o qual por sua vez é integrante do Programa DST/aids da cidade de Campos dos Goytacazes, localizada no estado do Rio de Janeiro. Tal projeto acompanha gestantes soropositivas e crianças no setor pediátrico até que recebam resultado conclusivo da sorologia para o hiv.

A sua equipe é constituída por profissionais que têm o ensino médio ou superior e foi entrevistada porque tem contato com a gestante soropositiva no acompanhamento de pré-natal,

na profilaxia da transmissão vertical do hiv e no pós-parto, quando a criança passa a ser acompanhada pela pediatra e enfermeira no SAE. Consideramos o contato com a gestante como sendo aquele que ocorre desde a marcação das consultas até o entrega de medicamentos.

Quando a mulher está grávida e tem resultado positivo para o hiv ela é encaminhada ao SAE pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), por outras unidades de saúde conveniadas à rede SUS ou por consultórios e clínicas particulares para que façam um acompanhamento-suporte ao pré-natal da mesma. A equipe interdisciplinar é formada por assistentes sociais, médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos e técnicos de enfermagem, a fim de que seja garantida a profilaxia da transmissão vertical do hiv.

O acompanhamento da gravidez de mulheres soropositivas atendidas pela rede SUS passa a ser realizado no Hospital dos Plantadores de Cana, que é referência em partos de alto risco. Porém, àquelas que possuem plano de saúde ou desejam pagar pelo acompanhamento médico em rede particular são orientadas pela equipe da mesma forma como as demais²⁸.

A transmissão vertical do hiv pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação do recém nato por sua mãe. Então, durante o pré-natal, o protocolo 076²⁹ é oferecido à gestante, assim como acompanhamento social e psicológico, além de orientações educativas sobre o aleitamento artificial e sobre cuidados específicos com o bebê. O leite materno é substituído por leite artificial: fórmula láctea nos primeiros meses da criança e leite integral até que a criança complete seis anos de vida. Quando o bebê recebe alta médica, ou seja, quando a mãe recebe resultado não reativo do seu filho, esse benefício é imediatamente suspenso e as assistentes sociais avaliam as condições econômicas das mães para definir se a criança será inserida ou não em outro programa de assistência do município.

²⁸ Em geral, estas mulheres optam por fazer o acompanhamento da doença no SAE e têm seus filhos em outros hospitais da rede particular ou conveniado ao plano de saúde e depois retornam para acompanhamento do seu filho pela pediatria e enfermagem do Programa.

²⁹ O Protocolo 076 do AIDS Clinical Trials Group (ACTG 076), publicado em 1994, demonstrou que a administração da Zidovudina (AZT) às grávidas soropositivas reduziu em 67,5% a transmissão perinatal do vírus, junto a não amamentação. O medicamento foi introduzido entre 14 e 34 semanas de gestação, passando a ser administrado até o parto. O recém-nato recebeu o AZT sob a forma de xarope, na dose de 2 mg/kg a cada 6 horas, iniciando-se entre 8 a 12 horas após o parto, durante 6 semanas.

O Projeto Materno-Infantil do SAE está em harmonia com o Projeto Nascer Maternidades³⁰ e seu objetivo maior é alcançar taxas de transmissão verticais tão baixas quanto às alcançadas em países de primeiro mundo. Tal objetivo, atualmente, tem sido alcançado já que no Programa DST/aids de Campos dos Goytacazes há dois anos não é registrado um caso sequer de crianças soropositivas filhas de mães acompanhadas pela equipe interdisciplinar durante o pré-natal e que chegaram a tempo de se beneficiarem das orientações e acesso aos medicamentos.³¹

Segundo a Unids (apud ABIA, 2000) o Rio de Janeiro é considerado como um dos estados brasileiros onde existe menos distância entre as intenções e as possibilidades reais de execução da profilaxia de terapia anti-retroviral em função da maior integração entre o Programa de Aids e o PAISM. A equipe estudada, que opera dentro desse contexto, é, portanto, em tese, bem qualificada.

A equipe integrante do PROMAI é formada por onze mulheres e um homem. Cabe pontuar que não houve intenção da Coordenação Municipal de DST/aids em formar uma equipe de atendimento à gestante basicamente feminina. O fato de ter apenas um homem no atendimento à gestante soropositiva se deve ao fato do SAE possuir equipe com maior número de mulheres que homens no atendimento geral ao portador de hiv.

Para esta pesquisa foram realizadas entrevistas com nove dos onze profissionais que fazem parte do atendimento às gestantes e que em algum momento do tratamento têm contato com elas no SAE. Não foi possível entrevistar dois profissionais: uma que estava em gozo de licença prêmio e outro - o único profissional do sexo masculino- o qual alegou não ter tido tempo livre para conceder a entrevista.

As nove profissionais entrevistadas têm as seguintes idades: 25, 27, 31, 33, 37, 44 e 55 anos, sendo a média de idade de 34 anos, configurando ser este um grupo jovem. Sete das profissionais nasceram no início dos anos 80, quando surgiram os primeiros casos

³⁰ Portaria nº. 2.104, de 19 de novembro de 2002 MS. Que tem como objetivo reduzir a transmissão vertical do HIV e a mortalidade associada à sífilis congênita estipulando mecanismos de atendimento à parturiente e ao recém-nascido

³¹ O funcionamento de uma equipe interdisciplinar no SAE é sempre comemorado, tendo em vista que nem todos os programas de saúde municipais no interior do estado possuem equipes dessa categoria e profissionais capacitados para o atendimento.

diagnosticados no Brasil e, portanto, não acompanharam o desenvolvimento das diferentes imagens da epidemia. Este grupo mais jovem detém a lembrança dos primeiros casos de aids a partir do definhamento visível e morte pela doença do cantor e compositor Cazuza, quando muitas pessoas já haviam sucumbido à doença. A fala de uma profissional de 25 anos exemplifica a afirmação dita anteriormente:

Sabia da aids muito pelo que ouvia. Para mim, naquela época, a doença estava relacionada aos homossexuais, viciados em drogas e prostitutas. Via como um sinônimo de morte. Pensava assim, bem antes de trabalhar aqui... época de Cazuza e um bom tempo depois de Cazuza.

Duas das entrevistadas, de mais idade, lembraram o período em que ter aids era estar condenado invariavelmente à morte, além de lembrarem da perseguição a grupos marginalizados que, nos primeiros anos da epidemia, eram vistos como os seus propagadores.

No que diz respeito ao tempo de trabalho com hiv/aids no SAE foram verificados os seguintes números: 6 meses, 1 ano, 2, 4, 5 e 6 anos. Isso permite sugerir que a maioria dos entrevistados conhece, relativamente bem, a clientela com que trabalha e por esse motivo tem condição para falar sobre aids e mulheres soropositivas grávidas, principal foco desta pesquisa.

Quanto à categoria cor, 56% das entrevistadas se auto-declarou como branca. Profissionais de cor parda somam 44% e nenhuma das entrevistadas se declarou como preta.

Já no que toca à escolaridade dos entrevistados, cinco têm terceiro grau, sendo uma com cursos de pós-graduação e uma com doutorado; duas concluíram o ensino médio e duas possuem curso técnico.

Das nove profissionais entrevistadas, seis têm filhos. As entrevistadas que não têm filhos relataram que desejam tê-los um dia, o que em tese pode contribuir para uma maior compreensão do desejo de mulheres soropositivas quererem a gravidez.

Quanto à situação empregatícia, oito das nove profissionais não têm estabilidade por serem contratadas pela Prefeitura de Campos, ao contrário de uma que prestou concurso público. Além da estabilidade, concursados têm melhores salários, mesmo trabalhando na mesma função dos contratados. Isso gera desconforto e medo do desemprego. Porém, foi

observado que esse fator não desestimula a equipe, que está sempre na busca do aperfeiçoamento profissional voltado para seu trabalho, junto a pessoas com hiv/aids, em especial gestantes soropositivas.

Quando perguntamos se foi escolha própria trabalhar com portadores de hiv/aids, cinco referiram-se ao surgimento da oportunidade de trabalho. Dentre as quatro outras entrevistadas, uma afirmou vocação profissional em trabalhar com usuários imunodeficientes da rede de saúde e outras três foram absorvidas pela secretaria de saúde por indicação da coordenação do Programa DST/aids devido à capacidade demonstrada ao longo do estágio acadêmico que realizaram no SAE.

Algumas disseram que apesar de não terem escolhido trabalhar com portadores de aids, gostam da atividade que desempenham e não pretendem mudar de unidade ou posto de trabalho. Apesar disso, ser lotado pela secretaria de saúde somente porque um dos seus serviços necessita de determinado profissional indica que elas não foram treinadas para trabalhar com soropositivos. Talvez por esse motivo, as suas respostas sobre o que pensam sobre aids e seus portadores sejam bastante baseadas no que observaram no dia a dia profissional.

A maioria dos profissionais recebe salários pagos pela prefeitura de Campos, que variam de quinhentos reais a dois mil e quinhentos reais. Os menores salários são pagos a cargos que requerem menor escolaridade e cuja jornada de trabalho é de 30 horas semanais. Aquelas que recebem maiores salários têm também maior escolaridade e trabalham 20 horas semanais. Considerando as condições gerais de assalariamento no sistema de saúde e as condições financeiras na cidade, pode-se dizer que a remuneração dos entrevistados não é ruim.

Três dos entrevistados com nível superior têm vínculos em outras instituições públicas e privadas que estão voltadas ao atendimento à saúde física ou mental. Esta necessidade de acumular empregos não parece influir negativamente no desempenho suas funções no SAE.

Quanto à religião, três entrevistadas são católicas, três são evangélicas, uma é espírita e duas informaram que não são adeptas de qualquer religião. A reflexão sobre religião é importante para se tentar entender em que medida valores morais oriundos das diferentes igrejas influenciam na construção de valores dos profissionais entrevistados e, em última

analise, influenciam a prática junto às mulheres gestantes. Não que outras instituições como família sejam menos importante no processo de transmissão de valores morais, mas a igreja em geral tem maior poder sobre os indivíduos. Tal instituição pode suscitar pensamentos e percepções sobre determinados assuntos os quais, uma vez apreendidos, tendem a persistir durante toda vida.

3.2-Percepções sobre a doença e as pessoas doentes

A respeito das imagens que as profissionais entrevistadas possuem da epidemia de aids as respostas foram diversas. Elas delimitaram suas percepções sobre a doença em dois momentos: antes e depois de começarem a desenvolver seus trabalhos no SAE.

Antes da experiência profissional com portadores de hiv/aids naquele serviço, a maioria das profissionais relatou que via a doença como sinônimo de morte.

Alguns conceitos eu perdi na faculdade e vi que a aids não era sinônimo de morte. Porém, ainda vinha àquela coisa de antes... se aids não era sinônimo de morte, então é o quê? Ponto de interrogação. Não tinha contato com o paciente. Depois que entrei aqui que eu fui ver.

Ah, era um pesadelo, uma coisa... eu via como a própria morte. Para mim a pessoa com HIV estava condenada à morte, né? Depois fui descobrir que não é assim. Quando eu passei a trabalhar aqui comecei a ver que não é isso...”

Fica evidente a associação da doença à morte, neste primeiro momento em que falavam sobre a maneira que viam a aids antes do trabalho no SAE. Especulamos que essa percepção se deve às notícias sobre a doença no início dos anos 80, quando surgiram os primeiros casos. As imagens de que as pessoas com hiv/aids invariavelmente iriam morrer foram reproduzidas por gerações mais recentes.

Quanto ao que se refere às vítimas da epidemia, também num primeiro momento, antes do trabalho no SAE, a maioria das entrevistadas relacionava a doença à má aparência física e

se surpreendiam por não saber diferenciar pessoas que tinham e pessoas que não tinham a doença. Os discursos de três das entrevistadas exemplificam bem a forma como pensavam sobre as pessoas vivendo com aids e a sua relação com uma aparência desagradável e que denunciava sua sorologia reativa para o hiv:

Eu pensava assim, que o portador era uma pessoa totalmente debilitada. Sei lá, que o portador não conseguia andar sozinho, que precisava da ajuda de alguém e que seria fácil identificar. Olhar, “ah, aquele ali tem aids” entendeu? Por causa do físico. E hoje vejo que é totalmente diferente. Têm pessoas que são portadoras e que você nem diz, têm aparência excelente!

Quem não trabalha com portadores acha que o aidético é uma pessoa bem acabada, uma pessoa com a pele manchada, mas não! Têm muitas pessoas que vêm aqui muito saudáveis aparentemente; trabalham, têm uma vida normal e você imagina... Gente, não é possível que ele não tenha!!! Naquela ali qualquer pessoa cai!

Depois que você está no meio que você se surpreende. Você se previne mais, você vê que aquela pessoa ali pode ter e eu não saber! Não é porque ele é limpo, é cheiroso, que é novo que ele não tem aids. Você acaba se prevenindo!

Estas falas corroboram o fato de que as pessoas tendem a não se prevenir da aids, mas se afastam dos doentes ou daqueles que aparentam ser doentes. Parecem esperar encontrar pessoas que tenham marcas visíveis no corpo, como “a pele ressecada e manchada”, que acusem sua condição soropositiva. Esta maneira de pensar ainda presente nos indivíduos denuncia sua vulnerabilidade à aids.

Uma outra percepção que alguns profissionais declaram que detinham no passado diz respeito à associação da doença a grupos específicos, notadamente os chamados grupos de risco.

Eu sempre associava a aids ao usuário de drogas, tanto que quando eu vim fazer o estágio aqui, conhecer a temática, estava muito interessada em pesquisar a aids entre os dependentes químicos. (...) Mas eu pude entender claramente que não tinha completa relação com isso.

Por mais que a gente queira dizer que não, em determinado momento eu achava que o HIV era para homossexuais, para... pessoas promíscuas, mulheres da vida... e

depois você vê que não é! Que pode acontecer comigo, com você, com qualquer um!

Antes de eu trabalhar aqui eu achava que pegava aids quem era prostituta, homossexuais e usuários de drogas. Mas não é assim... a gente vê que tem aqui mulheres de família, casadas, direitas, né?

Essa última fala expressa bem um fenômeno típico dos processos de atualização cultural: a convivência do novo com o velho, da mudança com a permanência. Isto porque, enquanto de um lado a entrevistada declara a superação da visão de que a aids era uma doença de grupos específicos e apartados; de outro, ela continua a perceber os infectados e doentes como “outros”, como as não-casadas, as não-direitas. A persistência desse tipo de lógica analítica possivelmente interfere em alguma medida no trato com as mulheres que chegam ao SAE. Ainda aqui, vale ressaltar que ao longo das entrevistas, nenhuma entrevistada falou sobre o impacto principal do preconceito: o sofrimento e as dificuldades que ele traz para a vida daqueles vivendo com hiv/aids. Esse “esquecimento” nos faz pensar sobre o local reservado na nossa sociedade para aquele que é diferente ou que está doente. No caso dos diferentes e dos “outros da aids” já chegamos num estágio no qual eles são relativamente aceitos, suportados e tratados. Mas antes dessa consciência, quantos doentes foram abandonados à própria sorte até a morte? E em que medida não sobrevivem formas preconceituosas de lidar com a epidemia que causam dor?

A persistência do pensamento preconceituoso pode ser atribuída a diferentes fatores. Não se trata de uma forma de pensar relacionada a pouca idade ou pouca experiência que alguns profissionais detêm, mas sim ao fato de que as pessoas, de uma maneira geral, tendem a selecionar em sua memória as explicações que lhes são mais confortadoras e as excluem do perigo. Isso, por sua vez, pode estar associado às campanhas de prevenção em massa veiculadas ao longo dos anos 80 e 90, hoje consideradas equivocadas pelo Ministério da Saúde, que culpabilizavam grupos específicos e alimentavam ou reproduziam antigos preconceitos.

Três entrevistadas têm a lembrança de terem ficado assustadas com o anúncio da morte por aids na década de 80/90 em campanhas de prevenção e de terem ficado mais calmas por não pertencerem aos considerados “grupos de risco”. Esta atitude confirma o pensamento de que a aids freqüentemente era vista como problema do outro e que está distante dos que

consideram não vulneráveis a ela. Essa foi uma das razões porque ela se disseminou tão rapidamente.

A maioria das entrevistadas afirma que a partir do momento em que começaram a trabalhar no SAE as percepções que possuíam da doença foram substituídas por outras e que hoje estão convencidas que não existem grupos específicos mais vulneráveis (o que é um equívoco), mas sim que o comportamento de risco deixa qualquer pessoa vulnerável a contrair hiv.

Antes a gente ainda tem na cabeça que a aids tem a ver com aqueles grupos de risco e que isso está muito longe de acontecer com a gente (...) quando você começa a trabalhar, você vê que a aids não tem idade, não tem cor, não tem raça, não tem grau de instrução. Hoje vejo que todo mundo está vulnerável.

Com o pensamento de que “estar com aids não significa estar condenado à morte, porém há limitações”, como afirmam algumas entrevistadas, vimos que a idéia de morte foi substituída pela idéia de doença crônica, tratável.

Eu entendo que a aids é como qualquer outra doença, como diabetes, problema cardíaco, problema renal, que se não tratado, se não cuidado, pode levar à morte.

Vejo a aids como uma doença controlada, hoje. Melhor que o câncer, melhor que outras síndromes degenerativas. Uma doença controlada, que precisa de tratamento como outras, e menos destrutiva. Isso hoje, antes não!

É uma doença séria, debilitante, mas hoje eu a vejo assim, com olhos melhores. Com olhos de uma doença crônica e que se o paciente for muito aderente às orientações médicas, ele pode ter uma vida quase próxima do normal.

Todos os entrevistados concordam que a aids hoje é uma doença tratável e que isto contribui para um bem-estar geral maior do paciente o que, por sua vez, ajuda na estabilidade do seu quadro clínico. Essa idéia da aids como uma doença crônica, estável, controlável, etc. que permeia o discurso dos entrevistados, deve ser vista, porém, com cuidado. Embora ela não seja necessariamente incorreta, a sua materialidade está hoje condicionada a uma série de fatores físicos, econômicos, institucionais (acesso), psicológicos, etc. extremamente complexos. Richard Parker radicaliza essa análise quando diz que

a aids está longe de se tornar uma doença crônica, como o diabetes. É uma das enfermidades mais sérias e graves que existem e, lamentavelmente, uma das epidemias mais sem controle no mundo. Sim, o Brasil fez grandes avanços nos últimos anos, mas sucesso é uma palavra que usamos de maneira relativa. Ele é sempre vulnerável ao retrocesso, ainda mais se tratando de aids. (Estado de São Paulo em 06/12/04)

Se as entrevistadas olham hoje para a doença com certa condescendência e falam dela com um tom de esperança, no que diz respeito às pessoas vivendo com hiv/aids a perspectiva é diferente. Uma das imagens mais vívidas que elas têm dos pacientes é a de pessoas que, através da doença, buscam escapar das suas obrigações cotidianas, principalmente as de ordem profissional. Segunda elas, mesmo com a melhora física que pode ser comprovada com o acompanhamento do resultado de exames de CD4/CD8 e carga viral, portadores de hiv não buscam mais trabalho. As falas abaixo exemplificam essa visão:

Dos que nós atendemos muitos são carentes, têm baixa escolaridade, têm pouca oportunidade, né? Quando se vêem, né, numa estrutura onde se pode ter o passe especial, podem ter algum benefício, podem estar requerendo algum benefício, eu acho que isso parece que é cruel, mas em alguns momentos parece até ascensão social. Eu já tive essa impressão. Para uns, parece ascensão social, principalmente para aquelas que estão em situação de pobreza maior.

Têm pacientes que já aproveitam a oportunidade... têm o vírus, acham que podem se encostar, não podem trabalhar porque têm o HIV e que ninguém vai dar um emprego para ele... Quem vai dar um emprego para mim? Eles falam assim. Tem uns que já botam a doença como obstáculo; eles mesmos acabam se discriminando.

Existem algumas pessoas muito preocupadas com o preconceito. Outras já usam a doença para se mostrarem pobres coitados. Usam a doença para serem beneficiados.

Segundo relatos destes profissionais, quando pessoas com aids se recuperam do impacto causado pela confirmação da doença, assistentes sociais as informam sobre a possibilidade delas acessarem certos benefícios sociais e previdenciários. Segundo esses mesmos relatos, pessoas que não trabalharam no mercado formal e nunca contribuíram para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) encontram uma possibilidade de melhorar sua condição social, por meio de tais benefícios sociais. Concluem que, dessa forma, muitas pessoas vivendo com hiv/aids saem da condição de miseráveis e ascendem à situação de pobreza. Esta suposta atitude dos pacientes recebe total desaprovação das entrevistadas que a associam, além da preguiça, à uma certa falta de honestidade. Podemos dizer que nossas

informantes estão imersas em um processo complexo, mas amplamente presente em diferentes sociedades: o de culpar as vítimas. Além disso, podemos dizer que as entrevistadas estão impregnadas por um discurso antigo, mas ainda corrente, sobre o valor e a necessidade do trabalho para a construção da pessoa como indivíduo e como cidadão:

“O trabalho enobrece o homem”. Este ditado tão enaltecido, esta frase de efeito repetida orgulhosamente, ressalta a capacidade que tem o trabalho de engrandecer o indivíduo em muitos de seus mais pronunciados valores. Então além de prover as condições materiais de subsistência, o trabalho contemplaria também a dignidade do trabalhador e se converteria numa verdadeira e orgulhosa dádiva por ele desfrutada, uma dádiva que transforma a natureza e gera riquezas – ainda que estas riquezas sejam por vezes desfrutadas por outrem. Esta lógica floreada de dignidade do trabalho é, para alguém como Bertrand Russell, uma mera ilusão convenientemente orquestrada e empregada para ludibriar os trabalhadores ao longo de várias gerações. (Alexandre Filho, 2004).³²

O mesmo tom analítico persiste quando as entrevistadas se refém ao comportamento dos usuários frente à doença:

Há pessoas que chegam aqui muito revoltadas, ficam agressivas com a situação de ter que tomar os remédios e de ter que vir à farmácia. Outros já levam a doença da melhor maneira possível... são grupos distintos, pelo que eu vejo.

São pessoas muito revoltadas, são frias e muito negativas. São pessoas que... eu não vejo sentimento nelas, isso é uma coisa que me choca muito.

O diagnóstico apresentado pelas entrevistas sobre essa questão não é necessariamente incorreto no que diz respeito à caracterização imediata das condutas aparentes dos pacientes. Contudo, ele se mostra superficial no que tange à explicação dessas mesmas condutas, geralmente vistas como naturais. A revolta e a angústia podem ser alguns dos muitos sentimentos gerados pela doença e estão relacionados aos limites que a ela impõe às suas vítimas. Talvez por esse motivo eles tendam a se isolar e se “auto-discriminar” como citaram

³² Segundo os entrevistados a aids encontra-se de forma mais incisiva entre as pessoas mais pobres e com possibilidades mínimas de ascenderem socialmente, o que na verdade é uma tendência mundial. Embora a pobreza seja um fenômeno complexo, relacionado aos diversos tipos de carências, ela geralmente é mensurada pela idéia de insuficiência de renda. Segundo o estudo Radar Social (IPEA, 2005), o Brasil tem 53,9 milhões de pobres. Este estudo considerou como pobres as pessoas que vivem com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo de 2003 (R\$ 120,00). A categoria muito pobre ou indigente é relativa às pessoas com renda de até um quarto do salário mínimo de 2003 (R\$ 60,00). Nessas condições vivem 21,9 milhões de brasileiros.

alguns entrevistados o que pode, por sua vez, impedi-los de buscar algum tipo de ocupação. Cabe lembrar aqui também que a pessoa com hiv vive um duplo sofrimento: de um lado, o sofrimento físico causado por uma doença que mesmo com os avanços da medicina e a chegada dos chamados anti-retrovirais ainda é mortal e, de outro lado, talvez ainda mais devastador, o sofrimento social pelo olhar excludente voltado a ele.

São essas imagens gerais sobre a doença e sobre a pessoa com hiv/aids que cercam as percepções mais específicas sobre as mulheres soropositivas.

3.3 – As percepções sobre as mulheres soropositivas

A primeira coisa a se ressaltar é o fato das profissionais se surpreendem com o aumento do número de casos entre mulheres, principalmente aquelas que são referidas por elas como “mulheres direitas”: as casadas ou as que mantêm relacionamento estável. Embora essa surpresa possa expressar preocupação com o avanço da doença na população feminina; por outro lado, tendo em vista que esse fenômeno já não é tão recente, pode também indicar certo desconhecimento da história natural da doença e dos seus caminhos em direção a grupos femininos mais vulneráveis, notadamente as mulheres negras.

Verificamos também uma tendência das entrevistadas a verem as mulheres como “vítimas” de “*seus maridos infiéis que as infectaram*”.

Muitas dessas mulheres entram sem querer... está casada há sei lá quantos anos e, de repente, o marido trai e leva o vírus para casa. Ela estava dentro de casa!!!.

São donas de casa que tem, sei lá, sua vida dedicada ao lar e que de repente descobrem a doença a partir do óbito do marido que são soropositivas. Aquela surpresa... e aí cai a ficha, né?

Esta tendência de classificar certas usuárias de vítimas, como de praxe e como nos anos iniciais da epidemia, é construída através da oposição delas com as outras pessoas que, em função do seu comportamento, foram infectadas por culpa própria.

Hoje ela (a mulher de vida promíscua) não é a mais importante aqui. Acho que não é não. Mas não é porque não tenha, tem, mas você vê que... você viu o exemplo da nossa mocinha jovem chegando aqui... Quer dizer, ela não parece ser uma moça de vida livre, né? A moça tem o relacionamento dela, o marido dela e de repente se soube exposta. A partir da doença do marido. Esse é o perfil que predomina hoje. E que não era do início.

Têm àquelas que estavam tranquilas, em casa... mas também têm outras que procuraram, né?

Nesse processo de diferenciação nem mesmo as mulheres “honestas” estão isentas de terem a sua vida posta sob suspeita. Isto porque a idéia de “mulher honesta” que parece circular entre algumas entrevistadas é por demais restrita e, aparentemente, excludente daquelas que se casaram por mais de uma vez. Isso parece estar relacionado a uma concepção tradicional de família, entendida como aquela monogâmica, nuclear e, principalmente, formada para durar para sempre.

Elas dizem que pegaram do marido... mas elas nem sabem se foi do primeiro, do segundo ou do terceiro marido!

Embora inicialmente as entrevistadas tenham dito que com a experiência adquirida junto ao SAE mudaram os seus olhares sobre a aids, parece que tal mudança foi ou pequena, ou circunstancial ou ainda excludente de alguns “tipos de mulheres”. Mais uma vez vemos que esta forma de pensar remete a antigos conceitos sobre castigo divino e pessoas marginalizadas socialmente que ficaram conhecidas, na época dos primeiros casos, como “grupos de risco”. As falas destacadas também são marcadas por um ranço machista sobre a condição da mulher na sociedade. Em resumo, para algumas entrevistadas ainda existe a mulher direita e a mulher errada. A que merece ser punida e a que é simplesmente vítima.

Certamente que na vida há causas e efeitos. Se hoje você é portadora hoje foi porque você procurou uma causa no passado e como efeito adquiriu o HIV. Ou seja, são efeitos que você mesmo trouxe para si, por causas que criou... aí, você se contrai a doença e que culpar o mundo?

Tem umas que aceitam bem, reconhecem, “ah, mas a vida que eu levava...”; e outras não. Elas sabem... elas reconhecem a vida que levavam, né? Algumas falam que agora não, mas que antes levavam uma vida promíscua. Outras ficam depressivas, angustiadas porque foram infectadas pelos maridos. Mas a maioria nem sabe nem se foi do primeiro, do segundo, do terceiro marido, que contraiu (aids)!³³

3.4-A mulher soropositiva e a maternidade

De acordo com Barbosa (2001) a maternidade enquanto uma construção social que tem suas raízes fincadas em bases materiais e simbólicas que estão no centro principal da definição dos papéis historicamente atribuídos às mulheres. Além disso, segunda ela, a maternidade varia de acordo com contextos históricos, sociais, políticos e econômicos. Ainda de acordo com a mesma autora existe uma ideologia da maternidade na qual todas as mulheres, de alguma forma, se inserem, ideologia esta que é um aspecto fundamental na formação e

³³ Examinado as falas das entrevistadas sobre as mulheres atendidas no SAE, verifica-se que o tema da pobreza mais uma vez reaparece. As entrevistadas as caracterizam como pobre, sem escolaridade e dependentes dos maridos ou de familiares, o que é consistente com o que dizem os estudos acadêmicos sobre o fato da pobreza absoluta ser uma realidade bastante comum entre a população feminina (Rocha, 2003). O momento da descoberta da doença na família pode levá-las a uma ascensão social dentro de suas próprias casas. Muitas eram dependentes financeiramente do marido e agora, com os benefícios sociais podem mudar de posição, principalmente se o companheiro encontra-se doente, debilitado e desempregado, necessitando de seus cuidados. Talvez por essa razão ela não se separe daquele que, supostamente, a traiu e ainda a infectou com o hiv. A vulnerabilidade do sexo feminino à aids deve ser compreendida como resultante de comportamentos e experiências concretas de mulheres ao que se refere à sexualidade e identidade de gênero, junto a condições sociais em nível macro, como a dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde, da existência e funcionamento de políticas públicas voltadas para este segmento social, assim com a permanência da associação entre pobreza e gênero. Além disso, associado a esses fatores, está a dificuldade do estabelecimento de negociação do sexo seguro. Para além das situações de abuso sexual e estupro, existe a dificuldade da negociação do uso do preservativo pela mulher com o seu companheiro ou marido e a recusa do sexo sem proteção. Estas atitudes parecem ser difíceis de serem assumidas pelas mulheres, em especial as mais pobres e a que estão vivendo uma “relação estável”. Pedir ou exigir ao homem que seja usado o preservativo pode gerar desconfiças e até agressão física, além de proporcionar insegurança. Pode levar ao abandono do companheiro e perda do sustento econômico e emocional. Esta situação fica mais difícil quando ela tem filhos, pois sobra menos poder para ela para modificar sua situação. Isso não quer dizer que esta mulher não possa livrar-se da situação opressora. Mas que talvez ela não queira fazer isso.

sustentação das formas de dominação de gênero. Assim, a forma como a mulher desempenha seu papel de mãe, como zela por seus filhos e como atribui significados ao vínculo mãe-filho contribui para a forma como as sociedades se organizam para produzir e reproduzir a masculinidade e a desigualdade entre os sexos.

Ainda se discute se a função da mulher em maternar é intrínseca a uma suposta natureza biológica delas. Repetimos ainda hoje o discurso do instinto materno e a naturalização do amor materno que é considerado “sagrado”. Ou seja, o “amor de mãe” é considerado incondicional e natural à mulher. A história, contudo, nos mostra que esse amor não é natural, mas sim construído socialmente.

A família com valores e sentimentos que nós conhecemos hoje, teve seu ponto de partida no final do século XVII e início do século XVIII. Nesse período ocorreu o recolhimento da família do espaço da rua, da vida em sociedade, da praça, em direção ao interior da casa. Este movimento estava ligado à produção da intimidade entre os indivíduos que a habitavam. E é neste espaço privado que surgem os laços familiares.

Aos poucos as mulheres foram se tornando responsáveis pela vida doméstica: cuidados com a casa e com a criação moral e física da prole. Para Barbosa (2001), as mulheres de todas as classes sociais foram cooptadas pelo ideal de “boa mãe” que tem seus filhos como principal objeto de sua atenção. Não foi por acaso que no século XIX surge o médico como mais um personagem da história da família ocidental. O médico era cúmplice e conselheiro das mulheres que eram mães e cabia a ele ensinar-lhes noções de higiene. É ele que passa a regulamentar o cuidado e a saúde das crianças.

Porém, cabe ressaltar que essa não era uma realidade possível para mães camponesas e operárias. Seus filhos trabalhavam sem que vissem a despedida da infância e contribuía para o sustento da família. Suas moradias eram precárias e nelas não cabia a intimidade familiar como a que ocorria nas famílias mais abastadas. As mães destas famílias não possuíam tempo para cuidados especiais de seus filhos e, muito em função da situação de material e de falta de condições de higiene, não conseguiam alcançar o tão valorizado ideal da maternidade.

Cabe ressaltar que no Brasil a concretização de uma ideologia de gênero esteve fortemente associada com os interesses do capital o qual, reforçando nas mulheres o seu papel doméstico e familiar, se apropriava da sua força de trabalho. Ao longo da história, as mulheres

brasileiras aumentaram de forma significativa a sua atuação no mundo do labor; porém permaneciam em situação de desvantajosa tanto em relação à remuneração quanto ao acúmulo das tarefas profissionais e domésticas. Do ponto de vista econômico, o trabalho da mulher foi se tornando cada vez mais necessário para que a família pudesse se manter, mas no ponto de vista ideológico era necessário resolver o impasse que era conciliar o emprego e o cumprimento do dever familiar, preservando a divisão sexual na família.

De acordo com Barbosa (2001), no século XX o trabalho feminino remunerado era inevitável, mas ele só era admitido se as mulheres mantivessem seus papéis de mãe e esposa e se preservassem sua feminilidade. O dinheiro que a mulher ganhava com seu trabalho servia para complementar a renda familiar e era bastante inferior ao que seu marido recebia.

Naquele momento, o governo brasileiro passou a intervir cada vez mais na vida familiar com vistas a promover uma “organização familiar saudável” e moralmente adequada. Para atingir esse fim, investiu fortemente na disseminação de padrões burgueses de higiene e moralidade. Apoiado no discurso higienista, pregava a necessidade de que todas as pessoas se casassem para melhor preservar a saúde pessoal e a ordem pública. Ao mesmo tempo, o Estado promulgava leis que regulamentavam o trabalho de mulheres e crianças, o que refletia um novo consenso: *proteger a infância*. Barbosa (2001, p.14)

Com isso, passava a ser um direito e responsabilidade do governo o controle da forma como as famílias cuidavam de seus filhos. A missão de difundir essas idéias foi dividida com instituições governamentais, por meio de profissionais de saúde, professores e assistentes sociais entre outras categorias que assumiram a tarefa de ajudar a educar mães pobres e proteger crianças de famílias menos favorecidas. Para além do humanitarismo estava a necessidade de evitar que futuras gerações se tornassem maléficas à sociedade.

Embora algumas décadas nos separem daquele momento histórico, acreditamos que essas idéias ainda estão fortemente presentes entre nós. Profissionais dos serviços de saúde, em particular, parecem ainda imbuídos da missão outorgada pelo Estado a eles há muitos anos atrás. Isso pode explicar, em parte, as percepções das entrevistadas sobre as mulheres soropositivas atendidas no SAE. Tais percepções, por sua vez, incidem sobre a avaliação específica que fazem sobre as particularidades da experiência de ser mulher com hiv e grávida.

3.5- As percepções sobre a gravidez de mulheres soropositivas

A grande maioria das entrevistadas desaprova a gravidez de mulheres que vivem com o hiv. Tal posição se apóia na premissa de que elas podem fazer mal a si mesmas uma vez que a gravidez sobrecarregaria os seus corpos já debilitados. Também são contra porque crêem que essa mesma gravidez poderá trazer danos para a criança, já que a medicina não possui procedimentos totalmente seguros para impedir a transmissão vertical do vírus.

Em princípio ela não deveria engravidar... Eu penso assim, que apesar de não ter nada comprovado de que se engravidar vai ter uma evolução obrigatoriamente para óbito... não existe isso. Para piora sempre, não. Mas eu acho que é uma sobrecarga num organismo que já tem uma patologia de base.

Eu acho que ela pode se prejudicar pelo fato de não poder se manter, financeiramente. A maioria das pessoas daqui é carente. Pôxa tem preservativo, pílula, injeção, engravida por quê?

Essa oposição à gravidez feminina ganha um tom muito mais forte na fala de outras entrevistadas, as quais associam a gravidez com hiv a um problema de ordem legal.

Como aborto é um crime, eu, na minha opinião como pessoa, acho que engravidar com hiv também deveria ser um crime! (...)a não ser, assim, a mulher que está grávida e descobriu na gravidez... aí, é diferente, né? Agora, se já são pacientes, já tomam os remédios, sabe como que é o sacrifício da vida deles, né? Tem momentos em que eles estão péssimos, estão de cama, né? Estão naquela decadência!

Tem outras formas de você realizar o sonho da maternidade, né? Adotando! (...) eu penso que particularmente, é uma covardia. Acho que a criança já nascer com essa carga para ela é uma covardia, eu não teria coragem de engravidar nessas circunstâncias. Mas fazer o quê? Eu só lamento... lamento por essas crianças.

Apesar da contrariedade e desconforto que sentem frente ao que consideram “egoísmo” ou “irresponsabilidade” da mulher com hiv/aids, as profissionais dizem não deixar transparecer sua opinião para as usuárias por acreditar que a gravidez é um direito delas.

Quando eu vejo uma paciente HIV grávida eu até parablenizo, mas eu não faria.

Eu penso que ela tem outras maneiras de ser mãe, mas a gente não pode julgar, né? Cada um tem seu momento, sua estória, seu sentimento.

A gente diria a ela que não e a decisão é dela, mas meu pensamento inicial é que não deveria engravidar.

Esse silêncio alegado por muitas entrevistadas, contudo, não parece ser uma unanimidade. Como afirmou uma delas,

Engravidar???? Amanhã eles estão a falecer e fica uma criança órfã aí. Eu fico apavorada!!! Quando eu tenho intimidade com algumas eu mesmo falo: “você estão doidas? Você não têm noção do que estão fazendo?” É muito complicado...

Será que as opiniões contrárias à gravidez são percebidas pelas mulheres? Como elas se sentem em face delas?

Ainda aqui cabe destacar que muitas das profissionais entrevistadas não acreditam nas razões apresentadas pelas usuárias para a ocorrência da gravidez. Essa descrença deve ser pensada como mais um componente da percepção que elas têm sobre a mulher gestante soropositiva: a insensata ou mentirosa.

Acho que numa boa parte (das gestações) não é acidente, apesar dos pacientes referirem que é acidente. Eu acho que, claro, muitas têm dificuldades da negociação do uso do preservativo lá com o companheiro... mas muitas, até que o companheiro as cooptem ao não uso do preservativo, elas aceitam isso e vão... apesar de saberem dos riscos e tudo mais, para elas e para os bebês.

Não há planejamento da criança. Dizem, “ah, aconteceu...”. Tem a estória que o preservativo furou e que o marido não aceita usar...

Muitas vezes ela é pressionada pelo parceiro que diz que quer um filho ou que não quer usar camisinha.

Há também uma questão importante que é o não querer usar o preservativo, né? Uma coisa que nós aqui no Programa lutamos né, para que o preservativo seja utilizado,

mas muito homem não aceita usar. E não aceitam muito bem por quê? Porque acham que a mulher não tem o vírus, que a mulher está saudável aparentemente e que ele não vai se re-contaminar... aí, entra a questão até mesmo do machismo, né? É ele que provê.³⁴

Foram poucas as falas das entrevistadas que demonstram ser favoráveis à gravidez da mulher soropositiva.

Eu acho que ela deve engravidar. Eu acho que sim. Já existem recursos, né? É claro que com toda orientação e eu acho que quem têm que estar mais preparado nesse momento são os profissionais para que façam esse planejamento com ela. Não podem ficar fazendo vista grossa dessa necessidade da mulher, do casal, sem se preocupar. Eu acho que é direito dela e ela deveria sim engravidar se quisesse.

Contudo, ao mesmo tempo, esse tom de aceitação é marcado por ressalvas e preocupações quanto, por exemplo, à capacidade financeira e emocional das usuárias de levarem a cabo uma gestação sadia e de criarem seus filhos de forma adequada.

Mas, se você não é responsável consigo mesma, com o seu tratamento, como seria com essa criança? Aí é uma questão de orientação, de diálogo, né?

Quem não tem filho acho que deveria, seria legal engravidar porque toda mulher tem o desejo de ter um filho. Para quem já tem e deixa vir o segundo, o terceiro... aí eu acho irresponsabilidade, né? Porque a maioria das vezes ela não tem condições de manter uma criança quanto mais duas, três!

A primeira citação referente às percepções favoráveis à gestação denuncia que não é realizado pela equipe um trabalho de planejamento familiar que esclareça as usuárias sobre os prós e contras da gravidez, que ouça as suas dificuldades em negociar o uso do preservativo com o parceiro e que as permitam falar dos seus desejos de serem mães. Somente após a gravidez confirmada ela passa a ter importância para a equipe, já que gerou um “inocente” o

³⁴ Até mesmo entre as profissionais essa questão é difícil, pois afirmam a importância do uso de preservativo entre os casais, mesmo entre os considerados “estáveis”, tendo em vista que a cultura dominante é machista e de certa forma aprova e até incentiva relações extraconjugais. O argumento de que “todos nós estamos sujeitos a ter um comportamento de risco” indica contradição ao reconhecer da própria dificuldade em fazer uso do preservativo.

qual a equipe técnica tem o dever de “salvar”. Esta parece ser a ideologia que permeia o atendimento à gestante soropositiva. Percebe-se aqui a reprodução da invisibilidade e pouca importância dada à mulher na história dos serviços de saúde. Contudo, podemos também afirmar que, de uma maneira geral, a gravidez de mulheres soropositivas incita as profissionais do SAE a refletirem sobre o direito das mulheres ali atendidas a tomarem suas próprias decisões a respeito do seu corpo.

As entrevistadas separaram novamente as mulheres grávidas soropositivas em grupos: aqui elas ou são vítimas ou são irresponsáveis por terem engravidado. Dessa forma, a que não sabia ser soropositiva quando engravidou é vista como uma vítima da infidelidade do marido, portanto, merece apoio por isso.

Por uma rotina a mulher fez o teste de HIV porque o médico pediu no pré-natal e descobre que tem o vírus... ah, essa mulher fica revoltada!

Geralmente essa que engravidou e não sabia que tinha o HIV, veio fazer o teste de rotina... ela engravidou por engravidar... uma noite não usou o preservativo e acabou contraindo o vírus do próprio marido!

As grávidas que não sabem da sua sorologia chegam mais desesperadas, achando que vão morrer, que é culpada pela transmissão da aids para o filho, que o filho já tem e todo mundo vai morrer e carrega aquele peso sobre as costas, de culpa.

Já as que engravidam sabendo da sua condição são vistas como recalcitrantes uma vez que, segundo as entrevistadas, elas recebem amplas informações quanto ao uso do preservativo a fim de que seja prevenida a re-contaminação e a subsequente elevação de cópias de carga viral que leva à baixa imunidade e ocasiona o surgimento de doenças oportunistas. Atrelado à parte técnica está à reafirmação de que ela não deveria engravidar, principalmente por já estar fazendo tratamento no SAE e por ter conhecimento da doença que possui.

A gestante que não sabia que era HIV positivo para ela é um choque e leva um tempo para se recuperar... agora, as outras que já sabem foram irresponsáveis, já sabiam dos riscos.

A mulher que não sabia, o médico pediu o exame de rotina no pré-natal e aí ela descobre que tem o vírus... essa fica revoltada! E àquela pessoa que engravidou e já faz o seu tratamento não tem que se espantar com nada!

A gestante que não sabia que era HIV positivo, para ela é um choque e leva um tempo para se recuperar... agora, as outras que já sabem foram irresponsáveis, já sabiam dos riscos.³⁵

A discussão sobre a opinião contrária da maioria das entrevistadas sobre a gravidez de mulheres soropositivas nos remete a questões complexas sobre as particularidades da sexualidade brasileira mostra e sobre o contexto sexual e as condições socioeconômicas nas quais a maioria das mulheres vive.³⁶ A respeito de tais condições Paim (apud Dias, 1998, p.56) diz que *“ser mulher nos grupos populares significa incluir a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito deste universo simbólico.”* As meninas desde muito cedo, são preparadas para a maternidade por meio do cuidado com irmãos menores e das atividades domésticas para auxiliar suas mães. *“A gravidez e a maternidade são vividas não apenas como processo corporal, mas como a atribuição de status superior à mulher.”*

Paiva corrobora esta análise quando diz que

querer ter filhos é um desejo legítimo de homens e mulheres: quer por razões religiosas, para dar sentido à vida, por causa das normas para os gêneros em que foram socializados, para a construção da sua identidade feminina ou viril. (Paiva, 2002, p.21).

Em sua pesquisa com mulheres de classes populares, Paim (Apud Dias,1998, p.35) verificou que nenhuma das suas informantes tinha emprego fixo ou demonstrava qualquer preocupação com uma carreira profissional e que desenvolviam atividades remuneradas

³⁵ - A gravidez da mulher que conhece sua sorologia para o HIV se tornou um problema a ser resolvido pelos profissionais, mas parece que não para as próprias usuárias. Como podemos exemplificar pela fala de duas entrevistadas:

“A maioria delas ficam felizes quando estão grávidas, principalmente quando vem marcar exames, pedir o teste Beta HCG, assim, com a maior felicidade... pedem uma ultra-sonografia...”

³⁶ - Somente com uma compreensão desse cenário será possível planejar e efetivar ações educativas em saúde apropriadas a cada grupo social aqui envolvido.

temporariamente apenas para sanar dificuldades financeiras emergenciais. Relata que a escola não é algo que desperte interesse nessas mulheres as quais tinham seu cotidiano voltado para obrigações domésticas, cuidados com os filhos e maridos, redes de trocas e de sociabilidade com a vizinhança. A autora também verificou uma construção da identidade feminina nos grupos populares que, segundo ela, parece estar associada à esfera doméstica.. É de mulheres como essas que as profissionais do SAE parecem cobrar um tipo de conduta que nem mesmo mulheres de outros grupos sociais conseguem adotar.³⁷

Além disso, no que pesem as afirmações sobre o repasse de informações às usuárias, constatamos que o trabalho realizado não é exatamente muito consistente. Após a inscrição de homens e mulheres soropositivas no Programa DST/AIDS Municipal o objetivo principal da equipe é controlar níveis de CD4/CD8 e da carga viral, assim como tratar doenças oportunistas e auxiliar essas pessoas com suporte psicológico e social para que possam reunir forças para aderirem ao tratamento e conviverem com a doença da melhor maneira possível. Quanto à vida sexual de homens e mulheres a orientação é única: é necessário usar preservativo em todas as relações sexuais para não haver re-contaminação pelo HIV. Contudo, muito pouco, quase nada é discutido em relação à dificuldade da mulher em negociar o uso do preservativo com seu parceiro. E o desejo da mulher ou do casal em ter filhos? Onde entra essa discussão nos consultórios do SAE?

Esse silêncio sobre as relações entre hiv, prevenção, sexualidade e saúde reprodutiva parece estar relacionada com receios dos profissionais de que o seu aconselhamento possa ser visto como uma forma de estímulo às práticas sexuais entre pessoas que, na imaginação social, devem esquecer o intercuro sexual. Em função disso, tais profissionais tendem a se trancar em um discurso hermético e a assumir uma postura autoritária a qual supõem será capaz de fazer os usuários manterem-se afastados das práticas sexuais e aderirem aos preceitos que lhes são apresentados. (Latorre e Praça, 2003, p.13). Tudo isso deriva em parte do fato de que, como lembra Paiva (2002, p.15),

³⁷ - Acreditamos que cultura faz parte do que somos, mas é o que somos também. Existem características que são pessoais e que dizem respeito ao que vivenciamos, apesar de fazermos parte de uma mesma sociedade ou de um mesmo grupo social. Assim, as identidades seriam construídas a partir de um processo não estático que está relacionado à cultura, aos costumes sociais.

a sexualidade e as intenções reprodutivas dos portadores permanecem encaixadas nos estereótipos de promiscuidade construídos no início da epidemia - homossexuais e travestis, usuários de drogas, trabalhadores do sexo e promíscuos - que segundo a tradição judaico-cristã não devem ter filhos.

As esposas e mães de família e os seus maridos, na década de 1980, não se encaixavam no perfil tradicional das doenças epidêmicas de corte sexual. As suas figuras não se encaixavam nos estereótipos da aids. Isso parece persistir, ainda que seja negado, dentro dos serviços de saúde, uma vez que

Quando homens e mulheres se encaixam no perfil "mãe/esposa" e "pai/esposo" raramente recebem atenção quanto à sua vulnerabilidade ao HIV no sistema de saúde (não recebem indicação de teste anti-HIV no pré-natal); outra face da mesma moeda, portadoras do HIV raramente são pensados como pais, mães e cônjuges. (Paiva, 2002, p.15).

Entendemos que a estigmatização e a conseqüente violação dos direitos de pessoas de camadas populares atendidos pela rede pública de saúde, seja ele portador de AIDS ou não, permanecem como "conserva cultural" presente nas atitudes dos profissionais de saúde e na normatização dos modelos de assistência. O estigma é empregado para estrategicamente produzir e reproduzir relações e desigualdades sociais, legitimadas por saberes técnicos e pelas suas "estruturas de verdade", transformando diferenças em desigualdade: desigualdade de classe, de gênero, de idade, raça, etnia e orientação sexual. Dito de forma mais concreta, o estigma é empregado por atores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro de estruturas de desigualdade social existentes. É isso que parece acontecer em boa parte da relação entre as usuárias do SAE e as entrevistadas.

A prevenção da transmissão vertical coloca em evidência a necessidade dos diversos níveis de assistência à saúde de se articularem, e essa demanda acaba por revelar o estado precário da rede de saúde pública no Brasil. Fica igualmente explícita a qualidade da assistência na medida em que todos os níveis de intervenção sobre a transmissão vertical reconhecem a necessidade de aconselhamento, suporte psicológico e respeito aos direitos humanos dos que foram afetados pela aids: a mulher, seu parceiro, seu bebê e sua família.

A epidemia se sobrepôs ao antigo problema de saúde reprodutiva e discutir o um programa de atenção à saúde da mulher deveria ser uma prioridade na agenda governamental.

Ainda que sejam disponibilizadas intervenções médicas que reduzem a transmissão vertical, o problema de cobertura ineficiente do atendimento e qualidade de assistência no pré-natal é fortalecido pela pouca agilidade de boa parte das unidades de saúde de todo país em realizar o teste anti-hiv nas gestantes gerando atrasos no diagnóstico e início de procedimentos preventivos da transmissão vertical do HIV. Tal demora traz prejuízos, muitas vezes irreversíveis para mulheres e seus bebês.

O grande universo de mulheres brasileiras não tem acesso ao acompanhamento de pré-natal e por isso o Ministério da Saúde propôs a realização do teste rápido no momento do parto. Essa proposta, posta em prática atualmente, mascara a necessidade de ampliação dos serviços e chega a ser cruel tendo em vista que o momento do parto já é tenso por si só e por isso não seria este o momento mais adequado para realização de um teste anti-hiv.

Examinando as pesquisas, documentos, recomendações, procedimentos e normas do Ministério da Saúde é possível a apreensão de manifestações da ideologia médica relacionada às mulheres soropositivas, vistas como transmissoras do hiv para sua prole. E, é interessante pontuar que esta ideologia parece “infectar” todas as áreas ligadas aos programas de saúde. Tentar superar essa perspectiva e passar a discutir a gravidez da mulher com hiv no plano dos direitos sociais é a tarefa urgente que se coloca agora e com a qual essa pesquisa espera poder contribuir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa representa o primeiro trabalho relacionado à gravidez da mulher soropositiva no município de Campos dos Goytacazes. Acredito que ele poderá incitar profissionais da área da saúde a discutirem questões que envolvem gênero, saúde e políticas públicas, colaborando para a reflexão sobre a mulher soropositiva, sua vulnerabilidade ao hiv, seu acesso aos serviços de saúde e, principalmente seu direito à gravidez. Isso, por sua vez, pode contribuir para a desconstrução de antigos conceitos sobre aids e para a quebra do tabu que é falar abertamente sobre sexualidade feminina e gravidez de mulheres soropositivas em serviços de atendimento especializados.

Entendemos que quando profissionais se dispõem a falar sobre sexo com finalidade reprodutiva com portadores de hiv eles não têm responsabilidade nem estão incentivando o sexo sem uso de preservativo e a gravidez de mulheres soropositivas. Ao mesmo tempo, esta conduta permite que os usuários tomem a decisão de ter filhos com base em informações e tendo feito previamente uma reflexão apoiada em dados sobre os riscos reais de transmissão vertical.

Vimos que são inúmeras as razões pelas quais uma pessoa soropositiva engravida e algumas vezes esquecemos que ela, independente dos seus status sociológico é uma mulher. Não fazemos aqui referência à sua suposta condição natural de “fêmea”, mas às desigualdades econômicas e de gênero que muitas vezes ela enfrenta, além da pressão cultural que encara no dia a dia para cumprir o seu “destino social” de ser esposa e de ter filhos para dar continuidade a si mesma e à a sua família. Quando a mulher contrai hiv ela parece ficar “isenta” socialmente de ser responsável por novas gerações, tendo em vista que pode gerar crianças doentes. Mas, se existe a possibilidade de tê-los com grande possibilidade de serem saudáveis, por que elas não engravidariam?

A promessa médica de ter uma “vida normal” apesar do hiv caso faça o tratamento corretamente, faz com que elas tenham vontade de comprovar para si mesmas que a vida continua e gerar uma criança saudável pode ser considerado uma prova disso.

O discurso da equipe do SAE/PROMAI freqüentemente repassado para os usuários é o de que “pessoas com hiv/aids podem ter uma vida normal, como qualquer pessoa que tem uma doença crônica”. Mas, então, porque há estranhamento por parte dessa equipe quando a mulher soropositiva engravida? Este estranhamento advém de quais questionamentos?

Este tema não é discutido entre os profissionais da equipe do SAE, e não é feita abordagem do assunto de maneira espontânea com usuários do serviço. Com o aumento do número de gestantes “reincidentes” torna-se curioso o fato dos profissionais continuarem não abordando assuntos como: o melhor momento para uma gravidez, caso a mulher deseje um ou mais filhos. Por que afinal não discutem este assunto?

Podemos considerar como respostas a essa indagação os seguintes elementos:

- Os profissionais não receberam treinamento suficiente para se sentirem seguros quanto a essa intervenção junto à usuária do serviço;
- Os profissionais da equipe esperam de forma silenciosa uns pelos outros pela abordagem do tema;
- Sensações e percepções negativas dos profissionais em relação à aids e seus portadores superam a necessidade de orientar as usuárias sobre a gravidez antes que ela aconteça, deixando de favorecer o planejamento familiar.

Os dados aqui levantados permitem afirmar que há necessidade de maior atenção voltada à mulher soropositiva, pois vários fatores sociais, econômicos e de gênero influenciam a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo hiv. Sugere, principalmente, a existência de uma dificuldade entre a demanda da população feminina soropositiva e a maneira como os serviços de saúde se organizam para atendê-la.

O planejamento familiar realizado pela equipe do SAE é uma opção para o início de um diálogo entre mulheres soropositivas e profissionais. É possível esperar, a partir disso, que elas possam melhor escolher o momento ideal para engravidar, caso desejem ter filhos.

A prevenção da transmissão vertical coloca em evidência a necessidade dos diversos níveis de assistência à saúde de se articularem e essa demanda acaba por revelar o estado precário da rede de saúde pública no Brasil. Fica igualmente explícita a qualidade da

assistência na medida em que todos os níveis de intervenção sobre a transmissão vertical reconhecem a necessidade de aconselhamento, suporte psicológico e respeito aos direitos humanos dos que foram afetados pela aids: a mulher, seu parceiro, seu bebê e sua família.

A epidemia se sobrepôs ao antigo problema de saúde reprodutiva e discutir um programa de atenção à saúde da mulher deveria ser uma prioridade na agenda governamental. Ainda que sejam disponibilizadas intervenções médicas que reduzem a transmissão vertical, o problema de cobertura ineficiente do atendimento e qualidade de assistência no pré-natal é fortalecido pela pouca agilidade de boa parte das unidades de saúde de todo país em realizar o teste anti-hiv nas gestantes gerando atrasos no diagnóstico e início de procedimentos preventivos da transmissão vertical do hiv. Tal demora traz prejuízos, muitas vezes irreversíveis para mulheres e seus bebês.

O grande universo de mulheres brasileiras não tem acesso ao acompanhamento de pré-natal e por isso o Ministério da Saúde propôs a realização do teste rápido no momento do parto. Essa proposta, posta em prática atualmente, mascara a necessidade de ampliação dos serviços e chega a ser cruel tendo em vista que o momento do parto já é tenso por si só e por isso não seria este o momento mais adequado para realização de um teste anti-hiv.

Examinando as pesquisas, documentos, recomendações, procedimentos e normas do Ministério da Saúde é possível apreender manifestações da ideologia médica relacionada às mulheres soropositivas, vistas como transmissoras do hiv para sua prole. E, é interessante pontuar que esta ideologia parece “infectar” todas as áreas ligadas aos programas de saúde. Tentar superar essa perspectiva e passar a discutir a gravidez da mulher com hiv no plano dos direitos sociais e humanos é a tarefa urgente que se coloca agora e com a qual essa pesquisa espera poder contribuir. Para isso é necessário que toda equipe faça um “balanço” de seus conceitos pessoais e ações profissionais para que unidos possam desenvolver um trabalho mais completo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Aids alcança recorde de mortes em 2003, segundo Unaid. www.epocaonline.com.br, 25 de novembro de 2005.

ALTMAN, Dennis. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA. IMS/ UERJ, 1995.

Aoki, F. H. (2001). Leito-Dia em AIDS: uma experiência multiprofissional. In M. R. C Colombri et al. (Orgs.). *AIDS: epidemia e evolução do tratamento*. São Paulo: Atheneu.

ARRETCHE, Marta. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira & Carvalho (orgs). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUCc-Spp, 2001, p43-56.

ÁVILA, Maria Betânia. *Direitos reprodutivos, exclusão social e aids. Sexualidade pelo avesso: direitos identidade e poder*. Regina Barbosa, Richard Parker, org. ISM/UERJ Rio de Janeiro, 1999

BARBOSA, Regina Maria; Villela, Wilza Vieira. A Trajetória feminina da AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999. p. 17-33-59.

BARBOSA, Regina Maria. Feminismo e AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 153-168.

BARBOSA, Regina Helena Simões. *Mulheres, reprodução e aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 310 p.

BARROS, M. E. *Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança quando tudo parece permanência*. 1o Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde.— Curitiba: ABRASCO, nov. 1995. mimeo.

BARROS, R.; MENDONÇA, R.; DUARTE, P.N. 1995. *Bem-estar, pobreza e distribuição de renda: uma avaliação das disparidades regionais — Documento de apoio para o relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Brasília, Brasil, p 185.

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M., 1996. *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. Texto para discussão no Brasília: IPEA.

Boletim Abia. Dezembro de 2004.

Boletim Epidemiológico AIDS. Ano XII, outubro a dezembro de 2000.

Boletim Epidemiológico AIDS, janeiro a junho de 2002.

Boletim Epidemiológico AIDS, outubro a dezembro de 2004.

Boletim Epidemiológico AIDST, janeiro a junho de 2005.

Boletim Epidemiológico AIDST, janeiro a junho de 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. *Ativismo em Aids: controle social no SUS*. Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília., 2003.

_____, Ministério da Saúde. *Assistência Pré-Natal*. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2000. 44 p. (Série A: Normas e Manuais Técnico, 36).

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002 (série: manuais, nº47).

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher. Plano de Ação 2004-2007*. Brasília, ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. *Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Gestão de alto risco*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2000. 24p. (série A: Normas e Manuais Técnicos).

_____.MS, 1996. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS/Gabinete do Ministro. Portaria n.2 203 de 5 de novembro de 1996.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001. Ano II.Agosto. 2001. Disponível em:<http://www.saude.gov.br/psf/publicacoes/abertura.asp>>.Acesso em: 09 mar. 2007

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. *Eqüidade e reformas nos anos 90*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, 2002.

_____, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. *Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

ELIAS, Paulo Eduardo. *Reforma e Contra-Reforma na Proteção à Saúde*. IN: Lua Nova, n° 40/41, São Paulo, 1997, p193-215.

Rosto da Aids é jovem e feminino, alerta Unaid – Época online 24/11/2004

FIGUEIREDO, Argelina C. *Princípios de Justiça e Avaliação de Políticas*. In: Lua Nova, n° 39, p.73-103, São Paulo, 1997.

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GOFFMAN, E.. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (3a ed.). Rio de Janeiro: Zahar,1980.

GIOVANELLA, I.; Fleury, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Catalina Eibenschutz. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, 1996, p.177-198.

GIOVANELLA, L.; CARVALHO, A. I.; LOBATO, L.; CUNHA, E. M.. *Integralidade da Atenção em Sistemas Municipais de saúde: Metodologia de Avaliação e Intervenção*. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000, Salvador. O Sujeito na Saúde Coletiva: Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ CD-ROM. Salvador: ABRASCO/ISC/UFBA, 2000.

GÓIS, J.B.H. *A mudança do discurso educacional das ONG/AIDS no Brasil: concepções e desdobramentos práticos (1985-1998)*. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v7, n13, p.27-44, ago., 2003.

GÓIS, J.B.H. *Vestígios da Força das Palavras: escritos sobre a AIDS*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: PUC-SP, 1999.

GRANGEIRO. Primeiro Seminário Direitos Reprodutivos, Exclusão Social e AIDS. São Paulo, janeiro de 1998.

GUIMARÃES, Kátia. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 89-114.

GUIMARÃES, Carmem Dora. “Mas eu conheço ele!” In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 169-189.

IBGE. Síntese de indicadores sociais, 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>

IYDA, Massako. *Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada*. São Paulo: Unesp, 1994.

KANAUTH, Daniela Riva. Morte masculina: homens portadores do vírus da aids sob a perspectiva feminina. In DIAS, Luiz Fernando(org) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

LABRA, M.E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses. Uma revisão. Rio de Janeiro: 1999, pp 1-26.

LEITE, Janete Luzia; SOUZA, Zildene. *Aids e envelhecimento: Reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos*. In: Atas das 3a e 4a Jornadas Científicas do CMS Waldyr Franco. IV Jornada Científica do CMS Waldyr Franco. Rio de Janeiro, 2002.

LEITE, Janete Luzia. *Sinais de fumaça: a pauperização da AIDS – indícios, indicadores e realidade*. In: Atas das 3a e 4a Jornadas Científicas do CMS Waldyr Franco. IV Jornada Científica do CMS Waldyr Franco. Rio de Janeiro, 2002.

LUZ, Madel T. *Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. *Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil Hist. cienc. saude-Manguinhos.*, Rio de Janeiro, v. 9, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das políticas sanitárias do SUS*. SP/RJ, HUCITEC/ABRASCO, 1993.

O vírus da aids contaminou o casamento - 6/12/2004. O Estado de São Paulo

PAIM, Heloísa Helena Salvatti. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In DIAS, Luiz Fernando(org) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PAIVA, Vera; NOVAES, Tiago; SANTOS, Naila; VENTURA, Elvira Felipe; SEGURADO, Aluísio. *Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens e mulheres vivendo com HIV*. Instituto de Psicologia - USP, Psicol. USP v.13 n.2 São Paulo 2002.

PAIVA, V & BUCHALA, C. (org.). Suplemento especial da Revista de Saúde Pública. Prevenção do HIV em contexto de vulnerabilidade social.

Vol 36, número 4, agosto 2002. (vários artigos, em <http://www.fsp.usp.br/rsp>)

PAIVA, Vera et al . *Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV*. Psicol. USP, São Paulo, v. 13, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0103-65642002000200007

PARFER, R., AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA,2001.

PARKER, Richard; CAMARGO Jr. *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*. Cadernos de Saúde Pública, 2000. SCIELO Brasil.

PARKER, R; GALVÃO, J.(Orgs). *Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA:IMS/UERJ, 1996.

PIMENTA, Cristina; SOUTO, Kátia. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres*. Coleção ABIA, 2003.

PRAÇA, Neide de Souza; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. *Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo*. Rev.Brasileira de Saúde Maternidade Infantil. v.3 n.1 Recife jan./mar. 2003.

Revista Saber Viver Profissional de Saúde. nº 3, dezembro de 2005.

SANTOS, Naila JS, BUCHALLA, Cássia Maria, FELLIPE, Elvira Ventura, BUGAMELLI, Laura; GARCIA, Sonia; PAIVA, Vera. *Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade*.Rev. Saúde Pública v.36 n.4 supl. São Paulo ago. 2002

SANTOS, N.J.S. A Aids entre as Mulheres no Estado de São Paulo. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-

Dumará; 1996. p. 33-59.

SILVA, Pedro Luiz Barros. *Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década*. In: São Paulo em Perspectiva, p.69-85, 2003.

SILVEIRA, M; BÉRIA, J; HORTA, B. L; TOMASI, E. *Auto-percepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres* Rev. Saúde Pública v.36 n.6 São Paulo dez. 2002.

VIANA, na Luísa d'Ávila; NEGRI, Barjas e organizadores. *O sistema único de saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.pp 135-163.

www.bbcbrasil.com em 11/07/04, 17h 04 GMT, 14h04 Brasília.

www.avert.org/his81 86.htm apud RADIS, nº 40, 2005

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em : <http://pt.wikipedia.org/windex.php?title=Sistema> %C3%9Anico de As%C3%BAde&oldid=3997138 – acesso em: 8 janeiro 2007

Anexos

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
COORDENÇÃO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

Consentimento Informado

Meu nome é Ana Paula Rangel da Silva e sou mestranda do curso de Política Social da Universidade Federal Fluminense/UFF. Estou realizando uma pesquisa sobre as percepções de profissionais envolvidos com o atendimento de mulheres HIV positivas grávidas no Município de Campos dos Goytacazes.

O nosso objetivo maior é que a pesquisa possa, em um futuro próximo, servir para identificar falhas no atendimento à gestante soropositiva pela equipe de profissionais e dessa forma contribuir para que ações voltadas para esse segmento sejam ampliadas.

Nesse momento, solicito que me conceda uma entrevista. Comprometo-me em manter seu anonimato utilizando, no corpo da dissertação, um número para a identificação dos seus depoimentos.

Desde já agradeço sua colaboração.

Declaro que li o texto acima e aceito participar da pesquisa “Percepções da equipe do Serviço de Atendimento Especializado sobre a gravidez de mulheres HIV positiva”, de forma livre e esclarecida.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de 2007.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1-Identificação do Respondente:

- a) Nome
- b) Idade
- c) Cor da pele
- d) Escolaridade
- e) Estado civil
- f) Possui filhos? Quantos?
- g) Tipo de vínculo trabalhista?
- f) Renda mensal?

2-Questões:

- a) Há quanto tempo trabalha com portadores de HIV/AIDS?
- b) Foi opção sua trabalhar nessa área da saúde?
- c) Que imagens guarda da epidemia de aids?
- d) Houve alguma mudança sobre sua forma de pensar sobre aids e seus portadores a partir do momento em que passou a fazer parte da equipe do Programa Municipal de DST/AIDS ou no decorrer do tempo de trabalho no SAE?
- e) Como você vê as pessoas com HIV/AIDS que você atende?
- f) Ao pensar sobre a mulher soropositiva atendida no SAE, você tem um perfil formado dela?
- g) O que você acha da gravidez da mulher soropositiva? Em sua opinião, ela deveria engravidar?
- h) Você vê diferença entre a mulher que engravidou sem saber de sua sorologia positiva para o HIV e àquela que já sabia e era atendida no SAE?

