

UNIVERSIDADE FEDERAL DE DO RIO DE JANEIRO

CRISTINA CORREIA MAMOUROS SANTOS

A IDADE CHEGA PARA TODO MUNDO:
trajetórias de mulheres que envelhecem com HIV

Cristina Correia Mamouros Santos

RIO DE JANEIRO

2022

Cristina Correia Mamouros Santos

**A IDADE CHEGA PARA TODO MUNDO:
trajetórias de mulheres que envelhecem com HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal de do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos parcial à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida

Rio de Janeiro
2022

CIP - Catalogação na Publicação

S237i Santos, Cristina Correia Mamouros
A idade chega para todo mundo: trajetórias de
mulheres que envelhecem com HIV. / Cristina Correia
Mamouros Santos. -- Rio de Janeiro, 2022.
143 f.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Silva de
Almeida.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de
Serviço Social, Bacharel em Serviço Social, 2022.

1. Envelhecimento. 2. HIV. 3. Mulheres idosas.
4. Relações de gênero. 5. Relações étnico-raciais. I.
Almeida, Prof. Dr. Guilherme Silva de , orient. II.
Titulo.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

Cristina Correia Mamouros Santos

A IDADE CHEGA PARA TODO MUNDO:
trajetórias de mulheres que envelhecem com HIV

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos parcial à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 05 de agosto de 2022

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida (Orientador)

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Escola de Serviço Social – UFRJ

Profa. Dra Debora Holanda Leite Menezes

Doutorado em Pós- Graduação em Política Social pela Universidade Federal Fluminense

Escola de Serviço Social – UFRJ

Prof. Dr. Daniel de Souza Campos

Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Escola de Serviço Social – UFRJ

Dedico este trabalho ao meu tio (*in memoriam*),
a minha avó, a minha mãe e ao meu marido por
serem essenciais na minha vida.

AGRADECIMENTOS

O Serviço Social surgiu de forma inesperada na minha vida. Trabalhava e tinha uma profissão técnica em que me posicionava entre os interesses de uma grande empresa e as demandas de seus trabalhadores. Muitas inquietações surgiram durante minha trajetória profissional e queria buscar respostas. O Serviço Social possibilitou que eu compreendesse essa realidade de outra forma e me fornecesse bases para continuar aprendendo sempre e mais. Uma segunda graduação não foi fácil, principalmente na área das ciências humanas, digo isso porque sou da área de ciência da saúde. No entanto, agradeço a oportunidade de poder contar com pessoas incríveis nessa caminhada.

Ao meu tio Francisco (*in memoriam*), que acreditou em mim e possibilitou que hoje eu estivesse aqui. Enquanto esteve conosco fez o papel de pai que não tive, irmão zeloso e filho carinhoso. Ao partir deixou uma missão para aquela que amava tanto, sua mãe Adélia, minha avó: “cuide dessa menina e deixe que ela faça a faculdade que desejar”. Obrigada por estar de alguma forma olhando por mim e por todos nós.

Assim, agradeço em especial a uma das pessoas mais importantes em minha vida, minha avó Adélia. Aquela que, apesar de todos os sofrimentos da vida, principalmente por ter sua vida marcada pelas desigualdades de gênero quando seu pai não permitiu que fosse estudar Medicina no Rio de Janeiro porque não era coisa de mulher direita ficar sozinha em outro Estado. Foi ser professora de Matemática, casou-se, teve 4 filhos, largou um casamento de traições, saiu do Piauí e veio para o Rio de Janeiro trazendo apenas os filhos e algumas roupas. Aqui não seria fácil. Teve a perda de um filho para aids e um companheiro para a depressão e o suicídio. Apesar de todas as dificuldades, ela sempre foi uma pessoa de amizade fácil, festeira e conhecida por todos aqui na rua, nunca reclamou de dor, de cansaço ou desânimo. Sempre lutou para que eu pudesse escolher o caminho que desejasse seguir.

Infelizmente, hoje ela não lembra mais de mim, o Alzheimer levou todas as suas lembranças. Entretanto, estou lá todos os fins de semana criando junto com ela novas histórias para vivermos juntas, afinal, temos um livro de páginas em branco todos os dias para preencher.

Apesar de não entender os motivos de minhas ausências e sempre receber críticas, agradeço a ela, minha mãe Tereza, que com sua rigidez me ensinou valores e ensinamentos que conduziram meus passos até hoje.

Ao meu marido Alessandro, pelo carinho, apoio e compreensão, não medindo esforços para que eu concluísse mais uma etapa da minha vida.

A minha tia Paulina por me ouvir nos momentos mais difíceis que passei, quando até pensei desistir.

Aos companheiros de turma que conheci durante a trajetória da graduação. Aos amigos pela compreensão dos momentos de ausência e incentivo de continuar até o fim. Em especial a Isabela e a Edileusa que me ajudaram a tornar menos difícil essa caminhada.

Gostaria de agradecer, em especial, a Assistente Social do SAE/HESFA Raquel, que não mediu esforços, em colaborar no que fosse necessário para a conclusão das etapas de estágio e trabalho de conclusão. Também não poderia esquecer a equipe do SAE, principalmente o “Celsinho”, responsável pelos arquivos e que conseguiu disponibilizar todos os prontuários para minha pesquisa.

Agradeço aos colegas de trabalho Eduarda, Isaque e Ana Márcia por estarem sempre prontos a me ajudarem na conclusão deste trabalho.

Aos meus primeiros colegas de trabalho quando entrei na UFRJ, Tatiana, Raquel, Elaine e Graça, que me acolheram com muito carinho nessa nova jornada de trabalho e graduação.

Agradeço ao professor Rafael Celestino, Coordenador do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, pela confiança depositada e disponibilidade de horário para finalizar minha pesquisa.

Aos demais servidores da EEAN, da biblioteca do CFCH, dos terceirizados da limpeza e da segurança e dos trabalhadores da fotocópia pela paciência nas vésperas de prova com todos desesperados querendo pasta de professor.

Aos servidores técnico-administrativos da Escola de Serviço Social pelo apoio e paciência, principalmente nos momentos mais difíceis de pandemia.

A todos os professores do curso de Serviço Social que contribuíram não só com minha trajetória acadêmica, mas também meu crescimento pessoal, em especial às professoras Andrea Moraes, Gracyelle Costa e Raquel Gouveia, pelas aulas tão intensas que nos proporcionaram.

Ao meu orientador Guilherme Silva de Almeida pela contribuição nessa etapa importante da minha vida. Manifesto minha gratidão por ser acima desse professor exemplar, um amigo que desde a época do estágio antes de iniciar as aulas sempre perguntava aos alunos se estava tudo bem com todos, sempre preocupado em amparar não só academicamente, mas mentalmente a todos nós, já que passamos todos esses últimos períodos online, isolados e angustiados pela pandemia.

Por fim, agradeço a Deus por permitir conhecer tantas pessoas incríveis ao longo da graduação de Serviço Social, que será uma das experiências mais importantes que levarei da graduação.

AIDS

Doença sem cura
De contágio e
Mal afamada!

Pensei que desgraça
Só ocorresse em noticiário
Ou em jornal de segunda classe
Ou até mesmo em boatos!

Que desgraça, contraíste a maldita AIDS!

A minha mente crente não atina!
Só o coração em dor chora por tuas cinzas!

Tenho hoje uma dor que não passa,
Que me invade o peito e minha alma rasga!

Contraíste a maldita AIDS!

Ah, e essa dor não passa!
Me invade e minh'alma rasga!

Tiveste a alegria dos condenados,
Preparaste até a própria mortalha!
E seguiste, de cabeça erguida, ao teu trágico fim
Com a soberba calma da coragem!

Ainda ressoam em mim as tuas palavras...
Não eram as de um condenado!

Meu irmão, tu foste um bravo!

(MORAES, Paulina de. A fêmea do cavalo alado, 2011)

RESUMO

SANTOS, Cristina Correia Mamouros. **A idade chega para todo mundo:** trajetórias de mulheres que envelhecem com HIV. Rio de Janeiro, 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Percorridos 40 anos da epidemia de HIV, esbarramos com o fato de que não só os anos passaram para a epidemia, mas também para aqueles/as que se infectaram e que hoje estão aprendendo a envelhecer com a doença, desde o momento em que um diagnóstico positivo de AIDS era uma sentença de morte até ser classificada como doença crônica. O preconceito e a discriminação ainda persistem na sociedade, trazendo consequências que dificultam o trabalho de prevenção, diagnóstico e tratamento. Ao longo das décadas, as mulheres se tornaram um grupo que teve um aumento substantivo do número de casos. Assim, não se pode fechar os olhos para a condição de vulnerabilidade das mulheres diante da epidemia de HIV. A presente pesquisa busca identificar quais as características e trajetórias de mulheres idosas que vivem com HIV há pelo menos duas décadas e que são acompanhadas pelo SAE/HESFA. A análise ocorre de diversos condicionantes, dentre eles os dados socioeconômicos e culturais, as percepções delas em relação ao diagnóstico, as condições de adesão ao tratamento, as relações familiares, a condição de desigualdade que vivenciam nas relações conjugais, as possíveis situações de discriminação e de violência institucional e as condições de acesso aos serviços de saúde. A partir disso, a construção da metodologia da pesquisa se baseou na abordagem quantitativa, qualitativa, análise documental dos prontuários e revisão bibliográfica. Os resultados da pesquisa foram apresentados e embasados por estudos de gênero, raça/cor e classe social. Visto isso, percebe-se como todos esses atravessamentos, oriundos de nossa formação social com traços patriarcais e escravistas, afetam diretamente o cotidiano dessas mulheres, especialmente das mulheres negras. As mulheres negras vivendo com HIV são as que mais sofrem na estratificação social, posicionam-se nos grupos que possuem a mais baixa escolaridade e renda, dificuldades de acesso à saúde e ao trabalho formal. As desigualdades nos acessos aos serviços tornam essas mulheres mais vulneráveis ao HIV. Dois aspectos podem ser destacados, um foi o acesso aos serviços de saúde após o diagnóstico e o outro é que as mulheres que possuíam alguma contribuição previdenciária tiveram acesso à aposentadoria ao envelhecerem. Assim, é notória a ausência do Estado no acolhimento dessas mulheres.

Palavras-chave: Envelhecimento. HIV. Mulheres idosas. Relações de gênero. Relações étnico-raciais.

ABSTRACT

SANTOS, Cristina Correia Mamouros. **A idade chega para todo mundo:** trajetórias de mulheres que envelhecem com HIV. Rio de Janeiro, 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

After 40 years of the HIV epidemic, we are faced with the fact that not only the years have passed for the epidemic, but also for those who became infected and who are now learning to age with the disease, from the moment a diagnosis is made. HIV positive was a death sentence until it was classified as a chronic illness. Prejudice and discrimination still persist in society, bringing consequences that hamper the work of prevention, diagnosis and treatment. Over the decades, women have become a group that has seen a substantial increase in the number of cases. Thus, one cannot close one's eyes to the condition of vulnerability of women in the face of the HIV epidemic. The present research seeks to identify the characteristics and trajectories of elderly women who have been living with HIV for at least two decades and who are monitored by the SAE/HESFA. The analysis of several conditions, including socioeconomic and cultural data, their perceptions regarding the diagnosis, conditions of adherence to treatment, family relationships, the condition of inequality they experience in marital relationships, possible situations of discrimination and institutional violence and conditions of access to health services. From this, the construction of the research methodology was based on a quantitative and qualitative approach, document analysis of medical records and literature review. The research results were presented and supported by studies of gender, race/color and social class. In view of this, it is clear how all these crossings, arising from our social formation with patriarchal and slaveholding traits, directly affect the daily lives of these women, especially black women. Black women living with HIV are the ones who suffer the most in social stratification, they are positioned in the groups that have the lowest education and income, difficulties in accessing health care and formal work. Inequalities in access to services make these women more vulnerable to HIV. Two aspects can be highlighted, one was access to health services after diagnosis and the other is that women who had some social security contribution had access to retirement when they got older. Thus, the absence of the State in welcoming these women is notorious.

Keywords: Aging. HIV. Elderly women. Gender relations. Ethnic-racial relations

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 - Proporção de raça/cor de mulheres idosas vivendo com HIV no SAE/HESFA | 90 |
| Gráfico 2 - Nível de escolaridade das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA | 92 |
| Gráfico 3 - Nível de escolaridade X Raça/Cor das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA | 93 |
| Gráfico 4 - Relação entre o número de usuárias X Renda paciente e Renda Familiar das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA | 94 |
| Gráfico 5 - Relação entre Renda Paciente e Raça/Cor das mulheres vivendo com HIV no período de ingresso SAE/HESFA | 95 |
| Gráfico 6 - Situação de empregabilidade das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA | 96 |
| Gráfico 7 - Relação de ocupação X Raça/Cor das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA | 97 |
| Gráfico 8 - Relação nº usuárias X principais eventos de saúde das mulheres vivendo com HIV situação atual SAE/HESFA | 99 |
| Gráfico 9 - Relação de ocupação X Raça/Cor das mulheres vivendo com HIV situação atual SAE/HESFA | 100 |
| Gráfico 10 - Conjugalidade das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA | 101 |
| Gráfico 11 - Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA | 103 |
| Gráfico 12 - Relação do N de abortos provocados, espontâneos e parto prematuro das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA | 105 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 - Características das mulheres vivendo com HIV no SAE/HESFA – parte 1..... | 113 |
| Quadro 2 - Características das mulheres vivendo com HIV no SAE/HESFA – parte 2..... | 113 |
| Quadro 3 - Características das mulheres vivendo com HIV no SAE/HESFA – parte 3..... | 114 |
| Quadro 4 – Características das mulheres vivendo com HIV no SAE/HESFA – parte 4..... | 114 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|----------|---|
| ABIA | Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS |
| AIDS | Síndrome da imunodeficiência adquirida |
| ARV | Antirretroviral |
| CAPs | Caixas de Aposentadoria e Pensão |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CEDAE | Companhia de água |
| CEPA/MC | Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e a Criança |
| CNDSS | Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde |
| CONASS | Conselho nacional de Secretários de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializada de Assistência Social |
| CTA | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| CTPS | Carteira de Trabalho e Previdência Social |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| EEAN | Escola de Enfermagem Anna Nery |
| ECT | Empresa de Correios e Telégrafos |
| FGTS | Fundo de Garantia por Tempo de Serviço |
| GAPA | Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS |
| GPV | Grupo Pela Vidda |
| HESFA | Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HSH | Homens que fazem Sexo com outros Homens |
| IAPs | Institutos de Aposentadorias e Pensões |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| INSS | Instituto Nacional do Seguro Social |
| IPEA | Instituto de pesquisa Econômica Aplicada |
| IPHAN | Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional |

| | |
|-------------|---|
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| MS | Ministério da Saúde |
| ODS | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| OEА | Organização dos Estados Americanos |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PAIPHA | Programa de Assistência Integral ao Portador de HIV |
| PAISM | Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher |
| PCDT | Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas |
| PEP | Profilaxia Pós-Exposição |
| PNAD | Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PN-DST/AIDS | Programa Nacional de DST/AIDS |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| PrEP | Profilaxia Pré-Exposição |
| PVHA | Pessoas vivendo com HIV/AIDS |
| PVHIV | Pessoas vivendo com HIV |
| RAMI | Rede Materna e Infantil |
| SAE | Serviço de Assistência Especializada |
| SIM | Sistema de Informações sobre Mortalidade |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos de Notificações |
| Sinasc | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SPM | Secretaria de Políticas para as Mulheres |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| T-CD4 | Linfócitos T Cluster of Differentiation |
| TARV | Tratamento Antirretroviral |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 | POLÍTICA DE SAÚDE E HIV NO BRASIL..... | 22 |
| 2.1 | SAÚDE DAS MULHERES E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL..... | 22 |
| 2.2 | POLÍTICA DE SAÚDE E HIV NA HISTÓRIA BRASILEIRA..... | 27 |
| 2.3 | O ENFRENTAMENTO DO HIV NA CENA CONTEMPORÂNEA E CONDIÇÃO FEMININA..... | 37 |
| 3 | RELAÇÕES ENTRE SOROPOSITIVIDADE PARA HIV E CONDIÇÃO FEMININA..... | 42 |
| 3.1 | OS DESAFIOS DE VIVER COM HIV E MANTER A SAÚDE: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE..... | 42 |
| 3.2 | SAÚDE DA MULHER E HIV..... | 53 |
| 3.3 | SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E HIV..... | 60 |
| 3.4 | INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO..... | 63 |
| 4 | HIV E ENVELHECIMENTO..... | 70 |
| 4.1 | TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL..... | 70 |
| 4.2 | ENVELHECER COM SAÚDE? VULNERABILIDADE DE IDOSOS/AS..... | 77 |
| 4.3 | INVISIBILIZAÇÃO E OS DESAFIOS DE ENVELHECER COM HIV..... | 80 |
| 5 | MULHERES SOROPOSITIVAS IDOSAS ATENDIDAS NO HESFA..... | 82 |
| 5.1 | A REALIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 82 |
| 5.2 | APRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E DOS DADOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS E CONDIÇÕES DE MORADIA E FAMILIARES DAS MULHERES IDOSAS VIVENDO COM HIV HÁ PELO MENOS DUAS DÉCADAS..... | 90 |
| 5.3 | TRAJETÓRIAS DESSAS MULHERES FACE À EPIDEMIA DE AIDS..... | 108 |
| 5.4 | RECONSTITUIÇÃO DAS TRAJETÓRIAS DE ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE DAS MULHERES..... | 115 |
| 5.5 | ADESÃO E DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO..... | 121 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 123 |
| | REFERÊNCIAS..... | 126 |
| | APÊNDICE A – MATRIZ DE COLETA DE DADOS..... | 143 |

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa buscou identificar quais as características e trajetórias de mulheres idosas que vivem com HIV há pelo menos duas décadas acompanhadas pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Hospital São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro. (HESFA/UFRJ). Para tanto, lançou-se dos seguintes objetivos específicos: coletar dados socioeconômicos e culturais sobre as mulheres com 60 anos ou mais vivendo com HIV há pelo menos duas décadas nos prontuários do SAE/HESFA; buscar dados qualitativos que permitissem reconstituir as trajetórias de acompanhamento em saúde dessas mulheres; verificar como os principais eventos relacionados à história da epidemia de HIV se manifestaram nas trajetórias individuais dessas mulheres; e identificar os aspectos que favoreceram e/ou dificultaram a adesão e continuidade do tratamento dessas mulheres.

É importante salientar que, para a faixa etária de idosos com HIV, há a existência de dois grupos com características distintas: 1) o dos/as idosos/as que contraíram o vírus há mais tempo e estão envelhecendo com o vírus; e 2) o daqueles/as que contraíram a doença após os 60 anos de idade. Desse modo, a pesquisa foi elaborada com o primeiro grupo, que tem maior expressividade na realidade do HESFA/UFRJ. Esse grupo é importante porque a condição de envelhecer com HIV tornou-se possível devido aos avanços dos antirretrovirais e às políticas públicas de acesso universal aos medicamentos, dos quais o HESFA faz parte.

O Brasil passa por uma transição demográfica acelerada, ainda que haja muita heterogeneidade regional interna no país (OLIVEIRA, 2019, p. 69). Em associação com esse fato, a condição de pessoa vivendo com HIV deixou de ser sinônimo de uma doença da qual elas morriam rapidamente, como nas décadas de 1980 e 1990, passando a ser controlável com o uso correto dos medicamentos e determinados cuidados de saúde.

As pessoas, que se infectaram nas primeiras décadas da doença e puderam ter acesso aos medicamentos, passaram por diversas experiências na trajetória de viver com HIV e hoje passam por mais um desafio, não só o de envelhecer, mas o de fazê-lo com o vírus do HIV. Para as mulheres, torna-se um triplo desafio, pois se trata de ser mulher, idosa e ter uma doença crônica estigmatizante.

A epidemia da infecção pelo HIV se assenta como uma doença global, dinâmica e de múltiplas dimensões, produzindo transformações políticas, econômicas, sociais, culturais, além de trazer diversas respostas no âmbito da prevenção e tratamento (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). A doença deixou de ser determinada por comportamentos de risco e vem apresentando transformações como a feminização, interiorização, pauperização e

envelhecimento de usuários/as, passando a ser classificada como uma condição crônica e controlável (SILVA *et al.*, 2013). Frente ao cenário das duas primeiras décadas da epidemia, marcado por muitas incertezas e desconhecimento acerca da doença, pelo processo de mobilização dos movimentos sociais, pelo surgimento das organizações não governamentais, pela forte cobertura da imprensa e pelos financiamentos advindos de grandes empréstimos do Banco Mundial destinados à prevenção, tornou-se possível que as respostas à síndrome fossem elaboradas amplamente, o que fez o país um modelo para os demais países.

Destacaram-se, na luta contra a AIDS, as organizações sociais e a imprensa alternativa que produziram materiais informativos confiáveis sobre a epidemia e fomentaram debates que permitiram ampliar o acesso às informações, fazendo com que chegassem às comunidades homossexuais, lésbicas, negras, travestis e de pessoas já vivendo com HIV.

As respostas do campo religioso também apareceram na ampliação de estratégias para o combate à AIDS. A princípio, parte das Igrejas católica e protestante recebeu a doença como “coisa de pecadores”. Contudo, representantes de várias religiões, incluindo católica, protestante, matizes africanas, judaica, perceberam a necessidade de auxiliar os/as doentes em situação de vulnerabilidade com a criação de casas de apoio para usuários/as e organização de eventos para promover a prevenção e a solidariedade a doentes em suas comunidades (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). Já o fenômeno de feminização da epidemia se intensificou a partir dos anos 2000 com o aumento da transmissão heterossexual e com o aumento do número de casos em mulheres.

Levando-se em consideração que as principais cidades metropolitanas se encontram na região litorânea, o processo de interiorização, segundo Szwarcwald *et al.* (2000), também foi verificado e caracterizado a partir do momento em que a doença se espalhou para um maior número de municípios de menor porte e menor estrutura no âmbito da saúde.

Convém destacar, que a análise do processo de pauperização da AIDS foi realizada pela análise da variável *escolaridade* como expressão da condição socioeconômica. Nesse ínterim, de acordo com Szwarcwald *et al.* (2000, p. 8), “em um país caracterizado por extremas desigualdades sociais, marcadas por diferenças relevantes não só nos padrões de distribuição de renda e de educação, mas também nos de acesso aos serviços e programas de saúde, é crescente o processo de pauperização.”

Atualmente, segundo o Boletim Epidemiológico de 2021, no período de 2007 a 2021, o Ministério da Saúde registrou 381.793 casos de HIV e, em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos. Quanto ao sexo, no período de 2007 a junho de 2021, foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) 266.360 (69,8%) casos em homens e

115.333 (30,2%) casos em mulheres. A razão dos sexos para o ano de 2020 foi de 2,8 (M:F), ou seja, 28 homens para cada 10 mulheres.

É importante destacar os dados quanto à categoria de exposição, na qual os casos de infecção pelo HIV registrados no SINAN de 2007 a junho de 2021 foram entre os homens o percentual de 52,1% de exposição homossexual ou bissexual e 31% de heterossexual, enquanto, entre as mulheres, nota-se que ainda a maioria dos casos, 86,8%, insere-se na categoria de exposição heterossexual e 1,3% na de usuários/as de drogas injetáveis.

A pessoa que recebia um diagnóstico positivo para a AIDS estava praticamente recebendo uma notícia de “paciente em estágio terminal”, ou seja, uma sentença de morte. A doença causava pavor, fobia entre as pessoas, resultando a partir daí em preconceito, incitação à violência e crescimento do ódio contra as pessoas infectadas ou classificadas como “grupo de risco”, e levando, até mesmo, a pensamentos de extermínio moral desses grupos.

Entretanto, o avanço nas tecnologias farmacêuticas, que levou à elaboração de antirretrovirais cada vez mais eficazes e com menos efeitos colaterais, contribuiu para a longevidade dos/as usuários/as e para melhores condições de vida. Outros fatores também contribuíram para isso, tais como a utilização dos medicamentos em esquemas terapêuticos preventivos e pós-exposição ao HIV, o aumento da oferta do número de testes de diagnóstico e o maior acesso aos serviços de saúde destinados ao tratamento.

Atualmente, já se encontra comprovação científica de que a pessoa que é classificada como “Indetectável” se torna concomitantemente “Intransmissível”. Segundo o Ministério da Saúde, o termo é válido para as pessoas vivendo com HIV que estejam com carga viral do HIV indetectável há pelo menos seis meses, logo, não transmite o vírus por via sexual.

O preconceito da sociedade ainda persiste após quatro décadas da existência da epidemia de HIV, trazendo consequências que dificultam o trabalho de prevenção, diagnóstico e tratamento. Ao longo das décadas, as mulheres se tornaram um grupo que teve um aumento substantivo do número de casos. Assim, não se pode passar despercebido às formas como as relações entre homens e mulheres podem aprofundar a condição de vulnerabilidade feminina ao HIV, aumentando o número de casos em mulheres.

A condição feminina precisa ser contemplada não só por uma categoria de mulheres, já que existem mulheres de diferentes classes sociais, etnias, religiões, orientações sexuais e até que não foram concebidas como mulheres ao nascerem (caso das transexuais, por exemplo). A infecção por HIV em mulheres perpassa por diversos aspectos que podem interferir na sua saúde. Entretanto, para a pesquisa, tentou-se realizar uma aproximação das vivências de mulheres cis.

Passadas quatro décadas, a epidemia de HIV ainda se apresenta como uma imagem estigmatizada. Apesar do momento atual de conservadorismo crescente, encontramos resistência a partir dos debates sobre prevenção combinada e ampliação do acesso às políticas de saúde.

A presente pesquisa se justifica por três aspectos de relevância pessoal: o primeiro em razão do falecimento precoce de meu tio com AIDS na década de 1990, num contexto em que não existiam medicamentos eficazes, apenas o chamado “coquetel de AZT”; o segundo foi referente à realização do estágio no SAE/HESFA; e o terceiro é pelo interesse da condição feminina, oriundo da convivência numa família chefiada por mulheres: bisavó, avó e mãe, o que evidenciou o quanto essas mulheres tiveram de ser, além de chefes de família, fortes o suficiente para enfrentarem a AIDS e a discriminação.

O estágio foi um processo importante para a minha formação acadêmica e profissional, compreendendo que a teoria se relacionava com a prática e desmistificando a visão que “na prática a teoria é outra”. O primeiro período de estágio foi muito enriquecedor por mostrar uma realidade diferente daquela imagem que ficou no passado, já que os/as usuários/as podem adquirir os antirretrovirais de forma gratuita, como um direito de cidadania, proporcionado pela Lei Federal n. 9.313 (BRASIL, 2016b). Ademais, pude perceber que a discriminação e o estigma ainda persistem, sendo potencializados pela condição de vulnerabilidade social daquelas pessoas. Com a chegada da pandemia de Covid-19, os demais períodos de estágio foram realizados remotamente. Logo, foi preciso apreender os diferentes aspectos de uma realidade em que necessitamos manter distância dessa mesma realidade. Todavia, no segundo período do trabalho de conclusão de curso, foi possível realizar as leituras dos prontuários presencialmente.

Compreende-se, também, que é de fundamental relevância institucional a pesquisa sobre a trajetória dessas mulheres, no sentido de trazer aspectos importantes que possam contribuir na reflexão sobre como é a realidade de acesso aos serviços de saúde, tanto no HESFA, quanto nas demais redes, além de seus dilemas quanto à prevenção, à sexualidade, ao envelhecimento.

A metodologia escolhida para a construção do TCC foi de abordagem quantitativa, qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa almejou utilizar os seguintes instrumentos como forma de tentativa de maior aproximação da realidade de vida de mulheres idosas vivendo com HIV: levantamento bibliográfico, análise documental dos prontuários, busca ativa das usuárias delimitadas pela pesquisa, entrevista semiestruturada e análise dos dados coletados.

No entanto, durante a construção da pesquisa, não foi possível realizar a entrevista semiestruturada devido aos percalços encontrados para que eu conseguisse autorização de

liberação do trabalho para realizar os estudos, tornando o prazo curto para envio e análise dos documentos para a aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa.

Além disso, é importante trazer as dificuldades que a pandemia de Covid-19 trouxe para a formação acadêmica e conclusão da pesquisa. As orientações foram todas realizadas de forma remota, as quais muitas vezes impossibilitadas devido ao acesso de sinal muito ruim das conexões de comunicação via internet. Inclusive, dificultando o envio de todas as autorizações para Plataforma Brasil. O isolamento trouxe um rompimento com nossas trocas de conhecimento diárias no campus, com professores, amigos de sala, funcionários da instituição e aqueles que encontrávamos no percurso de ir e vir para a faculdade. As pesquisas nos prontuários só foram possíveis com a liberação do retorno presencial às atividades na UFRJ, a qual ocorreu a partir de março de 2022.

A pesquisa se estruturou com a constituição de seis capítulos. O primeiro é esta Introdução que apresenta a proposta do trabalho em linhas gerais. O segundo capítulo aborda sobre a política de saúde, gênero e HIV no contexto brasileiro, abordando a saúde das mulheres, a história da política de saúde da epidemia de HIV e o enfrentamento da epidemia na cena contemporânea e condição feminina.

No terceiro capítulo, serão discutidas as relações entre soropositividade para HIV e condição feminina, observando os determinantes sociais da saúde, a saúde da mulher e a saúde da população negra com implicações interseccionais.

O quarto capítulo versará sobre a transição epidemiológica no Brasil, o envelhecimento saudável e as vulnerabilidades dos idosos. Assim, serão compreendidos a invisibilização e os desafios de envelhecer com HIV.

No quinto capítulo, iremos abordar a metodologia realizada na pesquisa, apresentando os dados socioeconômicos e condições de vida das mulheres. Assim como as trajetórias dessas mulheres face à epidemia de AIDS e o acompanhamento em saúde.

Por último, as Considerações Finais serão apresentadas com as reflexões realizadas sobre os resultados da pesquisa e contribuir para futuras pesquisas acerca da temática, além de deixar o trabalho como material de consulta aos estagiários e residentes do setor e demais estudantes que se interessem pelo assunto.

2 POLÍTICA DE SAÚDE E HIV NO BRASIL

2.1 SAÚDE DAS MULHERES E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde da mulher é atravessada por diversos entendimentos, desde o contexto social, no qual as mulheres eram vistas biologicamente, mais restritamente à maternidade e ao cuidado da família até os dias atuais. Com as mudanças em nossa sociedade que transformaram e ampliaram a temática sobre a saúde da mulher, elas deixaram de ser vistas apenas como um corpo reprodutivo, mas também com direitos sociais e parte da sociedade como cidadã, com seus direitos e deveres. Para compreender a saúde da mulher, é pertinente percorrer o caminho que se construiu para a formação histórica das políticas de atenção à mulher.

O Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), construído em 1983, no contexto de redemocratização do país e com participação dos movimentos sociais e de mulheres, principalmente o movimento negro, foi base para a elaboração em 2004 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Para compreender a PNAISM como uma política, é preciso trazer como era o contexto da saúde da mulher antes das conquistas implementadas no Brasil.

As mulheres brasileiras conquistaram o direito de votar em 1932, completando 90 anos dessa conquista em 2022. Uma vez aprovada a Constituição de 1891, a exclusão das mulheres na vida política já estava subentendida. Assim, nas listas de proibições, as mulheres nem apareciam, ficando apenas explícitos os mendigos, os analfabetos, os soldados rasos e os religiosos com voto de obediência. Em 1917, com a aprovação do primeiro Código Civil brasileiro, as mulheres casadas eram “incapazes” para alguns atos da vida civil. O direito ao trabalho e à herança ficou subjugado à autorização expressa do marido. O voto feminino não foi uma concessão dos homens, mas sim uma conquista das mulheres no início do século XX, já que os movimentos feministas ganharam força (WESTIN, 2022).

O país sofreu um golpe de Estado em 1930, com o Senado e Câmara fechados, Getúlio Vargas assinou o Código Eleitoral de 1932, instituindo o voto secreto e o voto para as mulheres. Todavia, o voto não era obrigatório para mulheres, visto que muitas só podiam votar com autorização dos maridos. As mulheres só conquistaram a igualdade política em 1946, quando passou a ser o voto obrigatório para homens e mulheres (WESTIN, 2022).

Como o voto era proibido para analfabetos, uma grande parte de mulheres negras ainda não havia conquistado o direito ao voto. Apenas em 1988, com a promulgação da Constituição, estendeu-se o direito ao voto a homens e mulheres analfabetos (MARQUES, 2018, p. 138).

O direito ao voto foi uma das conquistas nas primeiras décadas do século XX. A ação de grupo de mulheres ainda continuava para conquista de outros direitos, como o reconhecimento do direito de autonomia do seu corpo e de reprodução. Assim, a saúde da mulher foi incluída nas políticas nacionais de saúde, entretanto, de forma focalizada na gestação e no parto. Com influência europeia do conjunto de políticas públicas conhecidas como Estado de bem-estar social, o Brasil, na década de 1950, objetivou a tornar a mulher como símbolo da maternidade, com o papel de excelente mãe, ou seja, com o papel principal na sociedade de contribuir para o desenvolvimento econômico com a criação dos filhos (GARCIA, 2013, p. 7).

Em 1968, a I Conferência Mundial de Direitos Humanos foi realizada com o objetivo de avaliar os progressos conseguidos nos 20 anos de aprovação da Declaração Universal de Direitos Humanos. Novamente, a questão da autonomia da mulher sobre a reprodução é colocada em debate, com foco no planejamento familiar (MESQUITA, 2010, p. 35).

Além do direito ao voto, outro aspecto que é importante considerar é o advento dos contraceptivos orais. Segundo Pedro (2003, p. 245), o Brasil, como país periférico no contexto mundial, precisava controlar a natalidade, já que o crescimento demográfico da população seria considerado uma ameaça ao desenvolvimento do mundo. Com isso, enquanto aqui a liberação da comercialização foi no início da década de 1960, com a divulgação dos métodos contraceptivos, com o alarmismo sobre o perigo da superpopulação e com parte das políticas internacionais voltadas para a redução da população, em países europeus como a França, o contraceptivo oral só foi liberado em 1967. Os investimentos internacionais no controle da natalidade não foram somente no Brasil, mas na América Latina, uma vez que a influência da Revolução Cubana de 1959 trouxe o medo de “um continente explosivo” não só de pessoas, mas também traria muita pobreza e criação de um campo fértil para o comunismo.

Ainda o autor considera que o contraceptivo oral trouxe a separação da sexualidade da reprodução, trazendo a mulher para outro patamar de atuação nas relações de gênero, domínio da fecundidade e liberdade para exercer sua sexualidade sem risco de uma gravidez indesejada, tendo significativas mudanças culturais. O uso das pílulas anticoncepcionais coincidiu com o aumento da força de trabalho formal, passando de 31% em 1981 para 35% em 1989. Com a ditadura militar em 1964, as manifestações e a divulgação pelo uso de contraceptivos orais se tornaram limitadas. O espaço que se conseguiu para debates foi pela Organização das Nações Unidas (ONU), no Ano Internacional da Mulher em 1975.

A partir da década de 1970, tanto a Conferência do Ano Internacional da Mulher quanto o Plano da Década da Mulher (1976-1985) foram dois eventos importantes que buscavam a preocupação de ampliar a autonomia política e econômica das mulheres e reduzir as

desigualdades entre os homens. Na década 1975, é criado o Programa materno-infantil, que abarcava os cuidados dos períodos pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. No entanto, o programa continuava desarticulado de outros programas e possuía financiamento e controle de organismos internacionais, resultando em baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. No auge do movimento feminista brasileiro, nos anos 1980, esses programas foram duramente criticados pela restrição a apenas alguns aspectos de vida da mulher (GARCIA, 2013, p.8).

Em 1984, há a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Os acontecimentos que lhe deram suporte foram a efervescência pela redemocratização do país, a Conferência de Alma-Ata (1978) e a participação dos movimentos sociais e das mulheres, principalmente o movimento feminista. A Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), trouxe a complementação do conceito de saúde com a ideia de atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde, maior participação social e ampliando a perspectiva de saúde não apenas como programas de erradicação de doenças endêmicas.

O PAISM surgiu antes do SUS e, inclusive, antes da CF/88, rompendo com as características do cuidado materno-infantil e apoiando-se em ações preventivas, educativas, diagnóstico, tratamento e recuperação referentes à saúde sexual e reprodutiva. Não só os movimentos feministas mas também o movimento da reforma sanitária desempenharam papéis importantes para a democratização e universalização da saúde, na direção de se afastar da saúde institucionalizada que abarcava apenas aqueles com posição de funcionalidade no trabalho e aqueles mais pobres com ações higienistas e de controle populacional, para atender a valorização da saúde para todos sem preconceito e discriminação.

Em 1988, já com a promulgação da Constituição Federal, (BRASIL, 1988) o SUS foi implementado passando a assegurar direitos, como educação, saúde, alimentação, proteção à maternidade e à infância. Todavia, o texto constitucional não especificou aspectos operacionais sobre o sistema de saúde.

Efetivamente, o SUS demorou dois anos após a CF/88 para ser regulamentado pelas Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b). Segundo Bravo (1999), “o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular.”.

Segundo o Relatório do IPEA (2011, p. 19) sobre “Retratos da desigualdade”, ao longo do período de 1995 a 2009, a proporção de mulheres chefes de família aumentou mais de 10 pontos percentuais, considerando em 1995, 22,9% e 2009, 35,2%. No entanto, para entender

melhor é importante situar em que famílias essas mulheres se encontram. Em 1995, 68,8% destas mulheres estavam em famílias monoparentais e apenas 2,8% das mulheres eram chefes de família formadas com casais. Já em 2009, 49,4% delas estavam nas famílias monoparentais e 26,1% das mulheres eram chefes de família formados por casais. Percebe-se que houve uma nítida mudança no perfil das famílias formadas por casais, nas quais a mulher passou a ser o foco do sustento da família e a sofrer mais com a sobrecarga de trabalho. Ademais, ainda é percebido que, dentro dessas famílias, há uma maior vulnerabilidade nas famílias chefiadas por mulheres quando essas são negras. Nesse período, a renda familiar per capita de um homem branco chefe de família era de R\$ 997,00, enquanto a de uma mulher negra chefe de família era de R\$ 491,00.

Esse período apenas exemplifica o quanto a população brasileira estava sofrendo profundas transformações, não só na questão do envelhecimento, como também na conformação da família e do papel da mulher na sociedade. Nesse viés, o crescente movimento com relação às reivindicações por melhores condições de trabalho, saúde e espaço político também era notado. Com isso, para se chegar à conquista de um acesso integral à saúde da mulher, foi e ainda é preciso haver muitas disputas por espaços entre os sujeitos envolvidos, o Estado e a sociedade civil conjuntamente com os movimentos sociais, cada um com seus interesses e finalidades.

Em 2004, houve a criação da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pela necessidade de se ter diretrizes mais abrangentes que orientassem a assistência e saúde da mulher. Essa Política foi criada a partir de reivindicações dos segmentos sociais e dos dados epidemiológicos da saúde da mulher em cada contexto e região, entendendo que existe grande diversidade socioeconômica e cultural. Logo, a assistência passou a ser norteadada pela perspectiva de gênero, raça e etnia e rompe com as barreiras da saúde reprodutiva e sexual, alcançando todos os aspectos da saúde da mulher.

Com a criação do PAISM e PNAISM, percebe-se o avanço com relação aos cuidados da saúde da mulher, já que antes a saúde da mulher era limitada à gravidez e ao parto, e os programas materno-infantis reproduziam a visão que a sociedade tinha com relação ao papel biológica da mulher como mãe e ao papel social como mãe, esposa e responsável pelo cuidado da casa e do lar dos filhos e demais familiares.

Essas conquistas foram possíveis a partir dos movimentos feministas que questionaram a posição da mulher como sujeito de direitos que iam além do papel de mãe e esposa, numa perspectiva mais ampla de saúde da mulher em todos os seus aspectos. A PNAISM abriu caminhos para a implementação de outros programas. A Política Nacional de Planejamento

Familiar, criada em 2007, objetivava a oferta de métodos contraceptivos gratuitos e a preços menores, além da orientação de se planejar qual o melhor período para ter filhos. A lógica dessa política foi muito questionada, visto que, de forma mais grosseira, os ricos não precisavam ter o Estado controlando suas vidas, enquanto a vida dos mais pobres deveria ser controlada. De acordo com Coelho, Lucena e Silva (2000, p. 43), o planejamento familiar, apesar de ser um avanço como um direito à regulação feminina, ainda tem muitos interesses contraditórios, levando-se em consideração o contexto histórico brasileiro. Percebe-se, ainda, um controle internacional sobre a contracepção, por meio da mercantilização da contracepção por grandes indústrias farmacêuticas, planos de saúde privados, privilegiando métodos contraceptivos de estrito controle médico, como a pílula e a esterilização.

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha com a finalidade de implementar o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada do período entre a gravidez até o puerpério. A reflexão sobre essa temática é trazer a importância de se ter a garantia às mulheres o direito de ter um planejamento reprodutivo, o acompanhamento desde o pré-natal até o pós-parto e nascimento e desenvolvimento seguro das crianças.

Em 2013, foi criada a Política Nacional Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, objetivando eliminar o preconceito e a discriminação institucional, além de contribuir para a redução das desigualdades e promover a consolidação do SUS como um sistema universal, integral e equitativo. Em 2014, houve a criação da Política Nacional de Atenção às mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), com o objetivo de reformular as práticas do sistema prisional para garantir os direitos das mulheres.

Entretanto, o Ministério da Saúde anunciou a Portaria n.º 715 de 04 de abril de 2022, (BRASIL, 2022) que substituiu o programa da Rede Cegonha pela Rede Materna e Infantil (RAMI). De acordo com a Nota Conjunta CONASS/CONASEMS... (2022), o tema não foi debatido com as entidades interessadas, sendo uma decisão tomada unilateralmente, dando ênfase à atuação do médico obstetra e retirando de cena a exclusão do enfermeiro obstetra, de modo a diminuir a atuação dos médicos pediatras e sem atentar para as ações e serviços voltados às crianças.

Paralelamente às reivindicações e conquistas das mulheres de forma geral, no campo da prevenção da epidemia de HIV, também apareceram iniciativas, dado que a tendência a feminização com o número de casos por transmissão heterossexual aumentava e, conseqüentemente, aumentavam os casos de transmissão vertical. A princípio, o foco do Estado era a prevenção da transmissão vertical com a implementação de serviços de prevenção na

atenção primária do SUS. Assim, retorna-se à assistência focalizada, a qual percebia a mulher apenas no aspecto maternal, priorizando o recém-nascido e abandonando outras conexões existentes entre saúde reprodutiva e AIDS (BARBOSA, 2003, p. 349). Em 2007, foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e Outras DST, o qual atuou conjuntamente com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), no sentido de combater uma das principais causas de vulnerabilidade das mulheres ao HIV, as desigualdades de gênero. Nesse sentido, o plano buscou agir em três níveis de produção de vulnerabilidade: nas sociais reduzindo seu poder de negociação sexual, na institucional com qualidade do atendimento oferecido nos serviços de saúde e na individual com fortalecimento individual das mulheres (BRASIL, 2010a, p. 5).

Em 2020, o MS planejava revisar o Plano de enfrentamento do HIV entre mulheres, porém foi adiado devido à pandemia de Covid-19 e será retomado este ano de 2022. Segundo audiência na Câmara dos Deputados, a Coordenadora-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, Angélica Miranda, informou que a taxa de transmissão vertical do HIV no país reduziu próximo de zero, entretanto ainda existem desigualdades regionais que precisam ser compreendidas e pensadas em ações para o seu combate (MUGNATTO, 2022).

2.2 POLÍTICA DE SAÚDE E HIV NA HISTÓRIA BRASILEIRA

O Brasil, enquanto colônia, não fazia parte das preocupações relacionadas à área da saúde para Portugal. No contexto histórico da chegada da família real em 1808 no Rio de Janeiro, a cidade precisava passar por mudanças urbanísticas para atender as exigências da realeza. Todavia, mesmo na segunda metade do século XIX, a cidade ainda não havia passado por grandes transformações nesse sentido. As necessidades por mais profissionais reverteu na criação dos dois primeiros cursos de medicina, em 1808 na Bahia e no Rio de Janeiro, e as ações de saúde se concentraram na capital do país, no Rio de Janeiro, com foco no controle das epidemias a partir de medidas sanitárias, de inspeção sanitária e dos portos. No fim do século XIX até meados da década de 1920, observou-se o aumento do número de centros profissionalizantes na área da saúde e pesquisa (MAIA, 2010, p. 20).

O Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis localizado na Avenida Presidente Vargas, n.º 2863 no bairro da Cidade Nova no município do Rio de Janeiro/RJ, foi inaugurado em 1879 como hospital destinado a funcionar como um Asilo da Mendicidade, conhecido como uma hospedaria para mendigos.

O Asylo da Mendicidade nasceu como fruto das pressões por um lugar para abrigar os desvalidos. Entretanto, não era um simples asilo, mas um instrumento de intervenção médica na sociedade no final do século XIX. Aí está consumado mais do que o espírito humanitário de socorro aos pobres (SILVA JÚNIOR, 2000, p. 44).

No século XIX, o Rio de Janeiro apresentava-se como uma cidade desordenada, em que “as interpretações sobre a pobreza mudaram de sentido”, como mostrou Silva Junior, a ajuda aos pobres foi vendida como humanitária, mas, na verdade, era para esconder a pobreza. “De uma visão religiosa em que o pobre deveria ser ajudado, a leitura é de o pobre é socialmente perigoso [...]” (SILVA JÚNIOR, 2000, p. 38).

No final do século XIX, segundo Gonçalves (2013, p. 38), vários elementos contribuíram para o crescimento na cidade. Um dos elementos foi o fluxo imigratório de europeus para substituir a mão de obra escrava como forma “purificar” a raça pelo branqueamento. Outros elementos podem ser citados, como o fim da Guerra do Paraguai. Dessa forma, os escravos da guerra recebiam a libertação. Logo depois, vieram a Lei dos Sexagenários de 1885 e a Lei Áurea em 1888. A aglomeração se deu principalmente nas regiões próximas do centro do Rio de Janeiro, por questões de sobrevivência e transportes ainda precários e não acessíveis a essas pessoas pelo custo. A população da cidade do Rio de Janeiro “entre 1872 e 1890, se eleva em quase 90% [...]. Em consequência, os prédios antigos do centro da cidade se superlotaram, principalmente os mais precários, dando origem aos diversos cortiços da cidade. A abolição da escravatura reforçou sobremaneira esse processo.” (GONÇALVES, 2013, p. 38).

A construção do “asilo da mendicidade” e de outros locais para esconder a pobreza, principalmente com a retirada do centro da cidade, tornou-se comum na cidade, porém não era suficiente, já que o problema era estrutural de um contexto de formação brasileira colonialista, patrimonialista e escravista. Desse modo, cada vez mais cresciam as preocupações com as demandas sanitárias e urbanísticas.

A localização do asilo atendia ao “primeiro princípio do projeto de medicalização de um grande estabelecimento: estar afastado do centro da cidade, uma vez que tende a ser local infectado e infectante para si e para sua periferia [...]” (SILVA JÚNIOR, 2000, p. 46). Ao contrário, atualmente, com o crescimento da cidade em torno da construção da Avenida Presidente Vargas, a sua localização se tornou privilegiada, visto que ao entorno estão situadas grandes empresas e fácil acesso de transportes.

Segundo Silva Júnior (2000), seu livro visou apresentar a implementação e organização dos serviços de assistência social e saúde para o atendimento das populações urbanas. Tendo

como base as ações do Estado implementadas no HESFA no período de 1876 a 1990, percebe-se, em todos os períodos estudados pelo autor, que:

sobressai, em caráter transversal à história do HESFA, a questão da pobreza - objeto primeiro de intervenção e cuidado da instituição, permanente ao longo de sua trajetória, expressa inclusive na representação mítica do seu patrono, São Francisco de Assis. Constrói-se assim, no imaginário coletivo, como o “Hospital dos Pobres” (SILVA JÚNIOR, 2000, p. 22).

Apesar de não ter como comprovar a escolha do nome do asilo, de acordo com Aguinaga (1977), a influência pelo nome pode ter se dado pela influência do Barão de São Francisco, que foi presidente de duas comissões do asilo e seu grande benemérito. De acordo com Silva Júnior (2000), também associava a instituição ao mito cristão da pobreza, todavia não mais provido pela Igreja, e sim pelo Estado.

O discurso higienista colocava os cortiços como os grandes centros de epidemias e de atividades “moralmente” inadequadas. Essas políticas higienistas terminavam legitimando que os grupos perigosos vinham das camadas populares mais pobres e justificavam também medidas autoritárias que iam além dos limites da medicina. Até hoje nota-se o discurso da vinculação da pobreza com a violência, principalmente por meio das mídias sociais, nas quais há a culpabilização do sujeito sem perceber o contexto histórico brasileiro, assim, respondendo às demandas naquela época até os dias de hoje de forma fragmentada e focalizada.

Apesar da visão higienista, é importante destacar que, segundo Silva Júnior (2000), por meio da ciência médica, a assistência foi retirada das mãos da religião e passou a ser do Estado a responsabilidade de introduzir instrumentos para o enfrentamento da mendicância e da desordem.

As ações de saúde, a partir da década de 1920, passaram a apresentar e objetivar a ampliação para todo o país. Em 1923, a Lei Eloy Chaves foi responsável pela implementação das primeiras caixas de previdência, que inicialmente atendiam os ferroviários e depois a inclusão dos marítimos e estivadores. As Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) forneciam assistência médica para os trabalhadores daquelas categorias, e sua organização era realizada de acordo com cada órgão. Esse modelo foi substituído pelas Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquia com maior controle do Estado, e passou a ser vinculado com a categoria profissional e de caráter nacional (MAIA, 2010, p. 21).

Nesse sentido, o país vivia a chamada “cidadania regulada”, na qual se tinha uma assistência médica restrita àquelas pessoas que possuíam vínculo de trabalho com ocupações reconhecidas e definidas em lei, a cidadania passa a estar associada a uma profissão, e os direitos restritos apenas àqueles que ocupavam um lugar no trabalho formal, e ficavam de fora

aqueles com profissões não regulamentadas e os que nem profissão tinha ficavam aguardando o atendimento como desassistidos (SANTOS, 1979, p. 75).

No final da década de 1920, no contexto nacional, há a queda do governo e assunção de um poder centralizado em Getúlio Vargas. Nesse contexto, já se formava a ebulição de insatisfação dos trabalhadores devido às condições precárias de saúde, trabalho e moradia, que pressionavam o Estado a pensar em políticas sociais para amenizar as tensões. Nesse ínterim, a política de saúde foi dividida em Saúde Pública e Medicina Previdenciária. Em relação ao HESFA, de 1922 a 1945, funcionou como um dos grandes hospitais da Cidade do Rio de Janeiro. Nesse período, já tinha uma estrutura organizacional de grande porte e estava envolvido com a produção de conhecimento científico. Todavia, devido ao surgimento da medicina previdenciária, confrontavam-se dois interesses, um pela permanência ao atendimento dos desassistidos e outro pela procura de setores emergentes da sociedade urbano-industrial (SILVA JÚNIOR, 2000, p. 78).

A conjuntura nacional que se formou durante a ditadura militar para área da saúde trouxe expansão mercadológica da medicina e o interesse pelos setores emergentes. Nessa direção, no período chamado de milagre econômico, entre 1968 e 1973, a medicina se expandiu criando faculdades e hospitais particulares, com mais especialidades médicas e equipamentos de alto custo. Desse modo, o consultório médico foi engolido pelas concepções de hospital e de saúde mercadológica (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000, p. 39).

A medicina previdenciária foi unificada em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com a inclusão de certo modo parcial da massa de pobres ao sistema de proteção social e tornou possível a introdução dos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos. Passa a ser uma cobertura um pouco mais universalizada, porém debaixo do teto de uma conjuntura militar e repressora dos direitos sociais que cederá apenas o que lhe convier. Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, dando um norte para o atendimento coletivo e médico-assistencial. Para tentar conter a crise previdenciária e reorganizar os Sistemas, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000, p. 40).

Em 1978, com a inauguração do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho na Ilha do Fundão, o HESFA foi desativado. Os dados históricos mostram que, em 1939, o HESFA foi integrado ao patrimônio da União, depois, em 1945, cedido à Universidade do Brasil e, em 1983, foi tombado por meio do Processo n.º 978-T-78 e inscrito nos livros Histórico e de Belas Artes do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Nas suas instalações, passou a funcionar o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e a Criança

(CEPA/MC). O espaço foi alvo de muitas polêmicas, porque foi acusado de promover a esterilização de mulheres negras e pobres entre 1975 e 1994. Segundo Bhering (2014, p. 127), o CEPA chegou a realizar quase 25 mil esterilizações em mulheres num período de 14 anos, de acordo com fontes do próprio Centro. O CEPA foi fechado em 1994 depois de ser alvo de investigação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito em 1991/92.

O pesquisador ainda complementa que, para a época, a lógica difundida era de que, para um país prosperar economicamente, precisaria controlar a quantidade de pessoas, pois quanto mais populoso se tornava um país, os recursos deveriam ser divididos por mais pessoas e, assim, haveria um aumento da pobreza. Esse fato preocupou os países centrais, principalmente os Estados Unidos, promovendo mobilização e investimento para contenção das taxas de natalidade dos países periféricos. Ademais, o HESFA era localizado numa região de grande concentração de pobreza e prostituição, tornando-se um espaço para construção de um planejamento familiar a populações mais pobres. O resultado dos debates foi a criação da Lei de Planejamento Familiar em 1996 que não impediu o financiamento internacional na área, mas trouxe regras mais específicas para a execução das ações em Planejamento Familiar.

Em 1988, devido a grandes chuvas que provocaram estado de calamidade pública no Rio de Janeiro, o HESFA foi reativado para acolher os desabrigados. Nas duas décadas seguintes, com pressões do campo da assistência pública e acadêmica, além de parcerias com a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e outras unidades da UFRJ, constituíram elementos para marcar o perfil docente-assistencial da instituição. “A interdisciplinaridade foi um marco de referência para o desenvolvimento dos trabalhos no HESFA[...], ampliando a questão da saúde para outras áreas de conhecimento da universidade, e mesmo fora dela” (SILVA JÚNIOR, 2000, p. 102).

O estado de conservação da estrutura do HESFA ficou precário por muitos anos, porém, com a aprovação em 2006 do Plano Diretor UFRJ 2020, foram contempladas a restauração dos prédios e recuperação da cobertura e fachadas da instituição, com início em 2010. Apesar de a recuperação do HESFA ser lenta, já se observam mudanças nos aspectos que antes estavam deteriorados. Atualmente, as atividades hospitalares se concentram nas ações de atenção primária e secundária da saúde, com o objetivo de expandir os serviços de saúde de média complexidade para ampliar as possibilidades de ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Os caminhos do HESFA e da AIDS começaram a se cruzar no início da década de 1990, fazendo parte de uma construção de respostas para a luta contra a doença, mas antes é preciso compreender a história da AIDS no Brasil. Na década de 1980, os primeiros casos de AIDS começaram a surgir no Brasil. A doença ficou caracterizada como uma doença contagiosa

mortal e denominada como “peste gay” porque, inicialmente, foi vinculada às práticas homossexuais. Assim, a AIDS trouxe um afloramento de questionamentos morais, religiosos e preconceituosos que culminaram no crescimento do estigma e da discriminação (PARKER *et al.*, 1994).

Nos primeiros anos da década de 1980, a AIDS era considerada doença de rico com o acometimento de figuras públicas e relacionadas com “grupos de risco”: homossexuais, usuários/as de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Atualmente, devido às tendências à pauperização, à interiorização, à heterossexualização e à feminização, a AIDS passou a não estar mais restrita a esses grupos (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011). Santos e Ribeiro (2019, p. 3) acrescentam, ainda, a tendência à juvenilização da doença com predominância de casos em população jovem como causa da ausência de informações de prevenção entre os jovens e uso de drogas ilícitas com compartilhamento de equipamentos furocortantes. Ademais, complementam que a heterossexualização da doença desmistificou a causa da doença em determinados grupos, mas também trouxe a feminização, já que a presença de mulheres com HIV nessa categoria se tornou bastante expressiva. Com as políticas neoliberais que o país enfrenta que não são de agora, mas que cada vez mais são perversas, a tendência à pauperização é retrato dessa lógica de retirada de direitos, negação de serviços à população com maior vulnerabilidade social.

No final da década de 1980, o Brasil estava num contexto de redemocratização. É fundamental colocar a importância do surgimento de movimentos de luta contra a AIDS, conjuntamente com os movimentos progressistas que sustentaram a Reforma Sanitária, e de diversas organizações da sociedade civil que pressionaram o Estado para a construção de respostas e políticas públicas para o enfrentamento da epidemia.

Anteriormente à CF/88, o sistema público de saúde era prestado apenas a trabalhadores/as que possuíam vínculo de trabalho com carteira, cabendo aos demais cidadãos/cidadãs o atendimento em instituições filantrópicas. O fortalecimento dos movimentos sociais e a criação do SUS colocaram a saúde sob uma nova ótica, assumindo-a como direito de todo cidadão/cidadã, além de definir o Estado como seu provedor.

Dessa forma, antes de surgir uma política pública de saúde no contexto pós CF, o acesso aos tratamentos de saúde era muito difícil. No início da AIDS no Brasil, os/as usuários/as contavam apenas com respostas não governamentais frente à epidemia de HIV. Os primeiros atores sociais que se destacaram tanto nas respostas quanto na pressão política sobre o Estado para que se construíssem políticas públicas de combate à epidemia, foram os ativistas e as organizações da sociedade civil (PARKER, 2011).

As respostas iniciais à epidemia surgiram no âmbito das próprias comunidades afetadas e de grupos progressistas vinculados ao projeto de Reforma Sanitária, os quais tinham como “principal proposta a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇOS SOCIAL, 2010, p. 19), na direção de uma ampliação da concepção de saúde com destaque aos determinantes sociais.

Os movimentos sociais se apoiavam nos avanços constitucionais e nos princípios do SUS para implementarem suas ações no sentido de luta por acesso universal aos medicamentos, às políticas de integralidade de tratamento e fortalecimento da participação e ao controle social (DUARTE; LEÃO, 2019).

As mobilizações da sociedade civil levaram à formação das primeiras organizações não governamentais. Em 1985, foi instituído o primeiro órgão não governamental, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), oferecendo o primeiro serviço de assessoria jurídica em prol do acesso ao tratamento a pessoas com HIV.

Em 1986, a AIDS passou a ser uma doença de notificação compulsória por meio da Portaria Ministerial nº. 542 (BRASIL, 1986). Em 1987, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e, em 1989, o Grupo Pela Vidda (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) foram criados. A primeira tem o objetivo de ser um observatório crítico dos determinantes sociais, assim como das respostas políticas, e a segunda, para a construção de estratégias coletivas ancoradas na solidariedade.

Os movimentos sociais dessas populações representativas, mobilizados em torno da identidade do movimento gay, de prostitutas, de pessoas trans, além dos próprios movimentos de pessoas com HIV, foram fundamentais no sentido de atrair, aproximar e melhorar a relação entre comunidade e pesquisa (TERTO JÚNIOR, 2021).

Desse modo, os movimentos sociais se tornaram instrumentos fundamentais de força política para cobrar responsabilidades do Estado e disseminar informações importantes sobre a doença.

Na década de 1990, houve grandes debates para construção e ampliação do acesso ao tratamento. O conceito de *vulnerabilidade* surgiu no âmbito da epidemiologia, trazendo a interseccionalidade para o campo de estudos em oposição ao conceito de “risco comportamental”. Nesse sentido, Parker (2001, p. 103) sustenta que essa foi a mudança mais importante no modo de refletir sobre o HIV, “deslocando-nos de uma noção do risco individual para uma nova percepção da dinâmica da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de diminuir seu avanço”, concebendo, assim, uma intervenção cada vez mais como um processo

coletivo e dialético, não apenas na orientação de forma individual, mas também numa perspectiva de transformação social.

Em 1994, o rumo da história do tratamento de HIV começa a se alterar, pois o Ministério da Saúde propôs a implantação de Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV. Segundo Schilkowsky (2008, p. 38), o primeiro contato do HESFA com a doença foi um pouco antes, no início da década de 1990, a princípio, estranho ao contexto da assistência prestada pelo Instituto. O MS propôs que se instalasse um “Centro de Orientação e Apoio Sorológico”, denominação dada na época aos atuais “Centros de Testagem e Aconselhamento” (CTA). Os encaminhamentos para outros lugares eram realizados, porém os/as usuários/as começaram a demandar que o atendimento fosse continuado no próprio Instituto, devido ao atendimento de qualidade que ali era prestado.

A localização geográfica do HESFA contribuiu para a facilidade do acesso dos/as usuários/as ao atendimento, já que o perfil demográfico é amplo, abrangendo usuário/as residentes tanto no município do Rio de Janeiro, como em outros municípios, estados e até estrangeiros residentes no país. No entorno do HESFA, devido ao incentivo do poder público pelo crescimento da região, houve a predominância de tomada dos imóveis para uso institucional e de serviço, como a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Arquivo Geral da Cidade, Empresa de Correios e Telégrafos (ECT), Companhia de Água (CEDAE), estação Praça Onze do Metrô, Sede da Prefeitura do Rio de Janeiro e alguns imóveis residenciais.

Assim, por demandas vindas do CTA, surgiu a necessidade de se pensar numa outra estratégia para dar continuidade a esse segmento. Em 1995, foi criado o Programa de Assistência Integral ao Portador do HIV (PAIPHA), constituído por uma equipe multidisciplinar do Instituto seguindo as prerrogativas do PN-DST/AIDS. Esse programa se baseava na implementação de três setores que somado ao CTA visavam à assistência integral dos/as usuários/as e família: o SAE com o atendimento ambulatorial dos/as usuários/as, O Hospital-Dia (HD) e o serviço de Assistência Domiciliar Terapêutico (ADT).

A partir de 1997, o HESFA e o tratamento de AIDS se encontram, pois é implementado o SAE, dentro dessa estrutura, no HESFA, tornando o Instituto como um dos protagonistas no tratamento da doença. A mudança de orientação do modelo de tratamento do HIV afirmava a necessidade de atendimento especial como parte de uma estratégia para o enfrentamento da epidemia. O objetivo do serviço era fornecer um acompanhamento ambulatorial do/a usuário/a durante todo o seu tratamento com equipes de médicos/as infectologistas, enfermeiros/as, assistentes sociais, psicólogos/as, farmacêuticos/as e nutricionistas (SILVA, 2007, p. 158).

No caminho desses desafios e movimentos, também no final da década de 1990, o governo aprovou a Lei n.º 9.313 (BRASIL, 1996b), que garantiu a distribuição gratuita, pelo SUS, de medicamentos para pessoas que vivem com HIV.

Em 1999, foi instituída a Lei Política Nacional de DST/AIDS. O documento sistematiza as diretrizes e os objetivos, tendo como marco os princípios do SUS que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS. Os objetivos das ações são estes: redução de incidência por meio da prevenção, ampliação do acesso ao diagnóstico, tratamento, assistência e fortalecimento das instituições públicas e articulação com organizações não governamentais, numa perspectiva crítica da política pública de saúde.

A partir de 2005, a biomedicalização¹ ganha força com o entendimento de que o foco principal de enfrentar a epidemia é por meio do acesso aos medicamentos. A (re)biomedicalização² surgiu trazendo a sensação de nova esperança de respostas biomédicas como estratégias perante a epidemia HIV. Essa concepção de tratamento aparece como resposta da ampliação do acesso aos medicamentos antirretrovirais e mostra a dificuldade de se solucionar os problemas estruturais como pobreza, questão de gênero e saúde (LEITE; TERTO JÚNIOR; PARKER, 2018).

O conceito de “prevenção combinada” foi introduzido como resposta agregadora de elementos comportamentais, estruturais e biomédicos, como uma saída não apenas biomédica, mas também com a intenção de incluir outras dimensões (LEITE; TERTO JÚNIOR; PARKER, 2018).

Mattos, Terto Júnior e Parker (2001, p. 7) apontam que o MS recebeu recursos por meio de empréstimos do Banco Mundial, apesar de existirem divergências entre as propostas do Banco e os caminhos traçados para a política de saúde no Brasil. Dentre as divergências, estava a questão da distribuição gratuita de medicamentos, a qual não era uma política defendida pelo Banco e muito menos o acesso universal à saúde. Apesar dos conflitos, os empréstimos entre o Banco e o Brasil se concretizaram.

As organizações não governamentais receberam aportes financeiros para o combate à AIDS. Entretanto, esse financiamento externo era direcionado para prevenção e controle da

¹ O conceito de biomedicalização é trazido por Adele Clarke *et al* (2003; 2010, p. 47) apud Santos (2013, p. 110) como sendo um processo cada vez mais complexo e técnico-científico de medicalização. O prefixo –bio- se refere às alterações da vida humana e não-humana, ocasionadas por essas inovações tecnológicas.

² O conceito de biomedicalização é explicado por Parker (2016, pg. 5) como sendo a ênfase nos medicamentos como forma principal de enfrentar a epidemia. A (re)biomedicalização surge em meados de 2010, a partir do sucesso de ampliação dos antirretrovirais e a dificuldade de colocar as respostas de acordo com as três dimensões: comportamental, biomédica e estrutural)

AIDS, abordando quais seriam as políticas públicas mais adequadas, e pouco se interessava por ações de Assistência às pessoas vivendo com HIV.

A crise mundial de 2008 trouxe uma enorme mudança no setor de financiamento das organizações não governamentais, reduzindo consideravelmente os recursos direcionados ao combate à doença. A partir dos anos de 2010, com o surgimento da ideia do “fim da AIDS”, alguns questionamentos foram feitos, dentre eles se todos terão acesso aos medicamentos de última geração com menos efeitos colaterais.

Em relação ao Brasil, mais especificamente ao SAE, a partir de 2010, houve uma queda acentuada nos atendimentos do setor, já que passou a não receber mais usuários/as externos, fechando as portas para novos atendimentos. Esse cenário foi parte do processo de descentralização da Política de Saúde no município do Rio de Janeiro, que transferiu o acompanhamento clínico para atenção básica de saúde. O SUS é organizado operacionalmente por meio dos princípios de uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de participação e controle social. Assim, a partir de 2013, novas diretrizes e recomendações designaram para Atenção Primária de Saúde a função de acompanhamento de pessoas vivendo com HIV, até então realizadas pelos serviços especializados (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Em particular a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, publicou a Nota Técnica n.º 4 recomendando que as pessoas que vivem com HIV possam decidir em qual unidade de Atenção Primária realizarão seu tratamento tanto em relação a sua sorologia quanto às demais patologias. Com isso, o encaminhamento pode ser realizado para outra unidade de atenção básica do município do Rio de Janeiro.

Organizações, como a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV), debateram em torno da meta para o “fim da AIDS” até 2020 com o plano de “90-90-90”, na qual 90% das pessoas vivendo com HIV conhecem o seu estado sorológico, 90% destas pessoas com HIV recebem terapia antirretroviral e 90% das que estão em tratamento teriam supressão viral até 2020, meta que não foi cumprida.

A crise sanitária provocada pelo novo coronavírus trouxe queda na testagem de HIV e diminuição do controle da doença. A OPAS/OMS e a UNAIDS se posicionaram a respeito, afirmando que, apesar do momento de pandemia de Covid-19, é preciso realizar mais ações para alcançar a meta de eliminação da HIV até 2030. Para tanto, há a necessidade de se combater as desigualdades econômicas, sociais, culturais e jurídicas que impulsionam a AIDS e outras pandemias (OPAS/OMS..., 2021).

A epidemia de Aids tem sido caracterizada pela tendência devastadora de afetar aqueles que já estão excluídos pela sociedade: pobres, minorias étnicas e raciais, usuários de drogas injetáveis, gays, bissexuais e outros HSH, profissionais do sexo e mulheres (GAVIGAN *et al.*, 2015, p. 15).

Dessa forma, mesmo atualmente, não é simples enfrentar a epidemia de AIDS. Em 2016, o Brasil enfrentou medidas devastadoras, como a aprovação da Emenda Constitucional 95, que limitou as despesas públicas à inflação do ano anterior por pelo menos 20 anos, causando um grande impacto de desfinanciamento das políticas de saúde.

O Decreto n.º 9.795, de 17 de maio de 2019 (BRASIL, 2019), modificou a estrutura do MS, e o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais passou a ser chamado de “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”. Dessa maneira, configura-se uma maior invisibilidade da temática da epidemia de HIV.

2.3 O ENFRENTAMENTO DO HIV NA CENA CONTEMPORÂNEA E CONDIÇÃO FEMININA

Passados 40 anos, as pesquisas científicas permitiram a projeção de avançados medicamentos antirretrovirais para combater o vírus do HIV, inclusive novas ferramentas de prevenção foram sendo adotadas, além da barreira física do uso de preservativos, essencial não só para o HIV como também para outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Entretanto, a morte pelo vírus do HIV ainda é uma realidade, com um total de casos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) de 10.417 óbitos em 2020 no Brasil e de 32.701 novos registros de diagnóstico de HIV. Apesar desses avanços tecnológicos, principalmente aquelas que fazem uso de antirretrovirais, como a PreP³ e PEP⁴, há um contexto de restrições de direitos de forma generalizada, particularmente na promoção do direito à saúde.

De acordo com Monteiro *et al.* (2019, p. 1796), com o lançamento do plano pela UNAIDS, o intuito é eliminar mundialmente a AIDS até o ano de 2030 com o cumprimento da meta concebida como “90-90-90”. A principal ferramenta para se chegar a esses números foi a

³Segundo o MS, a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) que são utilizados antes da exposição para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV.

⁴Segundo o MS, a PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV) é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: violência sexual, relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha) e acidente ocupacional (com instrumento perfurocortantes ou contato direto com material biológico).

elaboração da estratégia “Tratamento como Prevenção (TcP)”. Não que antes já não fossem existentes, porém a testagem era concebida com um viés de direito da pessoa em conhecer sua sorologia, sendo o aconselhamento vinculada à testagem, oportunizando a ampliação de informação e estimulando as práticas de prevenção.

O TcP, introduzido em 2013 pela aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para manejo da infecção por HIV em adultos, possibilitou maior enfoque em testar e tratar, ou seja, o objetivo era testar o maior número de pessoas possíveis para que tenha um diagnóstico o mais precoce possível e o tratamento inicie o mais rápido possível, diminuindo as chances de se ter o vírus circulando. Nesse aspecto, as estratégias de ampliação do número testagem e dos locais de disponibilização do serviço para além dos serviços de saúde eram de suma importância. Nesse aspecto, o TcP traz uma abordagem sanitária de normalização da testagem, perdendo o seu caráter de excepcionalidade no plano social e de poder associar o momento do teste com a ampliação da informação sobre os riscos e a adoção de práticas de proteção. Assim, as mudanças na testagem trazem uma lógica biomédica e, até mesmo, mercantilizada da prevenção com a venda de autotestes, não contemplando os reais fatores responsáveis pela vulnerabilidade ao HIV.

A aberração do autoteste também se tornou uma realidade, que consiste no processo em que a própria pessoa coleta a sua amostra (fluido oral ou sangue), e após a realização do exame, o resultado reagente ou não reagente será conferido pela própria pessoa. Segundo a orientação do MS, ao resultado reagente, a pessoa deve procurar um serviço de saúde para realizar outros exames. Os números no painel do autoteste do MS são referentes aos distribuídos entre 2018 e 2022, com um total de 483.168 autotestes distribuídos. Com relação à distribuição por população, gays e outros HSH, é de 49,9%, mulheres cis 28,0%, homem cis 16,1%, mulheres trans 3,2%, homens trans 0,9%, em branco 0,7%, outros 0,7%. Na relação por faixa etária, menos de 18 anos é de 2%, 18 a 24 anos 21%, 25 a 29 anos 21%, 30 a 49 anos 47% e 50 anos ou mais, 9%. Em relação à raça/cor, branca/amarela é de 49%, negra 50% e indígena 0,82%

A partir do momento em que se disponibiliza a venda de autotestes em farmácias, dois aspectos podem ser destacados. Um aspecto é que, ao mesmo tempo, permite ampliar o número de pessoas testadas também se abre para a ideologia da mercantilização dos serviços que ainda são oferecidos de forma gratuita pelo SUS. Outro aspecto é que, por mais que se tenha a obrigatoriedade do papel do farmacêutico presente em todo horário de funcionamento do estabelecimento e sua devida orientação, pode ser não solicitado por constrangimento da pessoa. Além de não ter o apoio após o resultado do exame, a pessoa realizará o teste sozinha ou acompanhada de uma pessoa de sua confiança, mas não terá um acolhimento profissional no

momento de receber o resultado do teste, caindo no risco de a pessoa não ir procurar uma unidade de saúde devido ao medo de ser discriminado e insegurança. Apesar de se ter a vantagem de um acesso ampliado ao diagnóstico e de certa forma facilidade em realizar novos testes, há a preocupação com manuseio inadequado do produto e a produção de resultados falso-positivos.

A PEP (Profilaxia Pós-Exposição) foi uma das estratégias adotadas pelo MS em 2004 quando recomendou o uso de quimioprofilaxia com ARV aos profissionais de saúde que sofreram acidentes ocupacionais com alto risco de infecção pelo HIV. Em 2010, a PEP passou a ser adotada como estratégia complementar de redução de transmissibilidade do HIV, não só na área da saúde como também na população de maior risco de infecção. Em 2015, a Portaria MS-SCTIE n.º 34 estabeleceu o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de PEP no âmbito do SUS, contribuindo para a simplificação das recomendações clínicas e reorganização da rede de serviços do SUS com o objetivo de ampliação da dispensação da PEP.

O painel de monitoramento da PEP do MS mostra que, em 2015, foram realizadas 52.053 dispensações e, em 2021, chegou a 148.676 dispensações. A comparação das dispensações de PEP, por tipo de exposição no ano de 2015 e 2021, mostra o aumento do acesso à profilaxia pelo grupo de exposição sexual consentida. A exposição por acidente ocupacional foi de 37% para 28%; violência sexual de 14% para 4% e exposição sexual consentida de 45% para 68%. Entretanto, há uma diminuição acentuada do grupo de violência sexual, nesse ponto pode-se questionar se o acesso está sendo dificultado, como da mesma forma que há dificuldade de acesso ao direito ao aborto após uma violência de estupro.

Em relação à população com acesso à profilaxia PEP, os dados do Painel de monitoramento do MS apresentados são referentes apenas às dispensações de 2018 a maio de 2022. Comparando os anos de 2018 e 2021 (respectivamente), 25,4% e 34,4% para gays e outros HSH, 33,3% e 26,8% para homem cis, 1,1% e 1,2% para homens trans, 38,3% e 35% para mulher cis, 1,6% e 2,4% para mulher trans e 0,3% e 0,2% para travestis e 3% e 4% para trabalhadores/as do sexo. Percebe-se pelos números que o acesso a esse serviço ainda é muito baixo para o público de homens e mulheres trans e travestis. Segundo Benevides (2018, p. 92), existe uma invisibilidade e ausência de respostas efetivas à garantia do direito à saúde da população trans. Ainda que pequeno, o público que ainda tem maior acesso ao serviço são as mulheres cis.

Segundo Kauss (2018, p. 76), alguns aspectos são trazidos quando o assunto é PEP. O desconhecimento do Protocolo do PEP pode levar a banalização do seu uso, a criação da imagem de um sujeito reincidente culpabilizado pela sua situação, falta de qualificação

profissional e de redução de funcionários e sobrecarga de trabalho, a PrEP passa a não ser uma emergência médica e, assim, não se constitui como um direito. Logo, percebe-se que, por mais que se tenha a elaboração de processos técnicos, não se pode deixar de refletir sobre os atravessamentos de conflitos, percepções e valores daqueles que trabalham com a política.

De acordo com o MS, a PrEP foi ofertada a partir de 2017 e colocou como os públicos prioritários os chamados de “populações-chave”, nada mais reeditado que a ideia de “grupo de risco” da década de 1980. Nesse grupo classificatório do MS, estão aqueles que apresentam maior risco de infecção, como gays, homens que fazem sexo com outros homens, pessoas trans, trabalhadores/as do sexo e casais sorodiscordantes.

De acordo com o Painel de Monitoramento do MS, desde 2018 até 2022, já foram atendidas 280.500 dispensações PrEP. Com relação aos/as usuários/as por população atendidos, até hoje, estão gays e outros HSH com 84,3%, mulheres cis 6,5%, homens hetero cis 4,9%, mulheres trans 3,3%, travestis 0,3% e não binários 0,2%. Em relação aos/as usuários/as raça/cor: branca/amarela 56,95%, negra 42,67% e indígena 0,38%. Segundo Pimenta (2022, p. 2), a PrEP traz ampliação no atendimento da prevenção ao HIV, para homens gays e outros HSH, mas ainda é insuficiente para mulheres trans e travestis, que são historicamente discriminadas e, como consequência disso, têm menos acesso à saúde. É uma ferramenta de prevenção, mas que não pode ser resumida só numa resposta medicamentosa. A disponibilidade do serviço ainda é insuficiente levando em consideração que o serviço é ofertado mais em grandes cidades. A ampliação da PrEP cai nas questões de subfinanciamento e insuficiência de recursos humanos capacitados.

Ao observarmos o painel da PrEP, no período de 2018 a 2022 com relação às mulheres, podemos realizar um recorte com relação a raça/cor: mulheres cis branca, 19% dos/as usuários/as relataram trocar sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços, enquanto mulheres cis negra, o percentual sobe para 25%. Já quanto a usuários/as que relataram terem usado álcool ou outras drogas nos últimos 3 meses, foi de 28% para mulheres cis branca e 32% para mulheres cis negra. Em relação a escolaridade e quesito raça/cor, são recortadas por anos de escolaridade: de 0 a 3 anos não computado, de 4 a 7 anos com 4%, de 8 a 11 anos com 24% e 12 anos ou mais de escolaridade com 72%.

Ao se analisar os dados, percebe-se que ainda se apresentam barreiras que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde, principalmente àquelas historicamente vulneráveis, como HSH, mulheres trans e travestis. A partir dos dados estatísticos, percebe-se que a população de mulheres negras são as mais afetadas com relação às questões sociais. Como será discutido adiante, a população negra sofre mais os reatamentos das expressões da questão

social. Além disso, pode-se observar que quanto mais anos de escolaridade, maior será o acesso à informação e maiores serão as chances de se inserir no acesso aos serviços de saúde.

3 RELAÇÕES ENTRE SOROPOSITIVIDADE PARA HIV E CONDIÇÃO FEMININA

3.1 OS DESAFIOS DE VIVER COM HIV E MANTER A SAÚDE: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Quando pensamos em saúde, ou melhor, a sua promoção e manutenção, começamos a refletir sobre alguns conceitos que fazem parte do dia a dia, como qualidade de vida, bem-estar e estilo de vida saudável. O próprio conceito de saúde vai muito além do que a ausência de doença. De acordo com a OMS, saúde significa “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou de enfermidade, possuindo muitas dimensões (anatômica, fisiológica e mental) e é amplamente definida culturalmente” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p. 28).

A princípio, pode-se destacar a naturalização que temos do conceito de “estilo de vida saudável”, fazendo parte do nosso dia a dia essa denominação, de acordo com a OMS definido como

o conjunto de hábitos e costumes que é influenciado, modificado, incentivado ou limitado pelo processo de socialização ao longo da vida. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias, como álcool, tabaco, chá ou café; hábitos dietéticos; e exercício. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p. 37).

Todavia, este conceito não representa a realidade, mas sim “uma perspectiva liberal de compreensão do processo saúde-doença acabando por esvaziar o conteúdo social do processo, atribuindo a preferências individuais.” (BARATA, 2009, p. 15).

Para discutir os desafios de se viver com HIV, notadamente daquelas que vivem há pelo menos 20 anos com o vírus e estão entrando numa nova fase da vida, que é o envelhecimento, foi fundamental compreender e se apropriar de alguns caminhos para nos aproximarmos dos desafios e estratégias utilizadas pelas PESSOAS VIVENDO COM HIV para enfrentar o vírus e suas consequências sociais, tendo como pano de fundo a renovação e a reprodução de velhos preconceitos.

A mudança no perfil epidemiológico da AIDS e os desafios de enfrentar a necessidade de se pensar novas possibilidades, abriram caminhos para que as pessoas vivendo com HIV pudessem ter mais qualidade de vida, mas esta conquista não tem sido de todas elas.

Sabe-se que, no Brasil, com sua vasta territorialidade com grandes diversidades regionais e culturais, há muitos contrastes e desigualdades, que dificultam o alcance da melhoria da qualidade de vida da população.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 9), a discussão da relação entre saúde e qualidade de vida, que tem como meio central o conceito de promoção da saúde, já existia desde os séculos XVIII e XIX, com apropriação predominantemente da área biomédica, mais especificamente com o surgimento da medicina social e o interesse pelos estudos que pudessem dar base para políticas públicas. Por ser um termo de muitos sentidos e dinâmico, o estudo sobre qualidade de vida percorre muitos caminhos em diversas áreas ao longo dos anos, contribuindo para o desenvolvimento de muitos indicadores que permitem dar suporte para construção de políticas públicas.

Conforme tratado por Buss (2000, p. 164), qualidade de vida e saúde são conceitos que, muitas vezes, são confundidos como sinônimos, porém a saúde está embutida dentro de um complexo com outros aspectos que juntos contribuem para uma boa qualidade de vida. O autor enfatiza que não se trata apenas do acesso a serviços médicos-assistenciais, mas também de ampliar as estratégias de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde por meio de políticas públicas efetivas, da articulação intersetorial do Estado e da mobilização da população.

Segundo Kluthcovsky e Takayanagui (2007, p. 2), para alguns pesquisadores, o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez num livro sobre economia e bem-estar escrito por Pigou em 1920, no qual o autor descrevia os recursos do Estado e os seus impactos na vida das pessoas de classes sociais menos favorecidas. Outros autores abordam que a expressão foi utilizada em 1954 pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao declarar que “os objetivos de uma nação não podem ser medidos através do balanço dos Bancos, e sim através da qualidade de vida que deve ser proporcionada às pessoas”.

Diferentes perspectivas foram sendo construídas sobre o tema. Uma das áreas em que mais se desenvolveu e se disseminou o conceito foi a medicina. De acordo com a OMS, qualidade de vida é compreendida como

o produto da interação entre o social, a saúde, o econômico e as condições ambientais que afetam o desenvolvimento humano e social. É um conceito amplo, incorporando a saúde física de uma pessoa, estado, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com as características marcantes do ambiente. À medida que as pessoas envelhecem, sua qualidade de vida é em grande parte determinada por sua capacidade de acessar os recursos necessários e manter autonomia e independência. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p. 48)

Uma visão mais ampla em relação a essa temática foi a trazida por Minayo, Hartz e Buss (2000, p.15), em que “a qualidade de vida se ampara nas necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco relevante”. Nela, a qualidade de vida deixou de ser associada apenas aos recursos materiais, à saúde e ao crescimento da expectativa de vida e passou a ser concebida também como um resultado mais

abrangente incluindo um conjunto de aspectos, como realização pessoal, felicidade, relacionamentos amorosos e familiares, acesso ao lazer, à cultura e ao bem-estar. Logo, aspectos objetivos e subjetivos são encontrados em estudos sobre o termo.

Minayo (2013, p. 1.868) aponta a qualidade de vida como sendo um termo do ponto de vista subjetivo que se refere aos relacionamentos dos sujeitos com a sociedade, a família e ao ambiente. A análise objetiva está baseada em aspectos da satisfação das necessidades básicas conforme o grau de desenvolvimento econômico e social de uma determinada sociedade. Ademais, do ponto de vista sociológico, a expressão traz em si as mudanças que ocorrem na sociedade, apontando em cada momento histórico como a comunidade se mobilizando por meio da defesa de políticas públicas que considerem importantes para o desenvolvimento humano, a partir de indicadores sociais como principal caminho para uma abordagem socioeconômica.

Segundo Buss *et al.* (2020, p. 4731), o campo de estudos da promoção da saúde tem representado uma estratégia promissora para o enfrentamento dos problemas de saúde, partindo do conceito mais amplo de saúde e de seus determinantes sociais, destacando um conjunto de valores associados ao termo: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, dentre outros.

Ainda para o mesmo autor, o marco para o surgimento do termo promoção da saúde foi a divulgação da Carta de Ottawa em novembro de 1986, resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada na cidade de Ottawa no Canadá. A referida Carta desenvolve uma perspectiva de que a responsabilidade das ações de saúde é de todos, como combinação do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, ressaltando que a promoção da saúde é um processo que passa pelo desenvolvimento da comunidade para atuar de forma participativa na construção do processo de melhoria da sua qualidade de vida e saúde (BUSS *et al.*, 2020, p. 4.725).

De acordo com o documento “As cartas da promoção da saúde”⁵ do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 10), na década de 1980, os debates sobre o tema apontaram a direção de uma nova concepção de promoção de saúde que percorreu inicialmente, o Canadá, com uma visão da saúde individual, com culpabilização do sujeito pelas suas enfermidades até o surgimento na Inglaterra de uma abordagem que incluía aspectos sociais.

Dentro dessa discussão, a América Latina já apontava para a necessidade de uma abordagem social, porém o que se debatia por aqui não era de grande divulgação nos países

⁵ Documento elaborado em 2002 pelo Ministério da Saúde reunindo os documentos de referência de diversos países sobre o processo de discussão dos assuntos relevantes no contexto da Promoção da Saúde, contribuindo como ferramenta para pesquisadores interessados no tema (BRASIL, 2002, p. 5).

centrais. Assim, a partir da Primeira Conferência de Ottawa, outras conferências foram realizadas e cada vez mais ampliavam-se os estudos sobre a promoção da saúde, possibilitando o desenvolvimento de estratégias para a ampliação da qualidade de vida.

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por importantes acontecimentos, como o movimento de redemocratização e o início do processo de construção de uma nova Constituição, possibilitando o debate e participação ativa do movimento sanitário. Como resultado da luta coletiva, não só a promoção da saúde, mas também a sua proteção e recuperação vieram descritas na Constituição de 1988.

Depois vieram a regulamentação do SUS com a Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990a) trazendo no seu artigo 3º que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes”.

Em 2006, houve a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde atualizada em 2014, trazendo como objetivo geral a promoção da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades à saúde relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde (DSSs) – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais:

Na América Latina a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo feita principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença. A posição de classe e a reprodução social passam a ser vistos como os principais determinantes do perfil da saúde e doença. (BARATA, 2009, p. 18)

Todos os aspectos citados para a promoção e qualidade de vida nos fazem refletir sobre como as PESSOAS VIVENDO COM HIV se posicionam perante os grandes desafios de se viver com um vírus potencialmente mortal, partindo desses diversos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que influenciam e são influenciados pela condição de soropositividade.

O caminho percorrido até aqui mostra o quanto o debate crítico é importante para o desenvolvimento do tema e para a abertura de possibilidades para o surgimento de novas concepções, contribuindo com diversas vertentes para a qualidade de vida e a promoção da saúde.

As pesquisas realizadas buscam a compreensão e o aprofundamento necessário para se iniciar um debate sobre os desafios de se viver com HIV, porém não se pode afastar que todas as concepções construídas pelos pesquisadores – não desmerecendo os conceitos, análises e indicadores construídos até hoje – são resultados históricos e valorativos construídos de acordo com as necessidades de cada sociedade, e, principalmente, muitas vezes os parâmetros

utilizados para a qualidade de vida são definidos e influenciados pelas camadas sociais mais altas. Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 9) atenta para esse debate

O relativismo cultural, no entanto, não nos impede de perceber que um modelo hegemônico está a um passo de adquirir significado planetário, é preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por um certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas.

Como apontam Buss *et al.* (2020) e Minayo, Hartz e Buss (2000), é importante compreender a construção da qualidade de vida de forma mais ampla, como os autores buscam trazer que a qualidade de vida é influenciada por determinantes sociais, afastando-nos, assim, de individualizar e culpabilizar as pessoas pela sua situação.

Trazer reflexões acerca das concepções de qualidade de vida e promoção da saúde, encontrados em pesquisas sobre HIV e descritores comumente utilizados na área biomédica, possibilita compreender a importância de se aprofundar criticamente para ampliar os horizontes da pesquisa, saindo do pensamento micro para mostrar um caminho de forma macrossocial do quanto a saúde é influenciada pelo contexto social, sendo resultado de desigualdades e vulnerabilidades sociais. Como observado, a epidemia sai de um contexto individualizante e de grupo de risco e passa mudanças, as quais passam a ser demandadas pela sociedade em busca de respostas muito mais amplas para epidemia de AIDS. Com isso, tornou-se necessário um debate maior sobre o conceito de vulnerabilidade, o qual foi elaborado por Jonathan Mann e outros pesquisadores em 1993. De acordo com o documento de “Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres” (BRASIL, 2003b), o conceito de vulnerabilidade estabeleceu uma base de conexão com a epidemia de HIV, propondo a instituir TRE dimensões: dimensão individual, social e programática.

A vulnerabilidade individual está relacionada ao indivíduo, como comportamentos e atributos pessoais, porém não se pode esquecer que esse sujeito está imerso num conjunto de relações sociais. A vulnerabilidade social se compõe por condicionantes estruturais que atravessam a vida do indivíduo, interferindo no modo como ele será acometido pela doença, por exemplos, condições de moradia, escolaridade, trabalho, religião entre outros. Por último, a dimensão programática já se instituiu a partir da análise das políticas públicas voltadas em responder às necessidades dos indivíduos, direta ou indiretamente, no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2003, p. 26).

Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) afirmam que existem diversas concepções acerca da temática dos DSS. Uma delas é a proposta pela Comissão Nacional sobre Determinantes

Sociais da Saúde (CNDSS)⁶, que define DSS como sendo “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à população”.

Assim, os DSS influenciam quanto ao grau de vulnerabilidade da incidência de casos de HIV, já que a pobreza, o nível de escolaridade e os fatores étnicos/raciais são aspectos que tornam as pessoas mais vulneráveis a diversas doenças. Conforme o Boletim epidemiológico 2021, no período de 2007 a junho de 2021, os casos de HIV com relação à raça/cor foram de 51,7% em negros e 39,4% em brancos. Quanto aos casos com escolaridade declarada, 21,5% do total apresentava ensino médio completo, seguido de 11,7% de casos com escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta.

O estado de saúde e o uso de serviços de saúde varia com o nível de escolaridade. Destaca-se que entre os adultos com menos de oito anos de escolaridade (ensino fundamental incompleto) apenas 41% possuem boa saúde, e esse percentual chega a subir para 72,1% com ensino médio completo. No acesso aos serviços de prevenção, a escolaridade e a ocupação exercem papel marcante, provavelmente devido às características culturais e ao nível de acesso à informação, ou seja, as pessoas com nove anos ou mais de escolaridade acessaram 1,2 vezes mais os serviços de saúde que as pessoas analfabetas (BARATA, 2009, p. 32):

A posição social dos indivíduos e grupos sociais, medida por indicadores de classe social, variáveis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou a partir das condições de vida em determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações, atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade e sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde. (BARATA, 2009, p. 39).

O país possui um dos piores índices de desigualdade social do mundo, acarretando diversos aspectos de vulnerabilidade social, como a pobreza, a violência, racismo, moradias insalubres, homofobia, machismo, dificuldade em acessar diversos serviços de saúde, oportunidade desiguais de trabalho e maior probabilidade de acometimento de doenças.

A pandemia de Covid-19 e as decisões governamentais relacionadas a ela aumentaram exponencialmente a desigualdade social brasileiro, trazendo o índice de Gini⁷ para 0,642 em 2020. Atualmente, existe um debate sobre a dimensão dos Determinantes Comerciais da Saúde.

⁶ A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada em 2006 por Decreto Presidencial com os objetivos de gerar informações e conhecimentos sobre os DSS no Brasil; contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde; e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema.

⁷ O Índice de Gini é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um. O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda riqueza (IPEA, 2014).

Com o desafio de se cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁸, os países precisam criar estratégias para promover a saúde e reduzir as desigualdades sociais.

Segundo o documento do Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde⁹ (OPAS, 2020, p. 13), o termo se refere aos aspectos comportamentais e às escolhas individuais relacionados ao consumo que podem trazer prejuízos à saúde. A influência de consumo é proveniente do tipo de comunicação ou mídia em que as pessoas vivem, levando à disponibilidade, muitas vezes, de produtos não saudáveis e a preços acessíveis.

No Relatório da Reunião OPAS/OMS Brasil¹⁰ (2018, p. 36), Buss já apontava que os determinantes comerciais são uma dimensão dos DSS, visto que existem estratificações sociais, nas quais as pessoas que ocupam uma posição mais baixa ficam mais vulneráveis aos determinantes comerciais, pois não possuem possibilidades de escolhas por produtos mais saudáveis.

Ademais, as dificuldades são encontradas por países que tentam avançar em respostas que coloquem a saúde como questão central, devido à força que o setor industrial tem sobre as políticas públicas, com objetivo de impulsionar o consumo por produtos prejudiciais à saúde (e lucrativos para as empresas) e de gerar desequilíbrios ambientais.

Vale uma reflexão sobre os DCS em relação às pessoas vivendo com HIV. A própria doença em si já acarreta o surgimento de doenças crônicas e do envelhecimento precoce. A alimentação equilibrada é fundamental para toda pessoa manter o organismo saudável, principalmente para as PESSOAS VIVENDO COM HIV, pois melhora os níveis de T-CD4 (células de defesa), melhora a absorção intestinal e diminui os problemas provocados pela diarreia, síndrome da lipodistrofia e outros sintomas, podendo ser minimizados ou revertidos (BRASIL, 2006, p. 7).

⁸ O documento elaborado em 2015 pela ONU traz os 17 objetivos estabelecidos para compor a agenda mundial no sentido de direcionar as ações globais com metas para serem alcançadas até 2030.

⁹ O Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na agenda de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis é um documento publicado em 2020 e idealizado em função da necessidade de refletir sobre a dimensão comercial como parte dos determinantes sociais e ampliar a compreensão sobre o impacto na saúde das pessoas e, em especial, no aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

¹⁰ O Relatório da Reunião OPAS/OMS Brasil “Diálogo estratégico para a preparação do documento de Referência para a renovação da Promoção da Saúde no Contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, publicado em 2018. O encontro reuniu representantes da sociedade civil, acadêmica, organizações nacionais e internacionais e do setor público, com o objetivo de ampliar o debate e compreensão acerca dos determinantes comerciais da saúde e da sociedade digital como desafios à promoção da saúde e ao alcance dos ODS.

De um modo geral, está cada vez mais difícil para a população em geral ter acesso a alimentos saudáveis, aqui não só pensando no alimento em si, mas também nas formas de conservá-lo e de prepará-lo, já que o gás de cozinha, segundo o DIEESE (2018, p. 2), atinge os valores mais caros no Brasil, impactando no orçamento das famílias, sobretudo das mais pobres.

Assim, é possível perceber que aspectos sociais como a alimentação são capazes de determinar mudanças na qualidade de vida da população, principalmente, dos/as mais pobres, resultando no aumento expressivo da incidência de doenças como diabetes, hipertensão, obesidade e cânceres, sobretudo nas PESSOAS VIVENDO COM HIV.

Os avanços científicos dos últimos 40 anos da descoberta da doença trouxeram como resultado o controle da epidemia por meio da terapêutica medicamentosa. A doença passou a ser classificada como crônica e houve a melhora na expectativa de vida, tornando a qualidade de vida uma ferramenta importante para avaliação da saúde das PESSOAS VIVENDO COM HIV.

Dados do último Boletim Epidemiológico de HIV do Ministério da Saúde publicado em 2021 apontam que os casos de AIDS no Brasil vêm diminuindo desde 2013, quando se observaram 43.493 casos, com uma taxa de detecção de 21,4 casos por 100 mil habitantes. Enquanto em 2019, chegou-se a uma taxa de 18 casos por 100 mil habitantes e, em 2020, foram registrados 29.917 casos, com taxa de 14,1 casos por 100 mil habitantes. A queda brusca no ano de 2020 está relacionada em parte às subnotificações de casos causadas pela sobrecarga dos serviços de saúde durante a pandemia de Covid-19.

Não se pode deixar de realizar uma observação quanto à conjuntura que se formou com a chegada da nova pandemia de Covid-19, trazendo novos desafios não só para a manutenção do tratamento das PESSOAS VIVENDO COM HIV, como também para as políticas de prevenção da infecção por HIV.

Um dos impactos sentidos, tanto na rede pública de saúde quanto na privada, foi a não só a diminuição do número de leitos para as demais enfermidades, como também a transferência de profissionais de saúde para o tratamento de usuários/as com Covid-19, deixando muitas outras áreas descobertas de profissionais.

A disponibilização do aumento do tempo de três meses para adquirir os medicamentos evitou que as pessoas vivendo com HIV circulassem pela cidade, porém também interferiu na rotina de consultas e exames, trazendo desafios para manutenção do tratamento, com riscos de aumento de casos de abandono.

Apesar disso, esbarrou-se no dilema de muitos/as brasileiros/as durante a pandemia: muitas pessoas precisaram sair de casa para trabalhar. Isso não foi diferente para as PESSOAS VIVENDO COM HIV, aumentando os riscos de exposição à Covid-19.

Apesar da queda de casos de HIV e AIDS, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontrava-se na faixa de 20 a 34 anos, com um percentual expressivo de 52,9% dos casos. Os/as jovens se tornam vulneráveis por diversos determinantes sociais: pobreza, desemprego, violência, baixa escolaridade, falta de acesso aos serviços de saúde, falta de conhecimento sobre sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis e os riscos do uso de álcool e drogas injetáveis, somados a outros aspectos que são inerentes à própria idade, como a necessidade de ser aceito/a em grupos sociais que pode levar à adoção de hábitos inseguros e o fenômeno de pensar que está “blindado/a” dos riscos, de forma geral, que caracteriza a própria juventude.

Segundo Taquette (2009, p. 26), Maria Luiza Heilborn destaca na sua pesquisa que

faz parte da socialização dos jovens brasileiros a experimentação do corpo em contatos amoroso-sexuais, sendo esses jovens fortemente influenciados pela cultura dos pares à medida que vão se tornando autônomos frente à família. Ainda ressalta que as trajetórias afetivo-sexuais são estruturadas pela interseção entre gênero, classe social e cor/raça, que envolvem complexos processos de aprendizagem sociocultural e têm significados diversos para cada indivíduo.

Esses números mostram que, por meio de políticas públicas de acesso aos medicamentos e à assistência social, pode-se conseguir resultados satisfatórios. Todavia, é preciso não só manter o que já se conquistou, como também se percebe que é fundamental que as estratégias de prevenção continuem sendo realizadas e intensificadas como um direito. Atualmente, as pessoas que se infectam com o vírus do HIV têm a possibilidade de construir um caminho que possibilite ter qualidade de vida, que seria praticamente impossível há quatro décadas.

O avanço nas tecnologias farmacêuticas, que levou à elaboração de antirretrovirais cada vez mais eficazes e com menos efeitos colaterais, contribuiu para a longevidade dos/as usuários/as e para melhores condições de vida. Outros fatores também contribuíram para isso, como a utilização dos medicamentos em esquemas terapêuticos preventivos e para a pós-exposição ao HIV, o aumento da oferta do número de testes de diagnóstico e o maior acesso aos serviços de saúde destinados ao tratamento.

Tal fato é verdadeiro, pois, atualmente, já existe comprovação científica de que a pessoa, que é classificada como “Indetectável”, torna-se concomitantemente “Intransmissível”.

Segundo o MS, o termo é válido para as pessoas vivendo com HIV que estejam com carga viral do HIV indetectável há pelo menos seis meses, logo, não transmitindo o vírus por via sexual¹¹.

Além do aumento da expectativa de vida, dos efeitos colaterais do ARV e do envelhecimento, outros aspectos foram surgindo ou agravando-se, como as doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipercolesterolemia, osteoporose, entre outras. Além disso, a discussão trazida até aqui mostra que, atualmente, a prevalência do cuidado biomédico, do protocolo de testar e tratar, porém, está se esquecendo de que a saúde vai muito além disso, como colocado, é necessário recolocar em foco as influências da sorologia sobre os determinantes sociais, senão estaremos fadados à função de apenas entregadores/as de medicamentos periodicamente e não como promotores da melhoria das condições de vida das pessoas vivendo com HIV.

Não desmerecendo o avanço da medicina terapêutica, é sabido que os desafios no início da epidemia de HIV foram muitos. Dentre eles, podemos citar a falta de medicamentos eficazes, o fato de que os tratamentos existentes eram paliativos e baseados na tentativa de causar menos sofrimento ao/a usuário/a e aos familiares, uma vez que não existia realmente um tratamento eficaz. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2021, a principal via de transmissão em todas as regiões do país, entre homens e mulheres com 13 anos de idade ou mais, foi pela via sexual. Assim, o preconceito e discriminação também se tornaram um grande desafio a ser enfrentado, em razão do moralismo criado em torno das condições de transmissibilidade da doença.

Desse modo, o estigma da AIDS ainda se caracteriza como uma condição importante que impacta a vida das pessoas vivendo com HIV, tornando-se uma questão com peso muito mais social do que biomédico, já que, a partir de ações segregacionistas, as PESSOAS VIVENDO COM HIV são excluídas do convívio social e, também, dos espaços de saúde e trabalho.

O início da fase de conhecimento da doença e de sua sorologia pode trazer diversas incertezas às pessoas vivendo com HIV, podendo causar atraso no início do tratamento, interrupções frequentes, afastamentos dos convívios familiares, de um/a parceiro/a afetivo-sexual e do trabalho remunerado.

O avanço, em relação ao acesso às informações, ao uso de preservativos, às políticas públicas, não impediu que ainda haja dificuldades presentes principalmente nas relações

¹¹ Nota Informativa n.º 5 de 14 de maio de 2019, divulgada pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em saúde (DCCI/SVS) do Ministério da Saúde, atualizou as informações sobre o conceito do termo indetectável e intransmissível para pessoas vivendo com HIV.

sexuais, como a negociação do uso do preservativo. Mesmo com os tratamentos mais eficazes, a prevenção da infecção pelo HIV ainda é a melhor forma para o controle da síndrome e redução de casos. É importante considerar a importância do diálogo, porque não basta imputar às pessoas apenas o dever de uso de preservativos, é preciso informar/discutir também que existem outros métodos de prevenção, como a Profilaxia Pré-exposição, a Profilaxia Pós-exposição e a realização de testes de detecção do vírus regularmente, já que é uma doença, inicialmente, assintomática que permite uma incubação do vírus por muitos anos.

No estudo de Jesus *et al.* (2017, p. 5), a infecção pelo HIV ainda carrega muito estigma e preconceito como obstáculos para a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. Há muitos entraves na tentativa de gerenciar suas vidas, dado que o caminho de construção das estratégias depende do ambiente, do grau de intimidade, da importância de seus relacionamentos, das redes de apoio, do grau de comprometimento da sua autoestima e seus relacionamentos com os serviços de saúde. A qualidade de vida é uma variável com múltiplas dimensões que pode ser afetada por diversas características da vida, por isso a importância de se pensar a qualidade de vida inserida no contexto dos DSS.

Outro estudo ao qual recorreremos aponta que a descoberta da sorologia pode acarretar distúrbios psiquiátricos, como depressão, dificuldades nas relações conjugais, como o abandono do parceiro/a, dificuldades na manutenção do emprego e de reinserção no mercado de trabalho, ocasionando dificuldades financeiras, que influenciam negativamente na adesão ao TARV. Dessa forma, é fundamental compreender os diferentes aspectos envolvidos, porque, para se criar estratégias de enfrentamento no sentido de reduzir o sofrimento das pessoas vivendo com HIV e melhorar sua qualidade de vida, é preciso identificar características sociodemográficas, subjetivas, socioculturais e ambientais, passíveis de interferirem no estado de saúde, tais como a religiosidade, o acesso à educação e as peculiaridades individuais, como as redes familiares e sociais de apoio, situação econômica, relacionamento conjugal (SILVA *et al.*, 2018, p. 2).

Ademais, Silva *et al.* (2018, p. 6) apontam que um dos principais desafios psicossociais que as pessoas vivendo com HIV enfrentam são a discriminação, o estigma e os desafios de relacionamento amoroso com a divulgação da condição sorológica, visto que o medo de ter seu diagnóstico revelado pode acarretar no distanciamento de familiares e amigos/as, ocasionando sofrimento emocional e resultando no afastamento, inclusive, do tratamento.

Assim, percebe-se que, para o enfrentamento das desigualdades sociais, como resultado de determinantes sociais do processo saúde-doença em saúde, é preciso avançar em políticas públicas que possibilitem modificar os determinantes sociais: “Os desfechos de saúde não são

específicos a nenhuma causa em particular, mas o resultado de processos sociais nos quais interferem inúmeras mediações.” (BARATA, 2009, p. 53).

3.2 SAÚDE DA MULHER E HIV

Segundo Scott (1995, p. 73), o termo “gênero” surgiu com as iniciativas de movimentos feministas americanas com o objetivo de rejeitar o determinismo biológico e de trazer a importância do estudo de ambas as histórias, tanto dos homens como das mulheres, como um produto relacional. Dessa forma, há aspectos relevantes no modo como diferentes sociedades e períodos tratam a temática, podendo funcionar como um controle social ou a sua mudança. As pesquisadoras feministas perceberam a importância da análise das três categorias: gênero, raça e classe, pois há o envolvimento de histórias de opressão e de desigualdades de poder.

Ainda para a mesma autora (1995, p. 86), a preocupação teórica em analisar a categoria gênero, com uma abordagem por meio de sistemas de relações sociais ou sexuais, surgiu apenas no fim do século XX. A análise a partir da categoria gênero baseia-se em duas proposições, uma na qual o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais assentada nas diferenças percebidas entre os sexos, e a outra, que se baseia nas relações de poder, nas quais o gênero tem a sua origem. O gênero pressupõe quatro elementos que se relacionam.

O primeiro deles destaca o simbolismo cultural evocado por algumas representações femininas, como Eva e Maria, caracterizando aspectos contrários, o bem e o mal. O segundo elemento, são os conceitos normativos expressos no campo do Direito, da religião, da política e da educação, declaradas como consenso social e como única forma possível, que detonam significado binário, de homem e de mulher. O terceiro elemento pressuposto pela categoria gênero seria uma abrangência com relação aos estudos de gênero, não só, por exemplo, para pensar no sistema de parentesco, mas também para incluir outros sistemas, como o mercado de trabalho, as instituições de educação, o sistema político. Por fim, o quarto elemento é a identidade subjetiva, ou seja, é preciso analisar como as identidades são construídas e como elas se relacionam com uma série de atividades, instituições sociais e representações historicamente específicas.

Dessa forma, pensar na trajetória desse grupo de mulheres implica compreender de forma mais ampla o contexto em que elas vivem, dado que elas não são objetos deslocados da história, e suas vidas são construídas a partir de um contexto relacional, com as instituições, a família, a religião, a moralidade, a educação, a política e a cultura, muitas vezes atravessados por subordinação, exploração, dominação e violência.

De acordo com a pesquisa *Retratos das Desigualdades de Gênero e Raça*, publicada pelo IPEA com base no Pnad, entre 1995 e 2015, o número de lares brasileiros chefiados por mulheres cresceu de 23% para 40%. Por sua vez, no último Censo Demográfico do IBGE em 2010, as famílias monoparentais femininas subiram de 15,3% para 16,2%, enquanto as monoparentais masculinas mantiveram percentuais também ascendentes, porém se comparado bem menos inferiores (de 1,9% para 2,4%).

Atualmente, o Boletim de Igualdade de Gênero do IPEA 2021 traz os dados da PNAD Contínua de 2019, indicando que as mulheres receberam em média apenas 78% da renda mensal masculina; 26% das mulheres ocupadas estavam em ocupações mais precárias e de mais baixa proteção social (frente a 15% dos homens). Além disso, as famílias monoparentais femininas respondiam por 14,5% do conjunto das famílias brasileiras, enquanto as monoparentais masculinas eram apenas 2%.

Vale ressaltar que a chegada da pandemia do novo coronavírus aprofundou as desigualdades sociais, destacando-se os impactos no setor de serviços, como domésticos, serviços em geral, alimentação, o mais prejudicado, setor no qual as mulheres ocupavam 35% das vagas (os homens 11%). Se observarmos a presença de mulheres negras, ela se torna bem mais expressiva: 46% negras e 39% brancas ocupavam o setor de serviços.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2021 do Ministério da Saúde, no período de 2007 a 2021, foram notificados 266.360 (69,8%) de casos em homens e 115.333 (30,2%) de casos em mulheres. A razão de sexos, para o ano de 2020 estabelecida, foi de 2,8 (M:F), ou seja, 28 homens para cada dez mulheres. Precisamos retornar um pouco no tempo para entender a epidemia de HIV atualmente. Nos anos 2000, a epidemia foi tomando outras características, uma delas foi o fenômeno de pauperização.

Segundo Guimarães (2001), as consequências sociais e psicológicas da pandemia são mais sentidas em mulheres das camadas populares do que entre os homens em geral:

Quando a esses se acrescentam outros fatores objetivos e subjetivos associados à identidade “mulher”, percebe-se que há muito, as mulheres ocupam um lugar significativo na epidemia, não como acessório ou mero índice estatístico da infecção heterossexual, mas como sujeito de uma história que exige ser contada. (GUIMARÃES, 2001, p. 32).

Inicialmente, as mulheres apresentavam índices crescentes de AIDS – nas primeiras duas décadas da doença. Isso ocorreu porque no período inicial, o discurso era pautado exclusivamente no debate biomédico em torno do masculino e na classificação epidemiológica de “grupos de risco”, incluindo homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis (UDIs) e profissionais do sexo, sendo as mulheres geralmente excluídas dos testes, restando apenas

como testáveis aquelas que eram enquadradas como “prostitutas” e “promíscuas”. Reiterou-se aí uma dicotomia facilmente assimilada pela sociedade: de um lado a mulher “sexualmente promíscua” e de outro a mulher “do lar” (GUIMARÃES, 2001, p. 32).

As mulheres heterossexuais ficavam excluídas dos estudos e testes da presença do HIV por não serem consideradas vulneráveis a ele. Este fato conferiu a elas mais vulnerabilidade em relação às demais pessoas vivendo com HIV, por invisibilizar suas vidas impedindo que elas tivessem acesso aos serviços de saúde, que ainda engatinhavam na busca do tratamento da doença.

Todavia, com o avanço da medicina, o alcance dos testes de HIV foi ampliado. Diante disso, houve a possibilidade de conhecer melhor os índices da infecção e, principalmente, a diversidade de sujeitos envolvidos. Estudos trouxeram contribuições acerca das desigualdades de gênero como elementos que podem influenciar na direção do crescimento dos índices de infecção pelo HIV em mulheres.

Tais elementos são citados por Guimarães (2001, p. 32), tais como, a posição subordinada da mulher em relação ao homem, dificultando a adoção de medidas preventivas que necessitam de aprovação masculina. As consequências sociais e psicológicas do HIV são mais graves em mulheres com vulnerabilidade social, predominantemente entre mulheres pardas e negras. Assim, as desigualdades de gênero e raça determinam uma vida mais precária, submissa e instável para as mulheres negras e pardas do que para as mulheres brancas.

Nesse sentido, é importante refletir sobre o lugar das mulheres vivendo com HIV, pois, predominantemente, elas se moldam aos valores morais dominantes/conservadores, seguindo uma conduta esperada de “mulher de respeito”: fiel ao parceiro, dedicada aos filhos, ao lar, dependente financeiramente, com dificuldades de negociar o preservativo, de estabelecerem adesão ao tratamento, de alargarem a percepção quanto ao risco de infecção, dentre outras muitas formas de submissão condicionadas pelas desigualdades de gênero, que impõem obstáculos e dificuldades tanto no momento da prevenção de ISTs, quanto também no tratamento e na vivência com HIV:

Analisar as possibilidades de uma estratégia de prevenção de Aids entre mulheres, baseado no aumento do uso do condom e na introdução de outras práticas de sexo seguro, significa levar em consideração as diferenças existentes entre os papéis e condutas masculinas e femininas frente a ela, as relações de poder existentes entre os gêneros e no sistema produtivo. São essas as relações que, nas suas diferentes combinações, estarão determinando as possibilidades de acesso a um conhecimento e sua transformação na prática (PAIVA, 1992, p. 168).

Com isso, é importante considerar as diferenças relacionais entre homens e mulheres, já que daí surgem muitos fatores que podem dificultar a luta pela igualdade de direitos perante os

homens. Segundo Paiva (1992, p. 160), “a mulher, além da educação recebida, introjeta um comportamento de passividade e de repressão sexual, negando o prazer para si e reduzindo sua sexualidade a uma entrega aos outros”. Para se discutir sobre a AIDS, é indispensável caminhar nas reflexões acerca da sexualidade, a partir de uma perspectiva de gênero.

A epidemia de AIDS trouxe mudanças para pensar a sexualidade das relações sociais, visto que sua principal via de transmissibilidade é a via sexual. Tal aspecto, na época, reforçou a discriminação e os discursos de ódio aos chamados, equivocadamente, “grupos de risco”. Dessa forma, era difícil “se assumir” nesse grupo, porque para isso era preciso mostrar para sociedade que a pessoa não fazia parte de um padrão moralmente construído por ela.

Buscando explicar o aumento de casos em mulheres e o fenômeno de feminização, Villela (1999, p. 201) baseia-se no discurso médico higienista construído ao longo do século XIX. A estruturação da medicina foi sendo construída em torno de uma visão medicocentrista das ações de saúde e, até hoje, tem-se essa influência nos serviços de saúde.

As mulheres não possuíam autonomia sobre seus corpos, e seu papel principal era de reprodução e cuidado dos filhos e da família, enquanto os homens eram ensinados a possuir uma vida pública em torno de ser o responsável pelo sustento de sua família. Tal cenário influenciou a dinâmica do processo de saúde-doença, atribuindo para cada um os seus papéis, inclusive acerca da forma de adoecer e morrer. Das mulheres, um olhar apenas por meio de seu papel associado à maternidade e posição de passividade imposta a elas, enquanto para os homens havia a posição viril e a representação ativa na sociedade. Nesse contexto, era impensável a ideia da sexualidade feminina como fonte autônoma de prazer, dado que a maternidade e a manutenção da união familiar eram aspectos óbvios para aquela época.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, com o objetivo de dar uma maior autonomia à mulher em relação ao seu corpo, focalizou a saúde *reprodutiva* da mulher, e as demais necessidades relacionadas à sexualidade feminina não tiveram tanto peso como deveria (GARCIA, 2013, p. 9).

Ao longo dos anos, as demandas acerca da integralidade, ou seja, de ampliar a visão da mulher com a incorporação de suas outras demandas de saúde, foram sendo trazidas pelos movimentos sociais feministas, assim outras políticas foram sendo criadas, como: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005), a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida (2006), a Política Nacional de Planejamento Familiar, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS (2007) e a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias (2008).

A desigualdade entre os gêneros ainda está presente no cotidiano feminino. A feminilização da epidemia tem como base as relações de gênero construídas assimetricamente, as quais são fundadas em espaços onde os direitos reprodutivos e direitos sexuais femininos sequer eram permitidos ou pensados (HEILBORN; GOUVEIA, 1999, p. 177).

Tratando deste tema, Villela e Sanematsu (2003, p. 5) apontam que “a epidemia de HIV é marcada pela desigualdade nas relações socioculturais estabelecidas entre os sexos e pela frequente violação dos direitos das mulheres”. Dessa forma, torna-se importante pensar em formas de enfrentar tal situação desvantajosa:

Dentre as diferentes possibilidades estratégicas de enfrentamento da situação desvantajosa da mulher tem merecido destaque o aprofundamento da compreensão dos cenários objetivos e subjetivos que transformam “machos” e “fêmeas” em “mulheres” e homens. A perspectiva é que esta transformação e a relação que se estabelece entre homens e mulheres não deriva de seus avatares anátomo-fisiológicos, e sim da maneira como cada sociedade os valoriza e significa. (BARBOSA; VILLELA., 1996, p. 189).

As características que diferenciam homens e mulheres na construção de suas subjetividades não são provenientes de uma perspectiva biológica, ao contrário, elas devem ser observadas como construções sociais. Todos os aspectos trazidos até aqui apontam para uma desigualdade estrutural de gênero, que atua de forma exponencial quando tratamos de mulheres que vivem com HIV.

O SAE/HESFA foi inaugurado em 1997. Os prontuários das usuárias consultados na pesquisa que acompanhou a construção desta monografia corresponderam aos anos de 1997 a 2000. Em relação à escolaridade, em uma pesquisa no Boletim Epidemiológico do ano de 2000, a distribuição dos casos de AIDS entre os indivíduos do sexo feminino e masculino com 19 anos ou mais, segundo a escolaridade¹² entre 1980 e 2000, resultou na tabela abaixo:

Tabela 1 - Distribuição de casos de entre indivíduos do sexo feminino e masculino com 19 anos ou mais, segundo a escolaridade - 1980 a 2000.

| Distribuição de casos de AIDS entre indivíduos do sexo feminino e masculino com 19 anos ou mais, segundo a escolaridade - 1980 a 2000. | | |
|---|-----------|----------|
| Grau de escolaridade | Masculino | Feminino |
| Analfabeto | 2,9% | 5,1% |
| Primeiro Grau | 45,2% | 54,4% |
| Segundo Grau | 15,8% | 12,2% |
| Superior | 10,2% | 4,2% |
| Ignorado | 25,8% | 24,1% |

Dados: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2000).

¹² Nesse período, não se fazia distinção do grau de escolaridade completo ou incompleto.

Percebe-se que essas diferenças se transformam em desigualdades sociais capazes de limitar o acesso à prevenção de doenças e de influenciar em outros aspectos, como a dificuldade de acesso à saúde, ao trabalho e renda, diminuindo suas oportunidades e tornando-as mais vulneráveis ao adoecimento, seja ele mental ou físico. Segundo Barata (2009, p. 11), dependendo das características sociais de cada grupo, como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições de moradia ou trabalho, pode-se acentuar as desigualdades sociais, trazendo consequências para a saúde dos indivíduos.

Inserir-se nesse contexto de precarização do acesso à educação para as pessoas que vivem com HIV é colocá-las em situação de extrema vulnerabilidade em relação ao seu estado de saúde, ainda mais as mulheres que vivem com HIV quando comparamos sua escolaridade com a dos homens.

Quando se observa suas condições mais para frente temporalmente, outras consequências se manifestam em suas vidas, como condições de trabalho precárias e informais nas quais terminam inseridas, resultando em baixos salários e muitas vezes em condições de trabalho irregulares por serem informais.

Ademais, para as mulheres, sempre coube o papel do cuidado, da casa, da família, dos/as filhos/as. Ao conquistarem o direito de trabalharem fora¹³, também ganharam o peso da sobreposição de funções e ficaram para trás no que diz respeito à igualdade de salários e à ocupação de cargos de chefia em empresas e em cargos eletivos.

Os estudos sobre desigualdade de gênero contribuem para compreender o hiato que ainda existe na divisão de papéis concebidos na sociedade capitalista e buscar explicações que possibilitem o conhecimento desse processo. É relevante expor que a AIDS é um risco para todas as mulheres, principalmente para aquelas que possuem condições sociais, econômicas precárias, dificuldades de acesso, ou nenhum, aos serviços de saúde, além de estarem numa posição hierarquizada em relação aos homens.

As mulheres absorveram o papel do trabalho reprodutivo, conduzidas ao ambiente privado, enquanto os homens se colocaram no trabalho produtivo e conduzidos ao ambiente público. Não seria diferente, já que a elaboração e execução das normas jurídicas foi praticamente dominada pelos homens, tornando-se um ciclo: os homens têm acesso à educação, qualificam-se e posicionam-se na sociedade em papéis de construção de conhecimento e

¹³ É importante considerar que as mulheres brancas precisaram conquistar esse “direito”, porque seu papel histórico era o trabalho doméstico em suas próprias casas, como filhas ou esposas. Já no caso das mulheres negras, o trabalho remunerado jamais foi uma conquista, foi uma imposição do sistema escravocrata. Fora do contexto escravista, a estas últimas coube o exercício das ocupações socialmente mais desvalorizadas, de baixa renda e sem proteção social, como o trabalho doméstico em outras casas.

saberes, retornam ao ciclo os seus filhos homens e, assim, sucessivamente. Essa estruturação se conforma devido à importância que a categoria família possui nas relações sociais (HEILBORN; GOUVEIA, 1999, p. 178).

A posição das mulheres, como necessariamente mais frágeis, dóceis e excluídas da construção histórica de cidadania, traz até os dias atuais uma inserção de inferioridade¹⁴ em diversos âmbitos, como na atribuição de responsabilidade pelo cuidado da casa, dos/as filhos/as, e elas ainda recebem os menores salários do mercado, incluindo aí a realização de trabalho informal e dos serviços domésticos e de cuidado.

Essa visão é resultado da sociedade capitalista com suas estruturas culturais machistas, que, por si só, já é um sistema que produz competição entre os indivíduos, quanto mais na relação entre homens e mulheres. Esta relação de competição se cria por cima de um sistema de dominação, exploração e, até mesmo, de violência dirigida à condição feminina.

As mulheres vivendo com HIV são ainda mais envolvidas por esses marcadores de dominação, exploração e violência, uma vez que, muitas vezes, elas convivem também com a discriminação, o sentimento de culpa e o medo. Nesse sentido, de acordo com Guimarães (2001, p. 54), “a relação assimétrica de poder entre os gêneros e seus respectivos códigos de sexualidade contribui decisivamente para aumentar a exposição das mulheres às infecções sexualmente transmissíveis”.

Hirata e Kergoat (2007, p. 595) perceberam a necessidade de se trabalhar o conceito de divisão sexual do trabalho na perspectiva de compreender a natureza do sistema que dá origem a esses hiatos existentes entre a distribuição de homens e mulheres não só no mercado de trabalho, como também no trabalho doméstico. O conceito nasceu a partir de movimentos feministas, na França no início dos anos de 1970, com a tomada de consciência de que o trabalho doméstico não era valorizado como deveria e que certas atividades eram pertinentes apenas às mulheres.

Ávila (1999, p. 45) contribui com esta discussão, inserindo o elemento da desvalorização do trabalho doméstico dando continuidade à desvalorização do cuidado como profissão, inclusive ressaltando que esse peso é levado para todos os campos, da saúde, da educação e das instituições: “Esse desvalor do cuidado exercido no privado é transferido quando essas obrigações passam a ser administradas no espaço público.”

Atualmente, vivenciamos um conjunto de transformações em relação às questões de gênero e da sexualidade que, muitas vezes, confronta os valores hegemônicos de nossa

¹⁴ Aqui a perspectiva de inferioridade não significa desmerecer as profissionais domésticas e cuidadoras, mas sim mostrar a visão construída pela sociedade capitalista da imagem dessa mulher e dessas profissões.

sociedade. No contexto político neoliberal em que vivemos, não se pode deixar de refletir sobre o avanço da censura, do moralismo e do conservadorismo e suas consequências nas proposições de ações de prevenção, tratamento e de acesso aos direitos:

A discriminação é o que há de mais difícil a enfrentar, especialmente no contexto de conservadorismo que vivemos. Fica mais difícil enfrentar não só a doença, mas seus determinantes, pois as epidemias ideológicas são mais difíceis de enfrentar que o vírus. (LEITE; TERTO JÚNIOR; PARKER, 2018, p. 9).

Compreende-se que é de fundamental relevância institucional a pesquisa sobre a trajetória dessas mulheres, no sentido de trazer aspectos importantes que possam contribuir na reflexão sobre como é a realidade de acesso aos serviços de saúde, tanto no HESFA, quanto nas demais redes, além de seus dilemas quanto à prevenção, à sexualidade e ao envelhecimento.

3.3 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E HIV

Entre o fim do século XX e início do século XXI, os movimentos negros brasileiros manifestam-se no país como protagonistas na mobilização de forças para que se desse mais atenção à saúde da população negra, incluindo o recorte étnico-racial nos dados censitários e epidemiológicos (ASSIS BRASIL, 2012, p. 63).

Apesar da captação tardia do recorte étnico-racial nos sistemas de informação gerenciados pelo Ministério da Saúde, houve avanços na disponibilidade de dados raciais nas últimas décadas. Em 1996, foram incluídos nos formulários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Em 2001, iniciou-se a captação do quesito no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (Sinan), e, em 2006 começou-se a captar na notificação da violência doméstica e sexual em serviços de referência. Por último, em 2008, o campo raça/cor foi incorporado nos formulários das internações e dos ambulatórios de alta complexidade do SUS.

Na análise desse quesito raça/cor, considera-se satisfatório um mínimo de 90% de preenchimento. De certo modo, há uma relativa segurança no uso de dados, porém algumas variações podem ocorrer a depender das fontes de dados e unidades federativas (SOARES FILHO, 2012, p. 36).

A disponibilidade dessas informações é importante para dar base

nas análises de desigualdades raciais, na identificação de grupos vulneráveis no processo saúde-doença, na descrição de situações de iniquidades no acesso a serviços de saúde e na avaliação de políticas públicas. (SOARES FILHO, 2012, p. 42).

Os resultados mostraram a necessidade de se conceber uma política pública, que efetivamente nasceu em 2007: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Entende-se que as desigualdades de gênero e a vivência com o vírus de HIV se tornam marcadores que potencializam a vulnerabilidade social das mulheres, principalmente das mulheres negras e pobres:

A vulnerabilidade das mulheres para contrair DST/HIV esteve sempre relacionada ao contexto sociocultural, no qual a mulher é limitada na tomada de decisões quanto a sua vida sexual e reprodutiva. A vulnerabilidade das mulheres aumenta quando se acrescentam questões socioeconômicas e o racismo que dificultam o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde e ocasiona um menor conhecimento no que se refere a questões relacionadas às DST (SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012, p. 292)

As desigualdades socioeconômicas e o racismo são componentes que trazem maior dificuldades para as mulheres negras, para terem acesso à informação de qualidade. Os níveis de escolaridade é um aspecto que aponta a pauperização da epidemia, mas também evidencia que a população negra é a mais afetada pela epidemia de HIV, por ter menores níveis de escolaridade e, conseqüentemente, de renda.

Segundo a pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2019, a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais de idade no país ficou em 6,6%. Em homens, foi de 6,9% e 6,3% em mulheres. Enquanto para as pessoas pretas ou pardas, foi de 8,9%: mais que o dobro observado em pessoas brancas, de 3,6%. O indicador cor ou raça aponta que o rendimento médio mensal real de pessoas ocupadas¹⁵ brancas era maior que o de pessoas pretas ou pardas.

Para Barata (2009, p. 58), “raça ou etnia é uma importante dimensão da estratificação social que se relaciona de maneira complexa com a classe social, refletindo principalmente a distribuição de poder entre os grupos sociais no interior de uma dada sociedade”. A população negra sofre mais com as conseqüências das contradições sociais, pois se posicionam nas regiões mais pobres do país, ocupam os níveis de escolaridade mais baixos, possuem maiores dificuldades de obterem acesso a oportunidades de emprego e educação e sofrem mais com a violência e a criminalização da pobreza.

15 Segundo o IBGE, Pessoas Ocupadas são classificadas como ocupadas na semana de referência as pessoas que, nesse período, trabalharam pelo menos uma hora completa em trabalho remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, treinamento, etc), ou em trabalho sem remuneração direta em ajuda à atividade econômica de membro do domicílio ou parente que reside em outro domicílio, ou, ainda, as que tinham trabalho remunerado do qual estavam temporariamente afastadas nessa semana.

Moura (1988, p. 72) aborda a temática da restrição para as oportunidades de emprego, explicando a existência também no país, de uma divisão social e racial do trabalho. Dessa forma, por mecanismos discriminatórios e segregadores, ficou estabelecido que, para trabalhos qualificados e intelectuais, os/as brancos/as predominariam, enquanto para subtrabalhos de baixa remuneração e denominados de trabalhos braçais predominariam, durante a escravidão por escravizados/as e, depois, da Abolição por negros/as livres. Nesse sentido, essa estratificação é percebida até os dias atuais, tornando a mobilidade social da população negra, praticamente nula.

Quando se associa gênero, raça/cor e classe social, aparece uma forte hierarquia de poder, que se expressa em situações de vulnerabilidade social da população negra, na qual, principalmente a mulher negra, posiciona-se no nível mais baixo em todos os aspectos sociais.

Outro aspecto importante trazido por Carneiro (2003, p. 121), é que mesmo colocando as mulheres negras nos mesmos níveis de educação das mulheres brancas, surge aqui o peso do racismo e da discriminação racial nos processos de seleção de emprego. Dessa forma, o ponto “boa aparência” se torna uma forma sutil de criar barreiras para as mulheres negras no mercado de trabalho.

Na nossa história do período escravocrata e de dominação da cultura branca, principalmente a europeia, estão presentes até hoje em discriminação, pobreza e violência que afetam principalmente a população negra no Brasil. Segundo Carneiro (2020, p. 1), no Brasil, o período colonial ainda trouxe grande violência sexual dos senhores brancos contra as mulheres negras e indígenas, resultando em relações acimentadas de hierarquias de gênero e raça presentes na nossa sociedade, além de dar alicerce para a construção do mito da democracia racial.

O mito da democracia racial e o fenômeno de branqueamento são dois aspectos importantes para compreender o sistema de racismo estrutural enraizado em nossos dias atuais. A ideologia da democracia racial brasileira trazia em si a ilusão de que o país vivia uma grande miscigenação e não existiam preconceito e discriminação baseados na raça/cor.

Já a ideologia do branqueamento, construída no final do século XIX, trazia a ideia de que o/a negro/a era intrinsecamente preguiçoso/a e apresentava pouco grau de inteligência, logo deveria ser substituído/a pela mão de obra europeia e mais qualificada. Essa branquitude não afetava apenas os homens negros, mas principalmente as mulheres negras que eram ainda mais projetadas no lugar restrito de objeto de exploração sexual.

Segundo Moura (1988, p. 30), o mito da *democracia racial* era uma barreira para que os/as negros/as não ascendessem a outros patamares na área social, cultural ou econômico,

encobrendo a realidade de uma população negra componente de uma estrutura escravista, primeiramente, e, depois, de um capitalismo dependente. Assim, foram criadas barreiras ideológicas que tornavam diversas frações da sociedade discriminadas: “É uma ideologia arquitetada para esconder uma realidade social altamente conflitante e discriminatória no nível das relações interétnicas.” (MOURA, 1988, p. 30).

Carneiro (2020, p. 2) também observa que a fragilidade embutida nas mulheres, como justificativa para a existência de proteção masculina, não cabe às mulheres negras porque nunca passaram a fazer parte desse rol de sujeitos, pois esse papel cabia apenas às mulheres brancas. Dessa forma, a luta das mulheres negras não é somente para enfrentar as desigualdades de gênero provenientes da supremacia masculina, mas também para combater o racismo que as coloca em situação de inferioridade social não só no âmbito do trabalho, da educação, da saúde. Esta inferiorização traz também sofrimento mental para as mulheres negras, por serem, ao mesmo tempo, colocadas como objetos sexuais e não fazerem parte de um padrão de beleza branca europeia.

De acordo com Moura (1988, p. 62), a partir de uma dicotomia ética, estabelece-se uma escala de valores, na qual os grupos que se aproximavam da cor branca eram mais reconhecidos e aceitos em nossa sociedade e à medida que se aproxima da cor negra eram repelidos e desvalorizados, formando uma escala de valores como base para estruturar uma ideologia de dominação e discriminação.

Collins e Birge (2020, p. 44) convergem com os demais autores sobre as críticas ao mito da democracia racial e à específica formação histórica brasileira, os quais estruturam modelos diferentes de relações interseccionais de poder quanto ao gênero, raça e sexualidade, e afirmam que “a cor da pele, a textura do cabelo, as características faciais e outros aspectos físicos tornaram-se marcadores raciais de fato para a distribuição de educação, emprego e outros bens sociais”.

3.4 INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO

Percebemos até aqui como os aspectos gênero e raça potencializam as desigualdades em saúde. Segundo Barata (2009, p. 23), baseando-se no fato de que a saúde é um produto social, as desigualdades sociais se tornam uma consequência dos mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença.

Assim, o processo de reprodução social é o centro para compreender as diferentes dimensões da vida. A dimensão biológica é compreendida como um conjunto de características

genéticas e fenotípicas. Já a dimensão das relações ecológicas dos grupos se traduz nas relações que os indivíduos possuem com os ambientes. Por último, a dimensão cultural se manifesta como as interações intersubjetivas de consciência e a conduta que também participam na construção dos processos de reprodução social.

Por fim, todas essas dimensões se encontram na esfera econômica que lhe dá subterfúgios para garantir o domínio sobre a natureza e de suas necessidades. Dentro desse sistema de reprodução social, manifestam-se as contradições das relações sociais que, ao mesmo tempo, produzem benefícios para a manutenção da saúde e doenças.

Essas contradições se inserem nas frações das classes sociais, produzindo diferentes impactos sobre o estado de saúde dos indivíduos. De acordo com Barata (2009, p. 31), nos estudos das desigualdades sociais, as variáveis *ocupação* e *escolaridade* são comumente usadas, isoladas ou conjuntamente como marcadores de posição social dos indivíduos, manifestando-se em relação ao estado de saúde e ao acesso e uso de serviços de saúde.

Trazendo para o contexto de vida das pessoas vivendo com HIV, as mulheres que vivem com HIV já se apresentam dentro de uma lógica de vulnerabilidade, quanto mais, as mulheres negras e pobres, que possuem marcadores de vulnerabilidade, potencializados pela condição de soropositividade. Para compreender um pouco mais sobre a interação desses marcadores, é preciso perceber que os indivíduos já sofrem preconceito e discriminação só de estarem inseridos em diferentes grupos de classe social, de gênero, de raça/cor e geracional.

Durante longo tempo, o feminismo no Brasil ficou ancorado numa visão eurocêntrica e universalizante das mulheres, em que os movimentos feministas debatiam a visão das mulheres como uma categoria única, geralmente, lideradas por mulheres brancas de classe média: “Dessa forma, as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão, além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade.” (CARNEIRO, 2003, p. 118).

Os debates que vinham de encontro a essas ideias começaram a surgir a partir de lutas dos movimentos feministas negros nas décadas de 1970 e 1980 nos EUA, em que elas tiveram acesso em maior número no mundo acadêmico e, conseqüentemente, maior produção de discussão. Esse pensamento foi sendo questionado pelo movimento do feminismo negro na intenção de mostrar que, da mesma forma que o sexismo posicionava a mulher de forma subordinada na sociedade, a categoria raça, também deveria ser colocada em evidência como sistema de opressão, o racismo (ASSIS, 2019, p. 12).

Com o propósito de entender a importância de identificar a interseção entre os marcadores sociais e mostrar que, muitas vezes, um marcador pode ofuscar o outro, o termo *interseccionalidade* foi construído e sistematizado, em 1989, por Kimberlé Crenshaw:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Os marcadores sociais influenciam os modos de vida das pessoas, logo produzem consequências no processo saúde-doença. Em pessoas vivendo com HIV, ser mulher, negra, pobre e idosa é condição que potencializa e gera violação dos direitos sociais, como o acesso aos serviços de saúde.

Compreender os marcadores por meio da interseccionalidade permite perceber a vida das pessoas de maneira mais ampla, evitando que se enxergue aquele indivíduo apenas sob um aspecto, isolando-o dos demais ou tornando-o como símbolo único e homogêneo representativo de um grupo.

A afirmativa da interseção entre os marcadores sociais já existia em outros estudos. No Brasil, as mulheres negras enfrentaram dificuldades dentro do movimento feminista, com as ausências de articulação dos processos de dominação, violência e exploração com as relações raciais. Em 1980, “as mulheres negras começam a enfrentar dentro do movimento feminista, as contradições e as desigualdades que o racismo e a discriminação racial produzem entre as mulheres” (CARNEIRO, 2003, p. 120), resultando na criação de diversas organizações de mulheres negras que se espalharam por todo país.

Em seu livro “Interseccionalidade”, Collins e Bilge (2020, p. 26) estudam sobre os jogos de competição, no caso a Copa do Mundo. Para as autoras, as competições esportivas trazem a mensagem de que pessoas com talento, disciplina e sorte vencem na vida, enquanto as que são desprovidas dessas características são perdedoras, trazendo uma perspectiva de que a competição justa produz resultados justos. Todavia, ao pensar essa competição num campo com muitas inclinações e declives, os competidores que se situam nessas condições terão mais dificuldades, do que aqueles num campo totalmente bem planejado e equipado.

A interseccionalidade é considerada por Collins e Bilge (2020, p. 35) não o que ela é, mas o que ela faz. Logo, ao pensarem sobre raça, gênero, idade e cidadania, a interseccionalidade proporciona uma mudança ao pensar nas formas de emprego, renda e

riqueza, inclusive, ao repensarem a concentração de renda e o hiato existente entre os mais ricos e mais pobres, “a lente interseccional mostra que as diferenças de riqueza refletem sistemas de poder interligados. [...] A diferença de riqueza não é apenas racializada, mas também, e simultaneamente, de gênero.” COLLINS; BILGE, 2020, p. 36).

A partir disso, as autoras trazem que o lugar de quem ganha ou perde “é apenas um passo para explicar a partir desse quadro as desigualdades sociais de raça, classe, gênero e sexualidade, assim como suas interseções” (COLLINS; BILGE, 2020, p. 27).

Parker e Camargo Júnior (2000, p. 90) tratam também da interseção entre os marcadores como efeitos sinérgicos, ocasionados, por exemplo, pelos locais e pelas condições de moradia das pessoas:

As comunidades empobrecidas das áreas internas das grandes cidades são cada vez mais caracterizadas por “sinergia de pragas”, na qual os efeitos negativos de uma gama de problemas sociais diferentes - relacionados ao déficit habitacional e de serviços ligados ao bem-estar social tanto quanto à carência ou a inadequação de serviços de saúde - interagem sinérgicamente para criar vulnerabilidade aumentada ao HIV e à AIDS (WALLACE, 1988 *apud* PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000, p. 96).

Nessa perspectiva, muitos aspectos podem interferir no cotidiano das pessoas, quanto mais as pessoas vivendo com HIV e o seu acesso às rotinas de consultas médicas e retiradas de medicação, como falta de saneamento básico, transporte público, rede de saúde local, violência e limitações de acesso em regiões deflagradas por tráfico de drogas e grupos paramilitares, principalmente no estado do Rio de Janeiro.

Hirata (2015, p. 4) aborda a discussão de interseccionalidade e a divisão sexual do trabalho com um olhar amplo para o mundo do trabalho, incluindo o trabalho profissional e doméstico, formal e informal, remunerado e não remunerado e afirmando que não há como pensar a divisão social e sexual do trabalho sem pensar na repartição de saber e do poder entre homens e mulheres, na família e na sociedade.

Em entrevista, Hirata (2018) traz que a questão de gênero estava sempre relacionada ao trabalho e a classe, mas não se tinha a discussão da raça. Atualmente, complementa que as pesquisas mostram que os homens brancos ganham mais que as mulheres brancas, em seguida, mais que os homens negros e, por último, as mulheres negras. Portanto, não realizando essa interseção, há apenas a informação de que homens ganham mais que as mulheres, como se fossem grupos homogêneos.

A divisão sexual do trabalho surge a partir de uma tomada de consciência do movimento das mulheres coletivamente, de que existia um trabalho realizado *gratuitamente* pelas mulheres

para os outros, porém esse trabalho não era valorizado. Logo, pesquisas foram surgindo com o escopo de trazer o trabalho doméstico como atividade de trabalho tanto quanto profissional.

Em seguida, as discussões se aprofundam para dar respostas aos muitos questionamentos que se formaram ao longo do tempo. Segundo Hirata e Kergoat (2007, p. 598), o tema surge na França como “relações sociais de sexo”, pois já se incluíam os debates sobre os trabalhos entre homens e mulheres. Essas novas concepções começaram a colocar a família, não somente como lugar “do lar”, mas ela própria foi colocada em xeque, já que passou a ser o lugar, onde se realiza um trabalho, que não é remunerado, mas invisível, desvalorizado, em contradição com aquele trabalho produtivo que figurava sob a forma do trabalhador-homem branco-qualificado.

Essas discussões ficavam no espectro entre homens e mulheres, e Hirata e Kergoat (2007) acreditavam que era preciso ampliar este espectro, pois a divisão sexual do trabalho tinha uma plasticidade, no sentido de apresentar novas configurações de acordo com os contextos históricos. Dentre as configurações destacadas, as autoras apontam que a divisão sexual do trabalho cria um molde de trabalhador e termina por excluir aqueles/as que não são constituintes de um estereótipo necessário para determinado contexto, expondo principalmente as mulheres à precarização e flexibilização do emprego.

Entretanto, as autoras trazem a preocupação com o fato de que quanto mais mulheres precisam trabalhar por mais tempo fora de casa (e conseqüentemente precisam que outra mulher faça o “seu” trabalho doméstico), mais elas recorrem ao enorme contingente de mão de obra precarizada, apresentada como um modelo de delegação, porém também como uma forma de conciliação.

A partir desses estudos, percebe-se a concorrência entre essas mulheres precarizadas e se acende uma observação para as diferenças de raça/cor. Além da criação de uma proporcionalidade de quanto maior é o número de mulheres com profissões qualificadas, maior é o número de mulheres em situação precária. Logo, existem situações de mulheres que delegam suas atividades domésticas para outras mulheres e, ao mesmo tempo, atuam na conciliação entre suas relações conjugais, familiares e profissionais. Já as mulheres que assumem o papel de cuidar do lar dos/as filhos/as de outras mulheres, deixam os seus próprios filhos com avós, parentes e até vizinhos.

Com o envelhecimento da população brasileira e com as novas reconfigurações do mundo do trabalho, Hirata e Guimarães (2012, p. 2) contribuem refletindo sobre o trabalho de cuidado, da atenção ao outro, que na expressão em inglês usa-se o *care*. No Brasil, a atividade

de cuidador foi introduzida em 2002, na Nova Classificação Brasileira de Ocupações, sendo incluída nas estatísticas da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)¹⁶.

A expansão e mercantilização dessa atividade profissional resultam de múltiplos fatores, como o rápido envelhecimento da população, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, que historicamente permaneceram no ambiente privado e eram confiadas a elas os cuidados da casa e da família:

O *care* remete à questão do gênero, na medida em que essa atividade está profundamente naturalizada, como se fosse inerente à posição e à disposição (*habitus*) femininas. (...) Vale ressaltar, a emergência do *care* como profissão implica o reconhecimento e a valorização do trabalho doméstico e do trabalho familiar como “trabalho”; em outras palavras, a associação do trabalho do *care* como uma profissão feminina deixa de ser natural (HIRATA; GUIMARÃES, 2012, p. 84)

Segundo Hirata (2016, p. 7), o trabalho do *care* é uma imagem das desigualdades interseccionadas pelas questões de gênero, de classe e de raça, já que, na maioria das vezes, são trabalhadoras mulheres, pobres, negras e imigrantes, tanto migração interna quanto externa.

Ao pensar no envelhecimento das pessoas vivendo com HIV, também precisamos incluir o marcador da idade interseccionando com os demais marcadores de gênero, sexualidade e de raça. Pocahy (2018, p. 99) expõe a questão de o HIV já ser uma doença que, por si só, apresenta uma aceleração do envelhecimento do organismo, fato que se associa a dois grupos de sujeitos: aqueles que envelhecem com a doença e os idosos/as que se infectam com o vírus do HIV.

É importante refletir sobre algumas condições de vida que podem acometer a trajetória dessas mulheres vivendo com HIV. A ausência de oportunidades de acesso à educação e emprego pode trazer um caminho de empregos informais e precarizados. A chegada da idade dificulta o trabalho mais pesado e a necessidade de pessoas que as auxiliem nos seus próprios cuidados. Dessa forma, a delegação do cuidado ao chegar à velhice traz um peso para os/as familiares, dado que as políticas públicas – muitas vezes – são insuficientes nesse momento da vida.

Veras (1995, p. 19) já apontava uma observação importante a ser feita sobre a mulher idosa, que possuía uma posição econômica inferiorizada na sociedade, devido a sua dependência da renda ou dos proventos de aposentadoria e pensão do marido: “A exiguidade

¹⁶ A RAIS é um registro administrativo compulsório, que deve ser preenchido pelas empresas brasileiras, indicando ao Ministério do Trabalho e Emprego o quantitativo de trabalhadores que mantinha em 31 de dezembro de cada ano, com objetivo de suprir às necessidades de controle da atividade trabalhista no país e prover dados para elaboração de estatísticas do trabalho e a disponibilidade de informações do mercado de trabalho às entidades governamentais (MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA, 2022).

dos ganhos é um problema particularmente sério para as mulheres idosas, com saúde deficiente e que vivem sós, o que é também mais grave nos estratos socioeconômicos inferiores" (VERAS, 1995, p. 19).

O contexto atual de implementação de uma grande restrição de direitos sociais, pautada no uso do aumento do número de idosos/as com o intuito de se realizar políticas econômicas com cortes de gastos, resulta em aumento da desigualdade e da letalidade desses sujeitos e acabam por potencializar a precarização e vulnerabilidade daqueles que já são historicamente desfavorecidos, os idosos (POCAHY, 2018, p. 100).

Segundo Debert (2021), a pessoa idosa que não está disposta a viver esse período da vida de uma maneira pré-estabelecida, que não adotou formas de consumo e atividades físicas adequadas, tem imputado a ela um erro, ou seja, os dramas da velhice passam a ser associados a atitudes individuais que foram ou deixaram de ser tomadas, já que muitas doenças são consideradas auto infringidas, ou seja, acontecem devido à ausência ou não de atitudes que podem se tornar prejudiciais à saúde ao longo dos anos.

Há também uma transformação na sociedade contemporânea em que a juventude deixa de ser um estágio etário, cronológico, e passa a ser um bem de consumo, deve ser sempre supervalorizada e desejada eternamente, enquanto a velhice é colocada como produto do descuido e da ausência de autoestima. A velhice deve ser pensada em seus diversos atravessamentos, não sendo igual para todos os grupos sociais, ou seja, as diferenças de classe, gênero, raça e etnia devem ser consideradas, incluindo o contexto social, político, econômico e cultural que elas se dão.

Assim, é relevante pensar como a interseccionalidade, sendo uma ferramenta analítica, se situa nas relações de poder que são moldadas por contextos históricos, intelectuais e políticos particulares, sob a conjuntura de uma ideologia neoliberal, do populismo da extrema direita e das aproximações com o fascismo. A interseccionalidade se esforça para olhar o poder sob vários ângulos e se perguntar que tipo de relação de poder está por trás daquelas que são mais visíveis em determinado contexto (COLLINS; BILGE, 2020, p. 278).

4 HIV E ENVELHECIMENTO

4.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

O levantamento realizado em novembro de 2020 pelo Departamento Intersindical de Estudos e Estatísticas Socioeconômicos (DIEESE, 2020)¹⁷ sobre o perfil das pessoas com 60 anos ou mais identificou que o Brasil tem 37,7 milhões de pessoas nessa faixa etária, representando 17,9% da população total. Dessa população, 85% moram com outras pessoas no domicílio e 15% moram sozinhas.

A parcela dos/as idosos/as que contribuem com 50% ou mais da renda do domicílio é de 75%. Esse dado mostra a importância da capacidade econômica delas na composição financeira familiar. Em relação ao trabalho, 18,5% continuam trabalhando. Outro fator relevante foi que 68% dessa faixa etária são dependentes do SUS e 58% possuem comorbidades.

Segundo o Relatório DESA da ONU¹⁸ (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas), o número de habitantes do planeta deve chegar a 9,7 bilhões de pessoas em 2050 e cerca de 11 bilhões em 2100, demonstrando desaceleração do crescimento e da taxa de fertilidade. Em 2018, pela primeira vez, mais pessoas tinham 65 anos ou mais do que menos de cinco anos. Com isso, a população mundial está envelhecendo rapidamente, resultado do aumento da expectativa de vida como também da queda dos níveis de fertilidade.

Na década de 1990, a expectativa de vida global marcou 34,2 anos, passando para 72,6 anos em 2019 e devendo aumentar para 77,1 anos em 2050. Todavia, é importante frisar que, apesar do aumento na expectativa de vida global, ainda permanecem grandes hiatos entre os países, principalmente os países de baixa renda que sofrem com mortalidade infantil elevada, violência, conflitos e impactos contínuos pela epidemia de HIV.

Segundo a Assembleia Geral das Nações Unidas, em dezembro de 2020, o período de 2021 a 2030 tornou-se a Década do Envelhecimento Saudável, significando que não é suficiente aumentar os anos de vida, mas também é preciso melhorar a qualidade de vida, no sentido de mudar o modo de pensar e agir sobre o envelhecimento, assim como aumentar a participação dos/as idosos/as na sociedade e o acesso aos seus direitos, já que, mesmo com a previsibilidade

¹⁷ Levantamento realizado a partir de fontes do IBGE, Pnad Contínua (3º trimestre de 2020) e Pnad COVID-19 (novembro de 2020).

¹⁸ DESA - Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU, pesquisa publicada em 17 de junho de 2019.

do processo de envelhecimento global, ainda falta muito a ser feito para responder às necessidades dos/as idosos/as¹⁹.

No Brasil, segundo nota do IBGE publicada em novembro de 2021, a expectativa de vida passaria de 76,6 anos em 2019 para 76,8 anos em 2020, sem considerar o cenário da pandemia de COVID-19. Em relação aos dados entre homens e mulheres, a esperança de vida ao nascer seria de 73,3 anos para homens e 80,3 anos para mulheres em 2020. Entretanto, os pesquisadores alertam que os resultados serão mais bem elaborados com o levantamento do Censo de 2022 (SEM CONSIDERAR..., 2021). Dessa maneira, todos os números trazidos até aqui mostram que o país passa por mudanças na sua configuração etária.

O envelhecimento populacional apresenta relações importantes com os processos de Transição Epidemiológica e Transição Demográfica. O termo *transição* remete a mudança, movimento ou passagem de uma posição, de um estado ou condição para outra (SACCONI, 2009). A princípio, a teoria da transição epidemiológica foi desenvolvida por Abdel Omran em 1971²⁰.

Assim, considera-se transição epidemiológica como “as mudanças ocorridas ao longo do tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica passando de um padrão com predominância de doenças infecciosas e parasitárias para doenças crônicas degenerativas não transmissíveis.” (OMRAN, 2001, *apud* SCHRAMM, *et al.* 2004, p. 898). O processo de transição compreenderia três fases: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis; deslocamento do perfil morbimortalidade²¹ dos grupos mais jovens para os mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante.

Esse modelo de fases do processo de transição epidemiológica é criticado por Schramm (*et al.* 2004, p. 899) pelo fato de as transformações não seguirem um padrão, visto que regiões

¹⁹ Organização Pan-Americana da Saúde notícia, em 14 de dezembro de 2020, que a Assembleia Geral da ONU declara 2021-2030 como Década do Envelhecimento Saudável.

²⁰ Abdel R. Omran era professor de epidemiologia na Escola de Saúde Pública da Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill. Sua concepção de uma transição epidemiológica foi uma das primeiras tentativas de explicar os efeitos de grandes mudanças nos serviços de saúde e nos padrões de vida sobre os padrões de doença. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/translate/google/articles/PMC2690272/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=pt&x_tr_hl=pt-BR&x_tr_pto=sc. Acesso em: 01 mar. de 2022.

²¹ Morbimortalidade é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. A morbidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. A mortalidade, por sua vez, é a estatística sobre as mortes em uma população. Assim, ambos os conceitos podem ser entendidos com a ideia de morbimortalidade, mais específica, significando aquelas doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>. Acesso em 01 mar. de 2022.

geográficas são heterogêneas, além de centralizar o modelo na tecnologia médica como principal alternativa para responder ao curso de uma transição, ignorando outras variáveis que atuam nesse processo, como econômicas, culturais e sociais.

Ainda os referidos autores justificam que, nos anos 2000, o Brasil passava por uma superposição de fases em que predominavam conjuntamente as doenças transmissíveis com as doenças crônico-degenerativas²², além de criar uma situação de morbimortalidade elevada tanto em jovens quanto em idosos/as. O Brasil se apresentava em transição epidemiológica, porém, devido a sua característica de país continental, possuía diferentes etapas de transição de acordo com cada região, caracterizando-se aí uma transição prolongada.

Essa abordagem encontra afinidade com as proposições de Chaimowicz (1997, p. 189), de que a transição epidemiológica no Brasil não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado em outros países, até mesmo com o modelo de países como Chile, Cuba e Costa Rica. O autor defende uma superposição de fases com predominância tanto das doenças transmissíveis quanto das crônico-degenerativas e polarização de situações epidemiológicas em diferentes regiões, onde se tem simultaneamente altas taxas de morbimortalidade de doenças crônico-degenerativas e doenças infecto-parasitárias.

O tema é enfatizado por Frenk *et al.* (1991, p. 494), que abordam o Brasil como exemplo do conceito de polarização epidemiológica prolongada, que se caracteriza por sobrepor as doenças tanto transmissíveis quanto crônico-degenerativas; contraposição – ressurgimento de doenças infecciosas até então controladas –; transição prolongada ou inconclusos; e polarização epidemiológica entre os países ou internamente.

Martins *et al.* (2021, p. 4484) também participam da crítica realizada para o modelo de Omram, abordando que ela não leva em conta a importância das crenças e valores culturais e sociais, considerando uma simples evolução do perfil epidemiológico de uma população. Assim, a teoria de transição epidemiológica vem sendo reformulada com propostas que possibilitam a sua ampliação para aspectos que possam ser encontrados nos perfis de envelhecimento populacional, como aumento da expectativa de vida saudável.

Uma teoria alternativa a esse modelo, a *transição para a saúde*, foi criada como um modelo mais amplo e complexo, no qual se mantém a estrutura do modelo de Omram, porém

²² Doenças crônico-degenerativas são aquelas que, aliadas a um conjunto de fatores, levam à deterioração progressiva da saúde. A sua etiologia é multifatorial, e sabe-se que existe uma interação entre comportamento, meio ambiente e perfil genético. Disponível em: <https://www.bahia.fiocruz.br/doencas-cronico-degenerativas/> Acesso em: 01 mar. 2022.

tenta-se torná-lo mais próximo de uma realidade heterogênea e possível de ser utilizada para o caso do Brasil.

Atualmente, mesmo que o país tenha passado por uma transição de um padrão de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas e parasitárias para um perfil de doenças crônicas e não transmissíveis, ainda se convive com diversos cenários de transição, resultando numa polarização geográfica, que indica a existência de desenvolvimento regional e social diferentes.

No estudo de Martins *et al.* (2021, p. 4494), entre 1990 e 2019, um aspecto que chamou a atenção foram as causas de mortes por fatores externos, o diferencial entre homens e mulheres foi de 3,5 a 4,5 vezes maior em homens. A mortalidade por causas externas em 1990 correspondia a 79% do total de mortalidade para os homens, passando para cerca de aproximadamente 84% em 2019. Camarano (2014, p. 2) descreve que, se diminui o percentual de jovens, significaria que o número total de mortes por causas externas deveria também reduzir. Entretanto, não é o que ocorreu, já que houve uma queda de 4% na proporção de jovens de 15 a 29 anos entre 1991 e 2010 e um aumento de 30% na taxa de homicídios nessa faixa etária no mesmo período:

Por essa razão, considera-se que, no Brasil, assim como na América Latina, em geral, é importante destacar a chamada tripla carga de doenças, destacando as causas externas dos demais agravos não transmissíveis, tamanha sua importância no cenário epidemiológico. Os avanços tímidos ou inexistentes na superação das mortes por causas externas no país preocupam por refletirem a desigualdade socioeconômica e regional do país. (MARTINS *et al.*, 2021, p. 4494).

Martins *et al.* (2021, p. 4491) afirmam que os/as brasileiros/as passaram a viver mais, porém a relação entre expectativa de vida e a expectativa de vida saudável demonstrou que não necessariamente os anos prolongados de vida significaram tempo de vida saudável.

O perfil epidemiológico do HIV sofreu mudanças significativas desde os primeiros casos no Brasil. Na década de 1940, o país passou por uma queda na taxa de mortalidade, principalmente por mortes decorrentes de doenças infecciosas e parasitárias e houve um crescimento do número de mortes por doenças do aparelho cardiovascular, sendo esse perfil delegado ao envelhecimento da população. (MEDRONHO, 2009).

De acordo com Chaimowicz (1997) e Oliveira (2019), existe uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica, demográfica e envelhecimento populacional. Conforme Oliveira (2019, p. 69), o comportamento demográfico brasileiro encontra-se numa

fase com taxa de fecundidade²³ reduzida a níveis mínimos, levando a uma queda da participação do grupo etário das crianças na população. Enquanto a redução da mortalidade e elevação da expectativa de vida impactam no aumento do peso do grupo etário dos/as idosos/as com relação à população total. Dessa maneira, esses dois fatores contribuem para o envelhecimento populacional.

O autor ainda aborda as diferenças regionais para o envelhecimento populacional. Na década de 1980, as regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentavam as maiores porcentagens de idosos/as. No Sul e Sudeste, a redução da fecundidade foi o principal fator, já o Nordeste contou com a intensificação da emigração da população em idade reprodutiva. As regiões Norte e Centro-Oeste que não tiveram uma aceleração do número de idosos/as porque receberam contingentes populacionais significativos de adultos/as jovens de outras regiões do país.

Tratando-se deste tema, Camarano (2014, p. 81) sintetiza estudo populacional em quatro fases. Na primeira fase, que compreende o final do século XIX até meados de 1930, o país apresentava altas taxas de natalidade²⁴ e mortalidade. Dentro desse período, entre 1870 e 1930, observou-se um incremento no crescimento populacional que foi resultado da imigração internacional.

Entre os anos de 1940 e 1970, inicia-se a segunda fase. Monteiro (1997, p. 189) demarca o início do processo de transição demográfica com a queda da mortalidade, passando de 43,5% de óbitos causados principalmente por doenças infecciosas e parasitárias para 11,4% em 1980. Camarano (2014, p. 89) acrescenta que foi o momento em que o país mais crescia em população, se industrializava, expandia os equipamentos sociais urbanos, havia correntes migratórias do campo para a cidade, introdução dos antibióticos e campanhas de vacinação. Com isso, houve queda da mortalidade, enquanto que, a expectativa de vida e a fecundidade se mantiveram com altos níveis.

O período de 1950 a 1970 ficou conhecido como Baby Boom²⁵, devido à explosão no crescimento populacional. A partir daí, iniciou-se o período de redução da taxa de fecundidade

²³ Taxa de Fecundidade corresponde ao número médio de filhos nascidos vivos, tidos por mulher ao final do seu período reprodutivo, em determinado espaço geográfico. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa05.htm>. Acesso em: 03 mar. 2022.

²⁴ Taxa de natalidade corresponde ao número de nascidos vivos, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa06.htm>. Acesso em: 03 mar. 2022.

²⁵ Ao final da Segunda Guerra Mundial, países como Estados Unidos, França e Inglaterra vivenciaram um crescimento demográfico abrupto que foi apelidado de *Baby Boomers*, na tradução literal explosão de bebês, que durou de 1945 a 1964. Estas crianças do pós-guerra atingiram a idade adulta na década de 1970,

e foi acompanhada pela manutenção da redução da mortalidade. A esperança de vida ao nascer²⁶ cresceu 27 anos, podendo ser considerada uma das maiores conquistas sociais da segunda metade do século XX. Essas mudanças estavam ocorrendo juntamente com outros importantes fatores, como o aumento da escolaridade, a inserção da mulher no mercado de trabalho, alterações nos arranjos familiares, como os contratos tradicionais de gênero, duração dos casamentos e menor número de filhos.

De acordo com Camarano (2014, p. 627), os debates sobre crescimento populacional ganharam destaque a partir dos anos 1950, já que quase todos os países do hemisfério, inclusive o Brasil, vinham no percurso de altas taxas de fecundidade e de redução da mortalidade infantil, resultando em grande produção literária com a preocupação do crescimento populacional. Inclusive, em 1954, foi realizada a primeira Conferência de População e Desenvolvimento, organizada pelas Nações Unidas e pela União Internacional para os Estudos Científicos da População – *International Union for the Scientific Study of Population* (IUSSP). O objetivo era a discussão sobre as causas e consequências do crescimento populacional e políticas de planejamento familiar.

A terceira fase começa a compreender, aproximadamente, nos anos 1970, com o começo da queda da taxa de fecundidade, ocasionada pela utilização de métodos anticoncepcionais e pela esterilização, que muitas das vezes foi realizada sem o conhecimento da mulher. Oliveira (2019, p. 73) complementa que a redução do número médio de filhos foi devido ao reflexo das mudanças comportamentais das mulheres, do ingresso no mercado de trabalho, da intensificação do processo de urbanização e do aumento do nível de instrução, principalmente nos anos 2000.

A quarta fase se caracterizaria a partir da primeira década do século XXI no Brasil. A taxa de crescimento da população brasileira continuou em declínio, entre 2000 e 2010 cresceu 1,2% a.a., se comparado a taxa dos anos 1950 que foi de 3,0% a.a. No Censo Demográfico de 2010, (IBGE, 2016) observou-se a continuação da queda da fecundidade. O processo de envelhecimento continuou acelerado, tendo os *baby boomers* entrando na faixa etária idosa, transformando-se em *elderly boomers*.

acompanhando e participando de diversas transformações sociais, políticas e culturais pelas quais o mundo passou, principalmente o norte global. No Brasil, os Baby Boomers passaram a participar efetivamente do mercado de trabalho nos anos de 1970. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ladem/2020/05/28/baby-boomers-o-que-significa-e-quais-sao-as-caracteristicas/>. Acesso em: 03 mar. 2022.

²⁶ Esperança de vida ao nascer representa o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a longevidade da população e o seu aumento indica melhoria das condições de vida e saúde da população. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa10.htm>. Acesso em: 03 mar. 2022.

O processo de transição demográfica traz consequências que podemos perceber hoje pelo número cada vez maior de idosos/as, e isso nos faz refletir que esse fato traz muitas demandas de cuidado e acesso a serviços mais especializados de saúde para a população idosa, como o aumento do número de doenças crônicas que necessitam de acompanhamento constante. Entretanto, algumas doenças transmissíveis, como HIV, malária e dengue, ainda permanecem no contexto epidemiológico do país.

Em 2019, o cenário brasileiro passou a ser de redução do grupo etário das crianças, ainda em decorrência da taxa de fecundidade decrescente e do progressivo aumento do número de idosos/as com elevação da expectativa de vida (OLIVEIRA, 2019, p. 70).

O envelhecimento populacional é uma realidade que traz muitas discussões acerca da temática. Dentre elas, pode-se destacar a preocupação de desestigmatizar a imagem do idoso como um peso para a sociedade e a preocupação com o desenvolvimento de políticas públicas para o segmento de um envelhecimento saudável. Segundo Veras (2018), envelhecimento saudável significa manter a capacidade funcional e a autonomia, bem como a qualidade de vida, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS e com foco na prevenção de doenças.

Segundo Motta (2010), o envelhecimento e sua personificação nas figuras do idoso e da idosa se ausentam politicamente de movimentos da década de 1960 – movimentos estudantis, hippie, feminista, negro etc. O debate tomou um rumo mais substancial no contexto de redemocratização ganhando espaço político a partir do momento que se teve um marco legislativo de sua introdução na Constituição Federal de 1988, dentre muitos dispositivos referentes aos idosos, destacam-se os artigos 229 e 230, respectivamente:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Na década de 1990, com o crescimento demográfico, a temática do envelhecimento vai ganhando consistência com a efervescência de movimentos políticos, dos/as aposentados/as e a afirmação da previdência pública.

Apesar dos avanços dessa temática na conjuntura política, inclusive como caminho para as outras legislações que vieram em seguida: A Política Nacional do Idoso Lei n. 8.842 (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso, instituída pela Lei n. 10.741 (BRASIL, 2003a), também

foi se tornando uma construção de um discurso de que o crescimento do número de idosos seria um problema para a Previdência Social e demais políticas sociais.

Nos dois artigos seguintes citados, é possível tecer algumas críticas com relação à forma como são posicionados a família como primeira a ser citada em amparar o/a idoso/a, preferencialmente em seus lares. A família, muitas vezes, torna-se o único amparo protetional do/a idoso/a, além de muitas vezes recair esse papel do cuidado sobre as mulheres.

Segundo Camarano (2004, p. 137), o envelhecimento populacional ocasiona mudanças nas formas familiares, uma vez que é preciso uma organização em face das novas alterações na capacidade funcional e financeira do/a idoso/a, de maior dependência dos jovens e do enxugamento do papel do Estado.

A feminização da velhice aparece nos estudos de Camarano (2002, p. 6). Em 1996, 54,4% dos/as idosos/as eram do sexo feminino, explicado pela maior longevidade das mulheres. Uma das características trazidas pela autora é que 45% das mulheres idosas eram viúvas, e em geral, tinham uma tendência maior em viverem sozinhas do que os homens. Os homens idosos em alguma relação conjugal representavam 80%. É fundamental pensar no aspecto de longevidade maior das mulheres e o aspecto cultural de que os homens se casam com mulheres mais jovens e que, por sua vez, culturalmente, as idosas têm maior dificuldade de terem outras relações conjugais.

4.2 ENVELHECER COM SAÚDE? VULNERABILIDADE DE IDOSOS/AS

Quando nos perguntamos “o que é envelhecer com saúde?” Muitas frases surgem sem muito aprofundamento, oriundas das histórias de vida que passamos: “ter uma velhice sem doença, ou pelo menos que não seja grave, ter qualidade de vida, cuidar do corpo para não ficar tão “caído”, ter recursos para pagar um plano de saúde, uma aposentadoria que não precise trabalhar mais, “não depender de ninguém para cuidar de mim.”

A partir daí a pesquisa sobre envelhecer com saúde passou a seguir um rumo. A princípio, passou-se conhecer o significado da palavra *velhice*. Outros termos foram surgindo, tais como *terceira idade*, *envelhecimento ativo*²⁷ e *aposentadoria*.

A velhice para muitos pode ser vista como perda da vida social, da autonomia e da saúde física e mental, ligada a uma série de imagens negativas e estigmatizantes (LINS DE BARROS,

²⁷ Na década de 1990, surgiu o termo envelhecimento ativo definido como “o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem.” (WHO, 2002 *apud* ASSIS, 2002, p. 3)

2006, p. 110). Dessa forma, é fundamental compreender algumas definições referentes ao envelhecimento, observando que não se objetiva chegar a conceitos restritivos e taxativos, em vista da sua complexidade, porém acredita-se que seja importante trazer algumas pontuações para o caminho de análise desta pesquisa. Segundo Veras (1995, p. 30), a concepção da velhice não é absoluta, por isso é mais clivada de interpretações, já que se transformam historicamente.

Começamos com o termo *velhice*, com a formação na estrutura da palavra por derivação sufixal *ice*. Segundo Pezatti (1990, p. 167), o sufixo *ice* “junta-se a nomes que exprimem propriedades negativas do tipo moral ou mental. A noção pejorativa pode vir tanto do traço semântico do próprio morfema lexical²⁸ quanto do sufixal, exemplo burrice”.

Para Henning e Debert (2015), a velhice é composta por inúmeras expressões, denominada pelos autores de “as velhices”, visto que há o entrelaçamento de diversos marcadores sociais como gênero, etnicidade, raça, classe social, geração, localidade, nível educacional, identidades sexuais, entre outros, que uma pluralidade de grupos dentro de um grupo maior. Segundo Haddad (1986, p. 29), não se pode generalizar que o indivíduo que mantenha sua atividade intelectual preservará sua capacidade de produzir, dado que, numa sociedade de classes, apenas uma minoria tem o privilégio de acessar os recursos disponíveis.

Esta ótica encontra afinidade com as proposições de Motta (2010 p. 234), dentro do grupo etário existem várias formas de envelhecer: “É preciso lembrar que, no interior de cada grupo geracional ou de idade, constroem-se representações, identidades e situações sociais.”

Lins de Barros (2006, p. 121) acrescenta nessa perspectiva que a construção de ideias e práticas em torno do conceito de terceira idade se opõe ao estigma da velhice, já que, para a autora, a velhice é vista como o fim da vida, associada à doença, às transformações negativas do corpo com declínio da vitalidade, à improdutividade, solidão e morte. A terceira idade e a velhice coexistem na sociedade como resultados de ações nas trajetórias de vida dos sujeitos. O que vai diferenciar os dois modelos são “as relações de desigualdades sociais que se expressam no enorme contingente de velhos que vivem na pobreza e, portanto, impedidos de aderir aos elementos que compõem a terceira idade.”

Diante do exposto, é preciso pensar o envelhecimento como um processo, heterogêneo e, como tal, é dinâmico e histórico, sendo atravessado por diversos marcadores sociais, nos quais o lugar do idoso determinará como será seu processo de envelhecimento.

²⁸ Segundo Sacconi (2006, p. 70), morfema lexical é o nome designado para um elemento linguístico que, isolado não possui nenhum valor, ou seja, são os radicais das palavras, que conjuntamente com outros elementos estruturais das palavras permitem a formação e significação de diversas palavras no vocabulário brasileiro.

O termo “terceira idade” foi criado pelo gerontologista francês Huet, o qual associou o início dessa fase com a idade entre 60 e 65 anos e a aposentadoria. Para Minayo e Coimbra Júnior (2002, p. 20), a terceira idade é uma categoria social que intitula o envelhecimento ativo e independente.

A aposentadoria é um momento que pode ser tão desejado enquanto estamos na vida adulta, o sonho de poder usufruir do tempo livre como descanso ou para outros o início de “curtir” a vida sem as obrigações da rotina do trabalho, ou não. Na atual conjuntura, está cada vez mais distante de chegar a esse sonho. Essa realidade está cada vez mais distante para as pessoas que precisam adiar esse momento, ou quando se aposentam precisam continuar trabalhando para complementar a renda. A divulgação da imagem do envelhecimento como um problema e um peso para o Estado (e não um direito conquistado pelo/a trabalhador/a) é uma realidade.

Por outro lado, a sociedade em que vivemos cada vez mais prioriza a cultura do jovem, o novo é sempre melhor, diante da ideologia do descarte, o/a idoso/a se torna um ser descartável (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 12). A velhice também pode ser um caminho de distanciamento da vida social e levar à depressão ou trazer outras doenças que podem afetar tanto mental quanto psicologicamente.

As transformações no corpo, sobretudo feminino, produzem muitos medos: de ficar com rugas, de ficar flácida e de não ser mais aceita socialmente. A escrita em feminino pode trazer alguns questionamentos a respeito de como o envelhecimento é visto pelo mundo feminino, chegando ao ponto de ser uma fobia. A gerontofobia é o termo usado para pessoas que têm aversão ou medo patológico de pessoas idosas ou do próprio processo de envelhecimento.

Segundo Veras (2009, p. 550), para se pensar a qualidade de vida como base para novas políticas de cuidado para o/a idoso/a, é preciso colocar como aspecto fundamental a capacidade funcional, mesmo diante de uma ou mais doenças crônicas, ou seja, “a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”. A promoção do envelhecimento ativo ou saudável é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Assis (2005) traz a discussão do envelhecimento de forma mais ampla, na qual para ser bem-sucedido é preciso não só estar ausente de doenças e manter a capacidade funcional, mas que exista uma combinação desses fatores com o engajamento ativo com a vida, ou melhor, participação, mesmo que seja no âmbito doméstico. É fundamental refletir sobre o envelhecimento ativo na influência de determinantes econômicos, comportamentais, pessoais, meio ambiente, físicos, sociais e de acesso aos serviços sociais e de saúde.

4.3 INVISIBILIZAÇÃO E OS DESAFIOS DE ENVELHECER COM HIV

É fundamental afirmar que, para a faixa etária de idosos/as com HIV, existem dois grupos com características distintas: 1) o dos/as idosos/as que contraíram o vírus há mais tempo e estão envelhecendo com o vírus; e 2) o daqueles/as que contraíram a doença após os 60 anos de idade.

A presente pesquisa debruça-se sobre o primeiro grupo, que tem maior expressividade na realidade do HESFA/UFRJ. Esse grupo é importante porque a condição de envelhecer com HIV tornou-se possível devido aos avanços dos antirretrovirais e às políticas públicas de acesso universal aos medicamentos, dos quais o HESFA faz parte.

Como vimos, o Brasil passa por uma transição demográfica acelerada, ainda que haja muita heterogeneidade interna no país. Em associação com isso, a condição de portador/a do HIV deixou de ser sinônimo de uma doença da qual as pessoas morriam rapidamente, como nas décadas de 1980 e 1990, passando a ser uma doença controlável com o uso correto dos medicamentos e determinados cuidados de saúde.

As pessoas, que se infectaram nas primeiras décadas da doença e puderam ter acesso aos medicamentos, passaram por diversas experiências na trajetória de viver com HIV e hoje passam por mais um desafio, não só o de envelhecer, mas o de fazê-lo com o vírus do HIV. Para as mulheres, torna-se um triplo desafio, pois trata-se de ser mulher com uma doença crônica estigmatizante.

É importante registrar que a AIDS em si traz consigo uma aceleração do envelhecimento biológico, colocando os/a idosos/as numa situação de fragilidade perante as comorbidades que já são comuns ao envelhecimento, revelando a vulnerabilidade a outras doenças, como as cardiovasculares, a insuficiência hepática ou renal e a tumores, dentre outras²⁹.

O envelhecimento para a mulher traz um sentido, muitas vezes, de fazer com que se sinta invisível, por não ser vista ou desejada como na sua juventude. A condição de mulher idosa vivendo com HIV traz uma dupla invisibilidade social, quer pelas intercorrências de seu processo de envelhecimento, quer pela condição de portadora de doença crônica e estigmatizante.

A invisibilidade não pode ser vista apenas por esse foco que considera relações de gênero/sexualidade, é preciso também ampliar as reflexões e perceber que as relações de poder

²⁹ “Envelhecimento dos soropositivos é o novo desafio de luta contra o HIV” Matéria divulgada em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/30/ciencia/1512064284_058319.html

se encontram entranhadas na sociedade. Assim, elas perpassam vários marcadores sociais que intensificam a ação invisibilizadora, como raça e classe social.

O estigma traz uma invisibilidade social para os grupos que já sofrem algum preconceito ou indiferença. Segundo Rodrigues Júnior (2007), a invisibilidade social aponta para a construção de um fenômeno que está ligado a estigmas impostos a determinados grupos, os quais não são reconhecidos como iguais perante os demais, mostrando superioridade e dominação.

Desse modo, o estigma pode afetar a qualidade de vida das pessoas e trazer dificuldades de acesso ao tratamento, não só do HIV como também a procura por acompanhamento da saúde necessária a idosos/as.

5 MULHERES SOROPOSITIVAS IDOSAS ATENDIDAS NO HESFA

5.1 A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Nesta etapa do trabalho, serão apresentados o desenvolvimento da pesquisa com a metodologia adotada e os resultados encontrados a partir da escolha do objeto de estudo que se delineou para a finalização do Trabalho de Conclusão de Curso. O público-alvo da pesquisa são as mulheres atendidas no SAE/HESFA, com 60 anos ou mais e vivendo com HIV há pelo menos duas décadas.

Previamente a escolha da temática, o interesse se originou devido à experiência pessoal em razão da perda precoce de um familiar para a AIDS na década de 1990, vivenciando todos os aspectos daquele período: a ausência de eficácia dos medicamentos, a participação nas redes de solidariedade de cuidados, as doações de medicamentos; convivência com o preconceito e discriminação, oriundos não só por parte de vizinhos/as, familiares, mas também da própria equipe de saúde.

Já o interesse pela condição feminina se originou da convivência numa família chefiada por mulheres: bisavó, avó e mãe, que tiveram que juntas enfrentar a AIDS na condição de mulheres chefes de família.

Passados 30 anos de luto e muitas inquietações sobre a temática, tive a oportunidade de me candidatar para uma vaga de estágio no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do HESFA. O estágio foi um processo importante para a construção dos caminhos para aprofundar o conhecimento sobre a temática de HIV e condição feminina.

O primeiro período de estágio foi muito enriquecedor por proporcionar uma maior aproximação de uma realidade diferente daquela lembrança do passado, já que, em relação ao tratamento, os/as usuários/as atuais podem adquirir os antirretrovirais de forma gratuita e como um direito proporcionado pela existência da Lei Federal n.º 9.313 (BRASI, 2016b). Entretanto, também pude perceber que, apesar dos avanços, a discriminação e o estigma ainda persistem na vida das pessoas com HIV.

A princípio, a metodologia escolhida para construção do TCC foi de natureza quantitativa, qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa de natureza qualitativa foi na tentativa de se caminhar para um caráter crítico porque se buscou compreender as experiências vividas e como se davam as interações dessas mulheres com o diagnóstico, o meio em que vivem e seus rebatimentos.

A parte qualitativa foi desenvolvida inserindo informações das trajetórias dessas mulheres numa matriz de coleta de dados criada para facilitar a sistematização dos conteúdos. Entretanto, é fundamental refletir de forma coletiva acerca das vivências dessas mulheres para que não se caia na individualização das questões. Segundo Minayo (2014, p. 130), “a posição diferenciada de classe, categoria ou segmento confere ao sujeito uma forma peculiar de perceber e de reagir diante de fenômenos que dizem respeito à vida e à sua morte.”

Assim, encontro base nas palavras de Minayo para perceber que é imprescindível a tentativa de compreender a realidade dessas mulheres numa perspectiva de totalidade:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p. 22).

Segundo Gil (2002, p. 42), a pesquisa descritiva é aquela que objetiva estudar as características de determinados grupos, como raça/cor, gênero, escolaridade, idade, religião, dentre outras: “Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis e pretendem determinar a natureza dessa relação.”

Minayo (1994, p. 31) expõe que a fase exploratória na pesquisa qualitativa localiza-se tanto na construção do projeto quanto também é posterior a ela.

A escolha do tema, a delimitação do problema, a definição de objetos e objetivos, a construção do marco teórico conceitual, a escolha dos instrumentos e a exploração de campo foram fases que compuseram a trajetória de investigação.

Ainda a mesma autora complementa que a análise da fase exploratória deve ser baseada em uma pesquisa bibliográfica crítica e reflexiva ampla, porque precisa abranger o objeto estudado, disciplinada com sistematização da prática, aproximado com outros conhecimentos, condicionados historicamente.

Dessa forma, para identificar as características socioeconômicas e culturais, coletar dados que possibilitaram a reconstrução das trajetórias de acompanhamento em saúde dessas mulheres, assim como os principais eventos relacionados à história da epidemia de HIV com essas mulheres e identificar aspectos que favoreçam ou dificultem a adesão e continuidade ao tratamento, a pesquisa almejou utilizar os seguintes instrumentos como forma de tentativa de maior aproximação da realidade de vida de mulheres idosas vivendo com HIV: levantamento bibliográfico, análise documental dos prontuários, busca ativa das usuárias delimitadas pela pesquisa, entrevista semiestruturada e análise dos dados coletados.

Entretanto, durante a elaboração da pesquisa, dificuldades surgiram para a realização de algumas etapas e utilização de alguns instrumentos. A princípio, a utilização da entrevista semiestruturada como instrumento de pesquisa permitiria ampliar o campo de fala dessas mulheres, trazendo para a pesquisa fatores atuais do cotidiano. Assim, foi necessário solicitar a autorização por meio de carta de anuência encaminhada à coordenação do setor do SAE e à direção do HESFA tanto para a realização das pesquisas em prontuários quanto para a realização das entrevistas com as usuárias.

A partir disso, houve o envio de toda juntada de documentos para a Plataforma Brasil. Ademais, foi preciso solicitar à Direção da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), onde trabalho, a minha saída temporária em horário pré-estabelecido para realização da pesquisa em campo. Devido a algumas negativas com relação à saída para realizar a pesquisa, precisei solicitar carta ao meu orientador para comprovar a necessidade dessa solicitação e incluir a elaboração de um relatório sobre todas as minhas atividades e possíveis impactos que a minha ausência como servidora pública poderia acarretar ao processo de trabalho.

Logo, o prazo para conclusão de todas as autorizações, levando em consideração o tempo de resposta de cada setor, foi realmente curto demais para que se pudesse realizar as entrevistas, ficando a pesquisa restrita apenas à análise dos prontuários no campo de pesquisa.

A primeira etapa da pesquisa se deu a partir da identificação e quantificação das mulheres atendidas no SAE/HESFA com 60 anos ou mais e que vivem com HIV há pelo menos duas décadas. A identificação dessas mulheres para o estudo se deu a partir da utilização de uma planilha no programa Excel disponibilizada pelo próprio SAE como fonte primária de dados sobre a população usuária. Além dos cuidados éticos habituais relacionados ao trabalho científico e regulados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 510 (BRASIL, 2016), ao manipularmos a planilha, também se atentou ao estabelecido pela Lei Federal n. 12.527 (BRASIL, 2011) que regula o acesso a informações dos/as cidadãos/ãs.

A planilha no Excel contém os dados dos/as usuários/as em ordem alfabética por nome, subdivididos conforme as seguintes situações: (1) ativo (em tratamento no setor), (2) em óbito, (3) em transferência de local de tratamento, (4) em abandono de tratamento e (5) alta (crianças não infectadas). Além dessas condições, a planilha informa a data de matrícula no HESFA, o nome completo do/a usuário/a, seu número do prontuário, sua data de nascimento, seu sexo (feminino e masculino) e seu/sua médico/a responsável pelo atendimento.

A partir daí, como procedimentos preliminares da pesquisa, necessários à definição mais precisa do universo pesquisado, foram utilizados filtros na manipulação da planilha. A primeira

etapa foi filtrar o campo “sexo”, para exclusão dos homens³⁰. A segunda etapa foi utilizar a listagem das mulheres e filtrar o campo “situação” para incluir apenas as *mulheres ativas*³¹. Em seguida, utilizou-se o filtro no campo “data de nascimento”, caracterizando apenas as nascidas até 1962, correspondendo, portanto, ao critério etário desta pesquisa. Nesse grupo, foi adicionado também outro filtro para o campo “data da matrícula”, estipulando pelo menos 20 anos de matrícula no SAE, ou seja, de 1997 a 2001.

Durante o período de 1997 a 2021, o SAE acumulou 1742 usuários/as cadastrados/as no setor, e muitos/as ainda estão em atendimento contínuo por serem classificados como doença crônica. Desse total, 1180 usuários/as são do sexo masculino e 562, do sexo feminino. O resultado da seleção foi de 34 mulheres de 60 anos ou mais, com pelo menos duas décadas de tratamento, correspondente a 1,77% do total de usuários/as atendidos no SAE/HESFA até hoje. Desses, a partir de uma pesquisa por nome no Portal Extrajudicial de Consulta de Nascimentos e Óbitos na página eletrônica do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro³², foi possível verificar se existia algum óbito ainda não atualizado pelo sistema eletrônico do SAE. Tal procedimento resultou no achado de duas usuárias em óbito ainda não registradas pelo sistema. Durante a procura dos prontuários no setor de arquivo, dois prontuários estavam ausentes, pois se referiam a usuárias que foram transferidas do setor. Ao final dessa primeira busca, foram encontrados 30 prontuários que passaram a constituir esta amostragem.

A análise documental é uma etapa da pesquisa que foi desenvolvida com início na planilha do setor e continuada por meio dos prontuários. Segundo Cellard (2008, p. 304), para a análise documental, é importante compreender o contexto histórico no qual o documento foi elaborado. A desconstrução e reconstrução do material, extraindo elementos pertinentes do documento, objetiva responder aos questionamentos do/a pesquisador/a:

A história mudou de posição em relação ao documento: ela se atribui como tarefa primeira, não mais interpretar, nem determinar se ele diz a verdade e qual é o seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo internamente, elaborá-lo, ela o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. Portanto, o documento não é mais para a história essa matéria inerte, por meio da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado, e do qual somente o rastro permanece: ela busca definir, no próprio tecido documental, unidades, totalidades, séries, relações (FOUCAULT *apud* CELLARD, 2008, p. 304).

³⁰ Infelizmente, como os registros do SAE são antigos e não incorporaram as discussões da última década em torno da diversidade de gênero, tal critério excluiu da amostra desta pesquisa as mulheres trans. Isso ocorre porque no registro, o sexo delas aparece como masculino.

³¹ “Ativas” nesse caso refere-se à condição delas no SAE: se permanecem acompanhadas pela unidade de saúde.

³² A página eletrônica é: <http://www4.tjrj.jus.br/SEIDEWEB/default.aspx>.

Dentro dessas concepções, a análise dos prontuários foi realizada utilizando como base o Modelo de Matriz de Coleta de Dados (MMCD)³³, de forma a possibilitar a construção de um roteiro com elementos que contribuíssem com os objetivos do projeto. De acordo com a Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), prontuário é:

um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Sendo um documento informacional, é constituído por diversos atores, que possuem diferentes interesses e objetivos, dentre eles, os/as usuários/as, familiares e a equipe multiprofissional de saúde (não apenas médica). Além de ser considerado um instrumento de comunicação entre os/as profissionais de saúde, o prontuário pode ser visto como fonte de memória da saúde da população e como memória institucional. Tratando deste tema, Bertolli Filho (2006, p. 15) aponta que os prontuários “afloram como peças preciosas que possibilitam fixar cenários, confirmar saberes, desvelar sensibilidades, enfim, viabilizar novas possibilidades de apreensão da memória [...]”

O modelo foi construído tendo o cuidado de assegurar o anonimato das usuárias por meio de identificação com numeração cardinal sequencial. As informações foram divididas em 4 blocos com os seguintes aspectos descritos a seguir: o Bloco 1 foi a realização das *Características Individuais* contendo número do prontuário, idade, data de nascimento, Identidade de gênero, quesito raça/cor e religião. O segundo Bloco refere-se aos *Dados Socioeconômicos* contendo escolaridade, renda, ocupação, profissão, trabalho formal e acesso aos benefícios. O Bloco 3 abrangeu as *Condições de Moradia e Familiares* com as seguintes informações: bairro, município, Unidade Federativa (UF), residência asfaltada, número de pessoas residentes, status do imóvel, conjugalidade e formato da família. No Bloco 4 e último, constituiu-se como o *Ingresso no HESFA e a Relação com o HIV*, composto por: data de ingresso no setor, data do diagnóstico, como descobriu, número de internações, principais eventos de saúde, acesso ao restante da rede assistencial, uso de álcool e outras drogas, ocorrências violentas, dificuldades do tratamento, mais informações recentes, provável abandono e outras informações relevantes.

³³ Modelo incluído como Apêndice A.

No tocante às informações que precisavam ser coletadas, parecia estar se delineando um caminho sem percalços. Entretanto, os prontuários são documentos que possuem falhas durante o preenchimento dos formulários, tornando ausentes algumas das informações desejadas.

A princípio, algumas modificações precisaram ser realizadas com relação à coleta dos dados, já que não mais seria possível a realização das entrevistas, as quais seriam importantes instrumentos de atualização da vida das usuárias no HESFA. Assim, para dar seguimento ao objetivo da pesquisa em relação à trajetória dessas mulheres, foi importante a leitura minuciosa dos seus prontuários em busca de informações que pudessem caracterizar a trajetória delas na relação com o diagnóstico. Além disso, possibilitou encontrar outros detalhes que não foram idealizados anteriormente, necessitando de algumas alterações de inclusão e exclusão de informações.

A dificuldade oriunda da necessidade de esperar a autorização para me ausentar do meu local de trabalho na própria UFRJ e o curto tempo disponibilizado se somaram com a precariedade em que se encontram as condições de trabalho dos/as profissionais do HESFA, em particular do SAE.

O HESFA ainda se apresenta em obras, e o setor está com o espaço físico muito reduzido, devido ao cancelamento do aluguel de um contêiner que auxiliava na distribuição dos consultórios de outros setores, durante as intermináveis obras. Dessa forma, com essa nova distribuição, o SAE passou de quatro consultórios para apenas dois, sendo obrigatória a adoção de escala de horários dos/as profissionais por causa da redução do espaço. A sala de espera passou a recepcionar não apenas as pessoas vivendo com HIV, mas também usuários/as de outros setores.

O HESFA é uma instituição voltada para atenção à saúde, com foco no ensino, na pesquisa e extensão, com abordagem multiprofissional. No entanto, na situação em que se encontra, não há espaço adequado de estudos para os/as estagiários/as, residentes e profissionais nem mesmo para realização do trabalho profissional regular. O espaço e as condições de estudo adequados para pesquisa foram uma dificuldade encontrada para a leitura dos prontuários, que por algumas vezes teve de ser realizada no refeitório “improvisado” ou numa sala disponível junto com a assistente social que foi aguardada por um bom tempo e, mesmo assim, não eram adequadas, visto que a leitura era feita improvisando as macas hospitalares como mesa de estudo, enquanto a assistente social realizava seus atendimentos com os/as usuários/as.

É importante salientar que a sala de arquivo dos prontuários é totalmente inadequada para a guarda de documentos, com janelas quebradas, paredes e piso com o reboco exposto,

iluminação e temperatura inadequadas. Tudo isso compromete a preservação desse arquivo. Desse modo, o acesso aos prontuários foi realizado com a colaboração do arquivista do HESFA.

Ao analisar os documentos inseridos nos prontuários, na época em que se deu a entrada dos/as usuários/as no setor, percebe-se, a princípio, a padronização no preenchimento de alguns formulários. O primeiro formulário é uma Ficha de Cadastro contendo informações básicas, como nome, data de nascimento, sexo, religião, registro geral (R.G.), cadastro de pessoa física (CPF), endereço completo e telefone, religião, ocupação, profissão, estado civil entre outras.

De acordo com a rotina de atendimento do setor, o/a usuário/a é atendido/a pelo/a profissional de enfermagem e pela assistente social, gerando dois formulários respectivamente, o roteiro de enfermagem (1ª vez) e o formulário do perfil socioeconômico. Por último, é realizada a consulta com o/a médico/a, na qual é gerado um formulário chamado de Ficha de Anamnese (adulto/a). Além desses documentos, os prontuários contêm cópias de exames médicos, histórico de algumas profilaxias e as folhas de evolução do/a usuário/a onde são descritos pelos/as profissionais os procedimentos realizados durante as suas consultas.

Por meio desse primeiro contato com os prontuários, percebi a necessidade de adaptar a matriz de coleta de dados criada, dado que algumas informações não estavam presentes com exatidão, e outras foram incluídas pela pertinência de instigar novas reflexões. Além disso, alguns dados precisaram incluir um marco temporal, já que, em alguns casos, só foi possível coletar a data de ingresso como marco e outros durante a trajetória.

No bloco 1 de características individuais, a informação sobre identidade de gênero não foi coletada, já que não constava essa informação nos prontuários. O campo informacional utilizado nos prontuários se resumiu ao sexo biológico, feminino e masculino, e às práticas sexuais. Assim, os dados das práticas sexuais foram coletados.

Em relação ao Bloco 2, os dados foram identificados no marco temporal do ingresso das usuárias ao setor, a renda foi subdividida em renda da usuária e familiar. O campo da profissão não foi relevante nesta coleta, porque, apesar de haver um campo para ela no formulário, não era preenchido, de forma que a informação de ocupação se tornou um dado de maior relevância.

Aqui cabe uma reflexão sobre esse não preenchimento da profissão, podendo ser em virtude de os/as usuários/as não terem de fato uma profissão e viverem de ocupações sazonais a depender da demanda do mercado de trabalho. Assim, os/as profissionais de saúde preenchem basicamente a situação de ocupação na data do ingresso. Outros dois dados relevantes incluídos foram as informações sobre o fato das usuárias possuírem ou não registros na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e se existia alguma contribuição como autônoma ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Esse aspecto mais à frente da pesquisa se tornou

relevante porque mostrou que ao possuir a CTPS e/ou contribuição como autônoma possibilitou tornar mais estável a situação financeira atual da usuária. Este item também se tornou outra informação desmembrada em relação à situação financeira.

No Bloco 3, alguns dados foram coletados apenas no período de ingresso: número de pessoas residentes, status do imóvel, conjugalidade, formato da família. Outros puderam ser atualizadas durante a coleta, como Bairro, Município, UF, condição da via pública (se asfaltada). Algumas informações foram excluídas por não haver dados precisos como o número de cômodos, e outras incluídas como Naturalidade e Nacionalidade. O endereço da usuária foi atualizado por meio de um outro sistema eletrônico que o SAE possui no computador da recepção. Tal sistema, a partir da entrada do número do prontuário, obtém os dados mais atualizados de contato do/a usuário/a.

Ao Bloco 4 foram incluídas algumas informações com marco temporal à data do ingresso como matrícula em outra instituição de saúde e plano de saúde. Esses dados foram incluídos com o intuito de confrontar com a informação de acesso ao restante da rede assistencial na atualidade. Além dessas, foram incluídas a hemotransfusão, práticas sexuais, número de gestações, partos prematuros, abortos provocados, abortos espontâneos, método contraceptivo, total de filhos, filhos soropositivos,

Todas essas informações foram coletadas no período de ingresso e subsidiaram reflexões importantes sobre o acesso aos serviços de saúde. Em tempo, o dado de provável abandono foi substituído por “existência de situação de abandono durante o tratamento” e analisado junto com a informação de dificuldades no tratamento.

Assim, as duas informações – sobre informações recentes e outras informações relevantes – foram sendo incluídas como ponto de coleta e anotadas como aspectos qualitativos da vida das mulheres vivendo com HIV. As demais informações foram coletadas tendo como marco temporal a data de ingresso: data de ingresso, data do diagnóstico, como descobriu a sorologia, o uso de álcool e outras drogas ilícitas e ocorrências violentas. A informação, acerca dos principais eventos de saúde ocorridos durante a trajetória delas na instituição, foi coletada a partir da leitura das folhas de evolução da usuária até os dias atuais.

Conjuntamente, o levantamento bibliográfico foi uma das etapas realizadas nesta pesquisa, já que era importante construir o embasamento teórico para planejar e realizar as discussões acerca da temática e proporcionar o aprofundamento para análise crítica dos resultados encontrados. A elaboração do levantamento bibliográfico foi realizada com base na

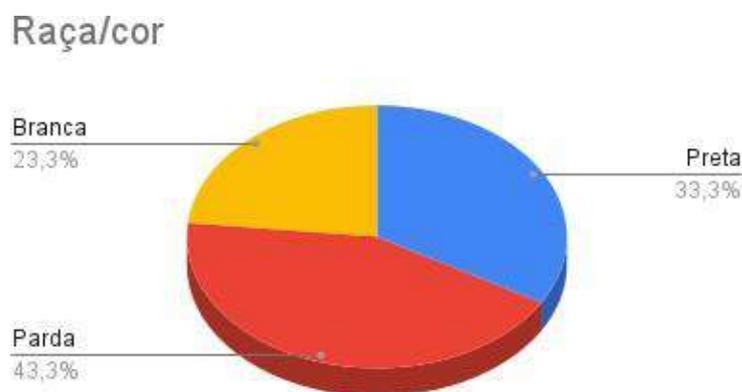
análise de fontes secundárias, como livros impressos e digitais, periódicos e boletins digitais, e tendo como fonte terciária os mecanismos de busca – *Google Acadêmico*³⁴ e *SciElo*³⁵.

5.2 APRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E DOS DADOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS E CONDIÇÕES DE MORADIA E FAMILIARES DAS MULHERES IDOSAS VIVENDO COM HIV HÁ PELO MENOS DUAS DÉCADAS.

Os primeiros dados coletados trouxeram uma característica importante sobre esse grupo de mulheres. Segundo o gráfico 1, o quesito raça/cor teve como resultado o fato de que 76,6% são mulheres negras, das quais 33,3% são pretas e 43,3% são pardas. Enquanto isso, apenas 23,3% são mulheres brancas.

Como discutido no Capítulo 3, a população negra é mais suscetível aos rebatimentos das contradições sociais, pois a raça/cor é um marcador de estratificação social colocando essas mulheres nas camadas mais pobres do país, inclusive ocupando os níveis mais baixos de escolaridade com dificuldades de acesso à educação, ao emprego e ao autocuidado.

Gráfico 1 - Proporção de raça/cor de mulheres idosas vivendo com HIV no SAE/HESFA



Fonte: Dados compilados pela autora baseados na planilha do SAE (2021).

Os números trazidos se relacionam com o fato de que a história brasileira se fundou numa ideologia escravocrata e na dominação branca, passando por diversos momentos de

³⁴ O Google Acadêmico é uma ferramenta de busca gratuita do Google para pesquisar literatura acadêmica.

³⁵ SciELO (Scientific Electronic Library Online) é um portal de revistas que organiza e publica textos de revistas na internet.

criação de mitos como o da democracia racial e estratégias políticas como o branqueamento ao longo da formação sócio-histórica e cultural do país.

Se as mulheres brancas já encontram dificuldades em se posicionarem nas relações de gênero, isso é ainda maior no caso das mulheres negras, num patamar de inferioridade social que rebete em todos os aspectos de suas vidas: o “critério” da aparência na seleção para a vaga de emprego, a baixa escolaridade e, conseqüentemente, a baixa renda e a ocupação de trabalhos mal remunerados e marcados pela superexploração, como muitas vezes ocorre no trabalho doméstico e/ou informal.

Durante a reflexão dos dados, percebe-se que a chegada acima dos 60 anos trouxe um perfil de mulheres majoritariamente negras (pardas/pretas). Refletir sobre esse dado – conforme descrito – ser resultado de nossa formação sócio-histórica e da desigualdade racial que tornou essas mulheres mais propícias à ausência dos serviços de saúde, assim, proporcionalmente maior que as mulheres brancas idosas. Entretanto, uma estratégia de pesquisa que não foi pensada, mas que seria bastante relevante, seria relacionar o número de óbitos de mulheres com o marcador raça/cor, numa perspectiva de possibilitar obter uma compreensão maior do volume das mortes de mulheres negras/pardas e brancas pelo HIV no HESFA.

Para trazer o dado "religião", é importante considerar que a coleta foi muito difícil, já que o campo do formulário em que constava a informação praticamente não foi preenchido. Entretanto, durante a leitura dos prontuários foi bastante evidente que, quando a religião era um elemento importante na vida dessas mulheres, isso era explicitamente exposto nas consultas.

O fato foi percebido em uma de cada três mulheres, que relataram sua religiosidade durante as consultas e inclusive algumas delas com relatos de que teriam a cura com “ajuda da igreja e de Deus” [SIC]. Uma visão mais positiva da relação entre espiritualidade e saúde mostra que, em condições de doenças crônicas, as adversidades impostas pela patologia dessas doenças fazem com que as pessoas busquem se fortalecer por meio da espiritualidade (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012, p. 384). Todavia, o pertencimento religioso também pode trazer conseqüências negativas para a compreensão objetiva da síndrome e adesão ao tratamento, como no caso de uma usuária que relatou em uma consulta de retorno que abandonou o tratamento e não veio mais às consultas porque acreditou que “tinha fé que Deus ia curá-la”.

Dessa forma, é importante que os/as profissionais de saúde se atentem sobre esses depoimentos trazidos aos consultórios e a necessidade de incluí-los no prontuário, porque hoje vivemos um momento de extrema ascensão de valores morais e de exaltação da religião como mais um nicho para a mercantilização. Isso é importante para que não se incorra na

culpabilização individual preconceituosa do sujeito sobre a sua decisão, mas sim procuremos construir estratégias de abordagem, de forma a respeitar a decisão do/a usuário/a, para que pudesse orientar criticamente quanto à importância do tratamento para sua saúde.

Na relação com a religiosidade, o HIV já se apresentou há 40 anos como doença promíscua e pecaminosa. Nesse tempo todo, muito se foi construindo para fortalecer a prevenção e o tratamento, principalmente o combate ao preconceito, pois se trata de uma doença moralmente marcada por lidar justamente com a sexualidade das pessoas, um tema muito polêmico no âmbito religioso.

Conforme o Gráfico 2, no perfil das mulheres vivendo com HIV, nota-se o expressivo nível de escolaridade baixo. Observa-se que 43,3% das mulheres vivendo com HIV só apresentam até o ensino fundamental incompleto. Apenas 13,3% das mulheres chegaram ao nível médio completo com uma relação de 3 mulheres negras (pretas/pardas) para 1 mulher branca. A informação de existência de nível superior, tanto completo quanto incompleto, não foi identificada em nenhum prontuário.

Gráfico 2 - Nível de escolaridade das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

A posição em que se encontram as pessoas que possuem um nível de escolaridade baixo é extremamente difícil para elas, já que produzem impactos negativos que se manifestam no estado de saúde e no acesso e no uso dos serviços de saúde. Colocando essa condição no contexto de vida das pessoas vivendo com HIV, que são parte de um sistema de discriminação e preconceito, aumenta-se ainda mais a dificuldade de acesso aos direitos fundamentais e sociais. Se caminharmos para as mulheres vivendo com HIV, as possibilidades de acesso aos

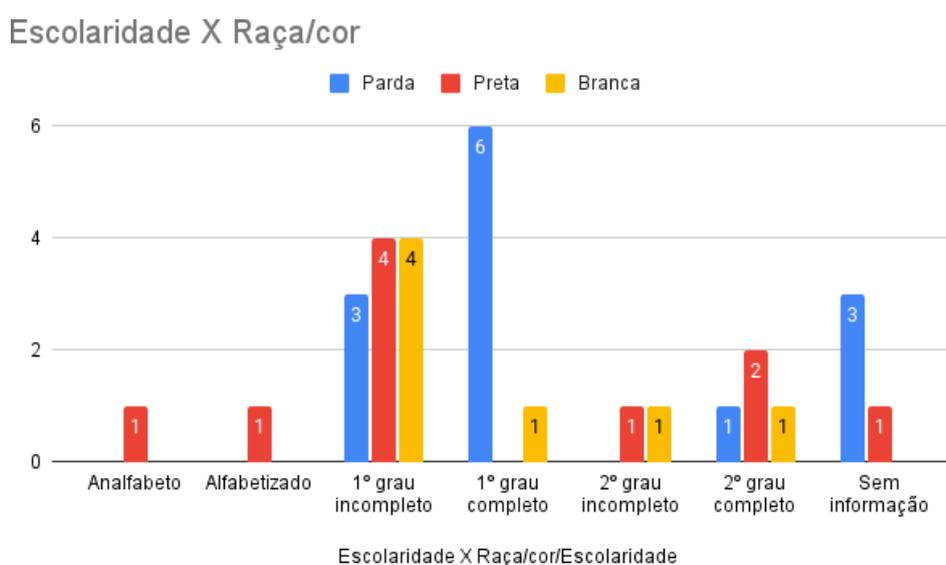
direitos se afunilam para as mulheres negras e pobres, que possuem marcadores que potencializam negativamente ainda mais sua condição de soropositividade.

O Gráfico 3 apresenta a escolaridade em relação ao quesito raça/cor, observando a fatia do 1º grau incompleto, nota-se que a proporção é de 7 mulheres negras (pretas e pardas) para cada 4 mulheres brancas.

Outro aspecto ainda com relação à escolaridade, é o fato presente no gráfico 3 de que, em 13,3% dos prontuários, tal informação não foi coletada. Os prontuários em que foi omitida a informação de escolaridade são referentes a mulheres negras. A condição de analfabeta e alfabetizada correspondeu sempre às mulheres pretas.

Mesmo que se coloquem as mulheres negras no mesmo patamar de escolaridade das mulheres brancas, o racismo, muitas vezes, fala mais alto ao se escolher um/a candidato/a, por exemplo, a uma vaga de emprego.

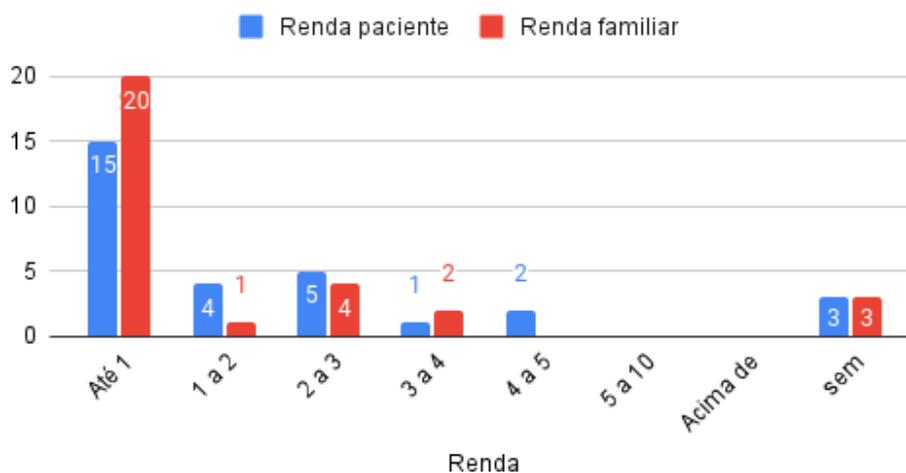
Gráfico 3 - Nível de escolaridade X Raça/Cor das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

Gráfico 4 - Relação entre o número de usuárias X Renda paciente e Renda Familiar das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA

Relação entre número de usuárias X Renda paciente e Renda Familiar

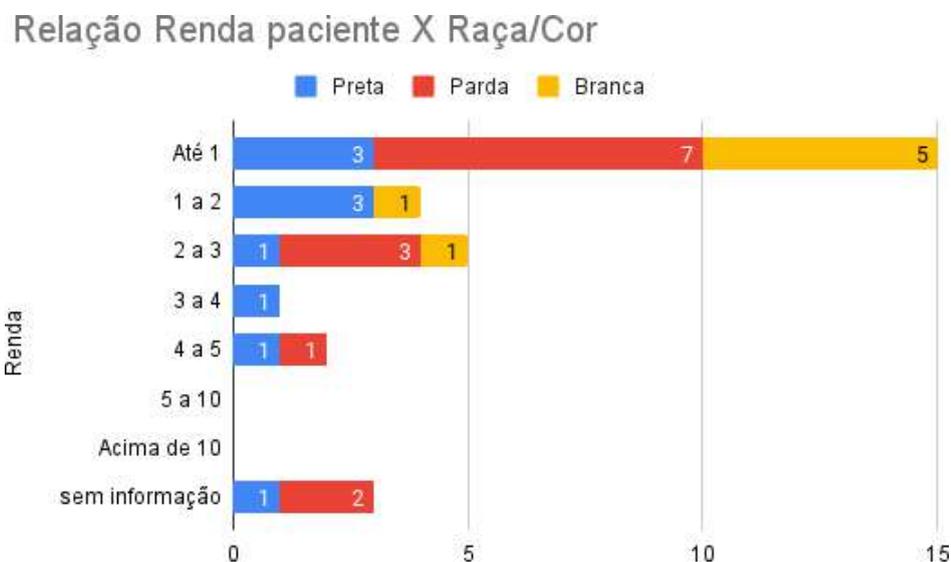


Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022)

O Gráfico 4 aponta para uma predominância de renda tanto da usuária quanto familiar, no nível mais baixo de remuneração: 15 usuárias (50%) usuárias viviam com até 1 salário-mínimo de sua própria renda e 20 usuárias (66,7%) tinham complementação de até 1 salário-mínimo na renda familiar.

Recortando a análise da renda da usuária pela raça/cor, verifica-se, no gráfico 5, que, na faixa de até 1 SM, encontramos que 1 a cada 3 mulheres são negras. A partir desses valores, percebe-se a fragilidade da condição econômica das mulheres negras antes mesmo de ingressarem no serviço de saúde. Aspectos, como baixa renda e escolaridade, influenciaram nas chances dessas mulheres de terem acesso a recursos preventivos de doenças, especialmente das ISTs. Isso fez delas potencialmente mais vulneráveis ao adoecimento, à violência, ao racismo, à discriminação, ao machismo e às condições inadequadas de moradia. Assim, os DSS trazem um grau maior de vulnerabilidade para a incidência de HIV.

Gráfico 5 - Relação entre Renda Paciente e Raça/Cor das mulheres vivendo com HIV no período de ingresso SAE/HESFA



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

Um aspecto que precisa ser trazido para esta análise é o dado de 56,7% das usuárias não possuírem matrícula em outra instituição de saúde na data do ingresso. Ao ler os prontuários, percebe-se que praticamente todas as usuárias, somente após entrarem no setor, tiveram acesso ao restante da rede assistencial de saúde e da assistência social, como clínicas da família, hospitais, CAPS, CRAS e CREAS.

Infelizmente, esse aspecto mostra que, a partir da soropositividade, elas passaram a ser mais assistidas em suas demandas, visibilizadas e passaram a ter acesso aos serviços de saúde: níveis elementares de cidadania. Além disso, tal dado demonstra mais uma vez a ausência de acesso à informação, prevenção em saúde e a vulnerabilidade dessas mulheres ao adoecimento físico e mental.

Atentando ao aspecto do acesso à saúde, nos prontuários, consta o dado sobre plano de saúde na data do ingresso. O resultado foi que 76,7% não possuíam plano de saúde e dependiam exclusivamente do atendimento SUS e 23,3% possuíam acesso à rede privada de saúde. Dentro desse grupo que também não tem possibilidade de ter acesso a um plano de saúde privado, 78,3% tinham um vínculo de trabalho precário ou nenhum, pois são trabalhadoras informais e desempregadas.

Além disso, considerando o quesito raça/cor, dentro desse conjunto de mulheres sem plano de saúde, foi encontrado um percentual de 73,9% de negras (pretas e pardas). De acordo

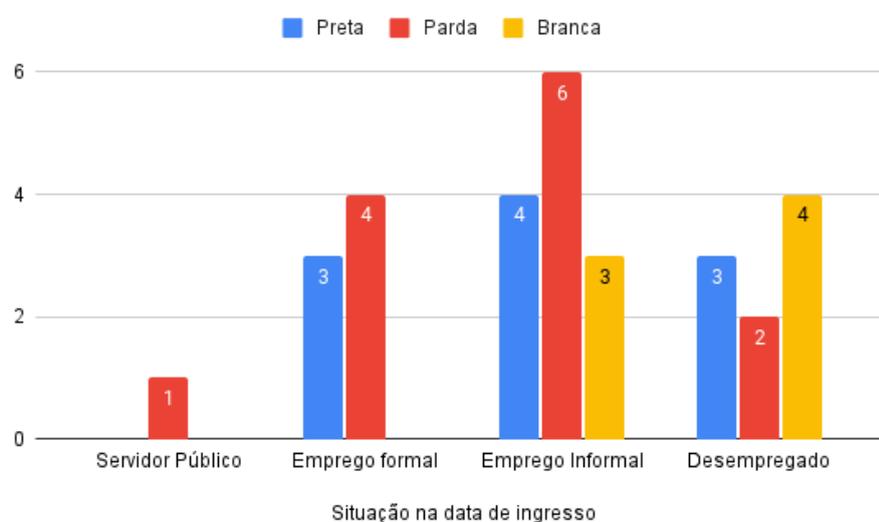
com a Pesquisa Nacional de Saúde referente a 2019 (IBGE, 2021, p. 48), sete em cada dez brasileiros dependiam apenas do atendimento do SUS.

Ao analisarmos o gráfico 6, a situação de empregabilidade no período de ingresso no setor, observa-se que 73,3% (22 mulheres) se concentram em empregos precários, informais, sem garantia de direitos e até mesmo estavam desempregadas. Ademais, nota-se que essa fatia de desempregadas e trabalhadoras informais, considerando o quesito raça/cor, chega a 15 mulheres negras (pretas e pardas) (68,2%) e 7 mulheres brancas (31,8%).

A análise que se pode extrair desse cenário é que a população negra (preta e parda) sofre mais os rebatimentos da contradição capital e trabalho, porque, além de estar nas posições mais pobres, ainda sofre com a ausência de um trabalho com garantia de direitos, ficando mais sujeita a outros DSS que podem interferir tanto no acesso à saúde quanto na permanência do seu tratamento, não só de HIV, mas também de outras complicações de saúde.

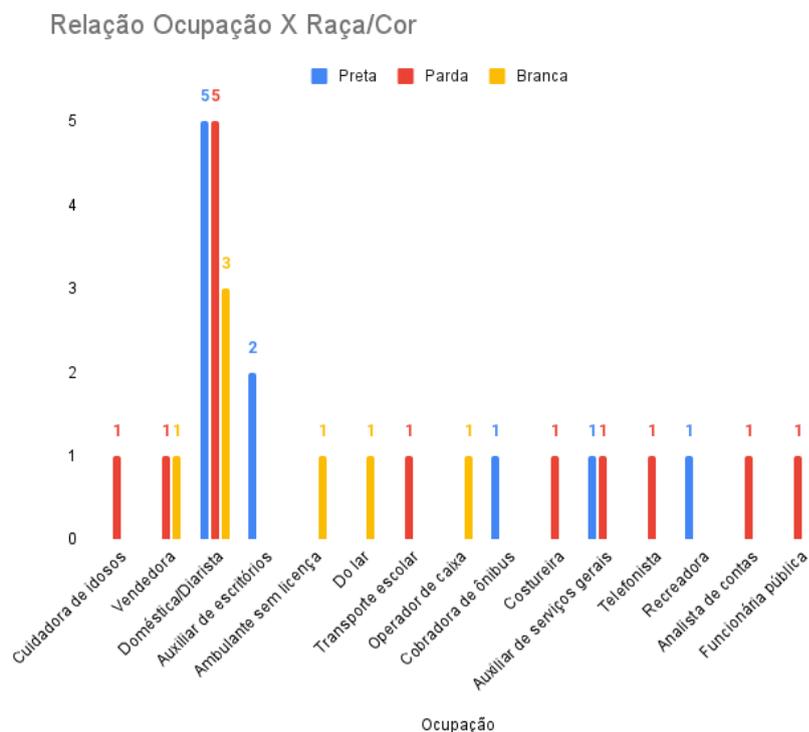
Gráfico 6 - Situação de empregabilidade das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA

Situação de empregabilidade X Raça/Cor na data do Ingresso



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

Gráfico 7 - Relação de ocupação X Raça/Cor das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

Os Gráficos 5, 6 e 7 se complementam, demonstrando que a maioria das mulheres que vivendo com HIV na data de ingresso no HESFA, tinha condições de vida precária, inseria-se num lugar de mais baixo acesso a direitos, com renda que não passava de 1 SM e ocupava vagas de trabalho de baixa remuneração e maior exploração, dentre elas doméstica-diarista, sem garantia de direitos trabalhistas.

Pensando num contexto maior, a introdução das políticas neoliberais com agravamento das restrições de direitos, a maior exploração do trabalhador e a maior competitividade reforçam ainda mais as desigualdades sociais. O não acesso aos serviços e benefícios, como educação, trabalho formal e saúde, faz com que as suas necessidades de vida não sejam viáveis, nem pela via do mercado devido à extrema insuficiência de renda e nem pela remuneração, a qual muitas vezes inexistente, trocando trabalho por comida, tornando-as cada vez mais vulneráveis à doença.

A partir da década de 1990, essa lógica foi intensificada no Brasil, a das necessidades sociais que devem ser atendidas por meio do mercado, desresponsabilizando-se o Estado, individualizando e focalizando as expressões da questão social, escondendo a real contradição capital/trabalho e resultando em alienação dos indivíduos que se enxergam como culpados pela

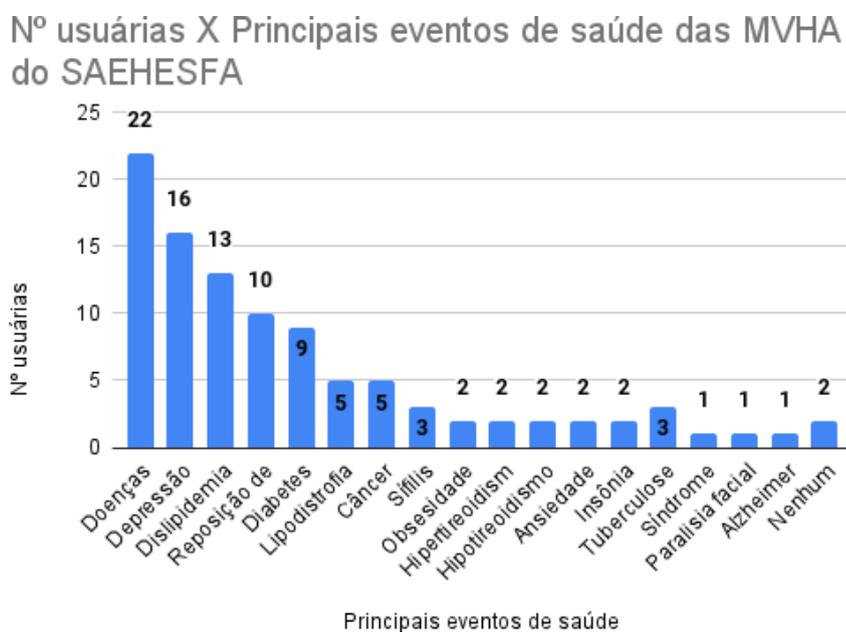
própria situação de penúria. Nesta lógica, o que o Estado “pode” oferecer são benefícios assistenciais com imagem “de favor” para eles, os quais supostamente não se esforçaram o suficiente para vencer na vida.

Por isso, a vulnerabilidade deve ser pensada de forma mais abrangente, em que o risco e a prevenção à doença não sejam exclusivamente relacionados ao comportamento das pessoas e às suas características biológicas. Pelo caminho de análise dessa pesquisa, percebe-se o quanto os fatores sociais e econômicos podem interferir na vida das pessoas, originando vulnerabilidade não só ao HIV, mas também a outras doenças infecciosas e a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Segundo o Relatório Saúde Brasil 2020/2021 do MS (BRASIL, 2021b, p. 113), os idosos e as pessoas de renda e escolaridade baixas são os mais afetados pelas DCNT. As DCNT representaram 71% do total de mortes, e os quatro principais grupos de DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus, neoplasias malignas) foram responsáveis por 55% do total das mortes no Brasil e em relação ao sexo.

De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 do MS (BRASIL, 2021a), as DCNT são causadas por fatores ligados às condições de vida das pessoas, como acesso a bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda, possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde e mudanças comportamentais no estilo de vida. Nessa perspectiva, o pensamento com relação ao acesso aos serviços públicos é importante, porque, a partir do momento em que a população consegue acessar educação, saúde e assistência social, aumentam as chances de ela ter uma oportunidade de trabalho e diminui o abismo das desigualdades sociais. Entretanto, a lógica de poder fazer escolhas favoráveis à saúde e mudanças comportamentais é, de certo, ponto individualizante, se não levarmos em consideração o contexto social em que aquela pessoa vive. É notório que o Plano também traz pontos importantes como a regulação da comercialização, consumo e exposição de produtos danosos à saúde, além de mostrar a importância de montar estratégias para responder aos desafios trazidos pelas DCNT com a implementação e fortalecimento de políticas públicas.

Gráfico 8 - Relação nº usuárias X principais eventos de saúde das mulheres vivendo com HIV situação atual SAE/HESFA



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022)

Ao analisar as trajetórias das mulheres idosas vivendo com HIV do setor, com relação aos principais eventos de saúde acometidos ao menos nesses 20 anos de convivência com HIV, resultou nos dados expostos no gráfico 8. Uma das principais doenças crônicas não transmissíveis que acometem essas mulheres são as doenças cardiovasculares com 22 (73,3%) mulheres.

As DCNT atingem muitas pessoas, porém os impactos são mais sentidos naquelas mais vulneráveis, agravadas pela pobreza, pelos processos de industrialização, urbanização, crescimento e envelhecimento da população. Esses processos são muito mais intensificados quando falamos nas pessoas vivendo com HIV. Segundo Bittencourt (2020, p. 1), as alterações no sistema cardiovascular das pessoas vivendo com HIV é multifatorial e uma das principais causas de morte. Além das questões sociais, o autor aponta que existem estudos que indicam que as pessoas vivendo com HIV têm maior chance de desenvolver riscos secundários, como dislipidemias e diabetes, devido à inflamação e ativação do sistema imunológico, ocasionados pela condição patológica e em decorrência do uso de ARV.

Gráfico 9 - Relação de ocupação X Raça/Cor das mulheres vivendo com HIV situação atual SAE/HESFA



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

O Gráfico 9 apresenta a situação financeira atual das mulheres idosas vivendo HIV. Considerando-se o fato de que elas se encontram num estágio da vida, no qual o avanço da idade e as consequências da doença começam a limitar determinadas possibilidades de emprego, ao menos 12 mulheres (40,0%) alcançaram a aposentadoria.

Em certa medida, com os dados de renda, escolaridade e ocupação, a renda dessas mulheres provavelmente não se alterou significativamente da data do ingresso no setor para os dias de hoje. Vale ressaltar que 2 em cada 5 mulheres conseguiram alcançar o benefício previdenciário de aposentadoria. A origem para ter acesso a algum benefício foi possuírem contrato de trabalho formal via CTPS e/ou contribuição de autonomia ao INSS em algum momento da vida anterior ao diagnóstico, aumentando as chances de receber benefícios como auxílio-doença (em caso de afastamento do trabalho por motivo de doença) e a continuação da contribuição durante a sua trajetória de tratamento no setor, possibilitando a garantia do benefício da aposentadoria.

O emprego formal institui diversos direitos trabalhistas: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, seguro-desemprego e benefícios previdenciários como auxílio-doença, pensão por morte, aposentadoria, dentre outros. Muitos desses benefícios foram alcançados pelas mulheres vivendo com HIV devido a suas contribuições prévias, mesmo que de forma alternada. Esses dados poderiam ser mais aprofundados, dada à importância da questão financeira e sua interferência no tratamento das usuárias, porém a reduzida disponibilidade de tempo para a pesquisa de campo restringiu a possibilidade de aprofundamento no tema.

Em relação à moradia, no prontuário, constavam as seguintes informações a serem assinaladas: própria, alugada, cedida e outros. Diante disso, 20 mulheres apresentavam condição de residência própria na data de ingresso no setor: 6 alugadas e 2 sem informação, todas situadas em vias asfaltadas. Em relação à informação do município de residência, foi possível atualizá-la devido ao acesso a um programa no computador da recepção do setor, no qual, por meio do número de prontuário, tem-se acesso aos dados para contato mais recentes, assim, atualizando os dados.

O resultado encontrado foi de 22 mulheres que moram no município do Rio de Janeiro, 2 em Niterói, 2 em Nova Iguaçu, e uma em Duque de Caxias, Belford Roxo, Saquarema e São Gonçalo. O HESFA se encontra numa área de fácil mobilidade da população usuária (próximo à estação Central do Brasil), porém a maior parte das usuárias em tratamento se encontra no município do Rio de Janeiro. A análise desse dado sugere que os meios de transporte intermunicipais talvez não sejam tão eficientes a ponto de facilitar o deslocamento para o tratamento e, além disso, é possível que moradoras de outros municípios tenham acesso ao tratamento nas clínicas da família de seus próprios municípios de origem.

Outros elementos que podem ser abordados são com relação ao estado de origem dessas mulheres. O estado do Rio de Janeiro foi majoritário: a cada 3 mulheres 2 são nascidas no Estado, depois vieram Paraíba e Espírito Santo: com 3 em cada estado, e, por último, Minas Gerais, Ceará, Pernambuco e Pará, com uma em cada Estado. Todas elas tinham nacionalidade brasileira. A média de número de pessoas residentes na data do ingresso foi de 3,3 pessoas por residência.

Gráfico 10 - Conjugalidade das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

Em relação aos dados de conjugalidade, foi possível coletá-los na data de ingresso no setor. De acordo com o gráfico 10, 11 mulheres (36,7%) eram viúvas e viúvas que viviam maritalmente com novos companheiros e, nessa condição, todas eram negras (pretas e pardas).

Analisando o formulário de anamnese dessas 11 mulheres sobre como descobriram a sorologia, 7 delas relataram que descobriram após o marido adoecer e vir a falecer. As demais foi quando se apresentaram para doação de sangue, procedimentos pré-cirúrgicos, hemotransfusão e, num caso, este dado estava sem informação. A análise que se faz desse cenário, como discutido durante a pesquisa, é que a mulher negra pode estar mais suscetível ao papel de subordinação na relação conjugal, com menos possibilidade de decisão, não só sobre ter ou não relações sexuais, mas também na negociação da importância da sua própria saúde sexual com o parceiro.

Essas 7 mulheres relataram depressão, angústia, raiva e rancor do marido que não comunicou a doença para elas, inclusive uma que também teve, além do marido, a filha falecida por AIDS. Por esse caminho, pode-se discutir como essas mulheres se sentiram de certo modo “traídas” pela falta de transparência dos maridos que nem sequer tiveram, segundo elas, a “coragem” de comunicá-las sobre a sua saúde, inclusive, como dito por algumas, eles não se preocuparam com a saúde delas e nem dos seus filhos, pois esse também era o temor daquelas que tiveram filhos: de terem os filhos infectados.

Nota-se que o formato predominante de família na data de ingresso no setor, foi a de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, compostas predominantemente por mulheres negras, 10 mulheres negras (8 pretas, 1 parda e 1 branca). As demais foram distribuídas entre reconstituídas, tradicional, solteira, extensiva, unipessoal. Nesse formato de família, as mulheres são únicas responsáveis pelo sustento e pela conservação da família em todos os seus aspectos.

Uma questão a atentar-se foi com relação à saúde reprodutiva dessas mulheres na data de ingresso no setor. Nos prontuários, existe uma parte do formulário de anamnese do médico que consta intitulado “Histórico gineco-obstétrica”, a qual apresenta um resumo da vida sexual dessas mulheres: menarca, início atividade sexual, métodos contraceptivos utilizados, número de gestações, número de abortos provocados e espontâneos, número de partos prematuros, tipos de parto, data do último parto.

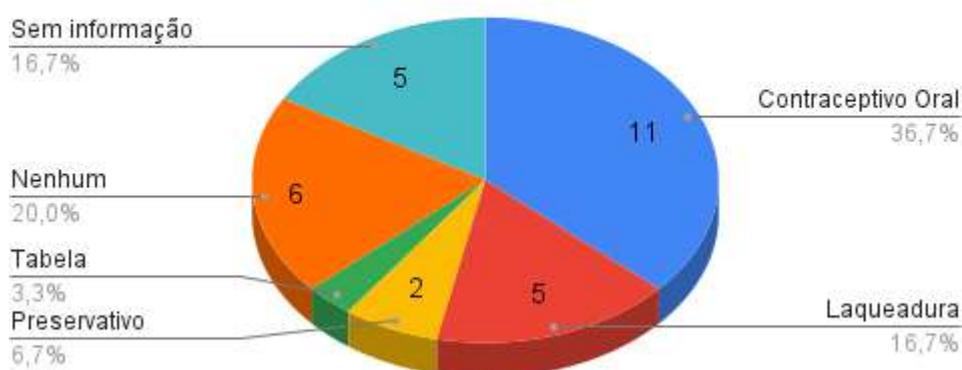
Devido ao tempo reduzido disponível para pesquisa, foi necessário realizar uma seleção do que seria pertinente trazer nesta análise, inclusive o que foi chamando a atenção durante as leituras. Uma delas foi a informação sobre os métodos anticoncepcionais utilizados na data de ingresso no gráfico 11, que mostra que uma em cada 6 mulheres realizaram laqueadura, o

contraceptivo oral foi usado por 11 usuárias e o preservativo masculino como prevenção da gravidez em apenas dois casos. Em outras palavras, tais mulheres foram orientadas a se prevenir da gravidez por meio de métodos incapazes de oferecerem proteção contra ISTs. Logo, a prioridade das instituições de saúde foi o controle da sua capacidade reprodutiva em detrimento da promoção de meios que assegurassem a integridade de sua saúde sexual.

Vale informar que, para essa informação clínica dos prontuários eram consideradas as gestações, como o somatório de filhos, o número de abortos provocados e o número de abortos espontâneos. Enquanto que a média do número de filhos ficou em 3 filhos/usuária.

Gráfico 11 - Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA

Método contraceptivo no período de ingresso



Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

A laqueadura é um procedimento cirúrgico realizado com o objetivo de contracepção, impedindo que as mulheres engravidem posteriormente. As razões para a escolha desse método contraceptivo estão associadas em geral à baixa renda e baixa escolaridade, bem como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva e a hierarquia de poder nas relações afetivo-sexuais que diminuem a possibilidade de negociação na esfera da sexualidade (LIMA; LUZ, 2004, p. 203).

Outros elementos estudados, com relação à alta incidência de laqueadura no Brasil na década de 1990, apontam para a existência de políticas públicas, sob forte influência internacional no sentido de controle populacional do chamado Terceiro Mundo, do movimento de controle da natalidade e do movimento eugênico, da migração interna e rápida urbanização que colaboraram para a necessidade de controle populacional, o currículo inadequado dos

médicos, a mudança do papel da mulher mais presente no mercado de trabalho, a ausência de uma rede de suporte como creches, entre outros condicionantes dessa “escolha.” (MOLINA, 1999, p. 133).

A Lei Federal n. 9.263 (BRASIL, 1996a), que trata de controlar os procedimentos de esterilização definitivos em homens e mulheres, dispõe que os elegíveis para as cirurgias de esterilização devem ser maiores de 25 anos e ter, no mínimo, dois filhos vivos no momento do procedimento de esterilização e a autorização do cônjuge para que se realize o procedimento.

Tal temática sempre causou controvérsias por envolver muitas questões éticas, culturais e religiosas. Inclusive, relembro dois momentos, um reportado no Capítulo 2 em que, na década de 1990, foi aberta uma investigação no CEPA por uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, pelo alto número de esterilizações, e o outro, ainda não comentado aqui, sobre o caso da esterilização forçada de uma mulher em situação de rua em 2017, a pedido da Justiça, com a justificativa de ela ser usuária de drogas e não possuir capacidade de cuidar dos seus 8 filhos.

Aquele episódio mostra concretamente que ainda hoje as mulheres não conseguem decidir sobre os seus corpos, são culpabilizadas e assumem por completo a responsabilidade pela criação dos filhos e ainda estavam em condição de privação de liberdade, condições que espelham uma ausência completa de acesso a algum serviço de saúde e menos ainda de assistência no planejamento familiar, apontando ainda para a vulnerabilidade dessas mulheres em condições de restrição à liberdade.

Conforme o Gráfico 12, é relevante incluir na análise que uma em cada 3 mulheres tiveram um aborto autoinduzido, sendo estas 8 negras (5 pardas e 3 pretas) e 2 mulheres brancas. O dado traz à tona um tema ainda muito criticado no Brasil, onde o Código Penal no artigo 126 considera crime a prática do aborto, exceto nas seguintes situações: quando a gravidez traz risco à vida da gestante; quando a gestação é fruto de um estupro e quando o feto é anencéfalo.

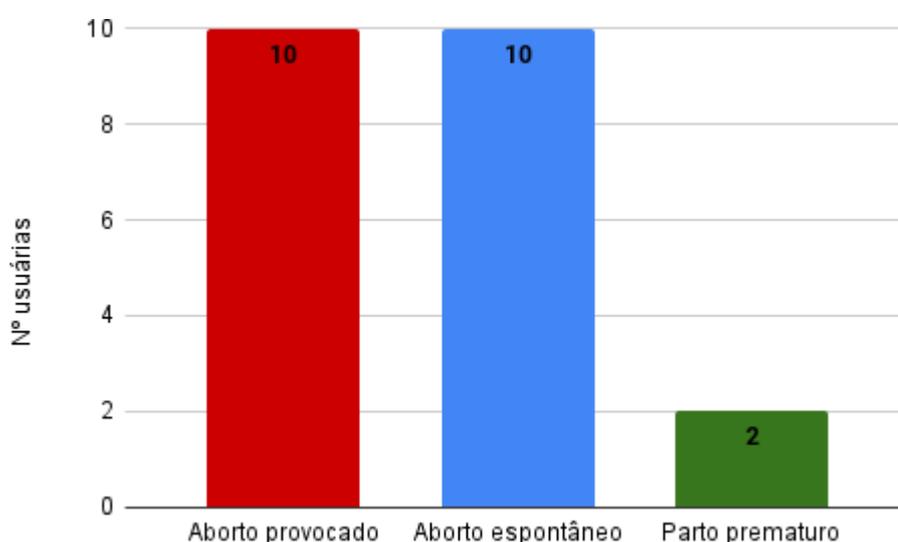
As discussões do tema vão desde aqueles que defendem a criminalização do aborto por questões de acreditarem que já existe vida na fecundação e orientados pelo peso dos valores morais, até outros que abordam a questão e que muitas das mulheres que se submetem ao aborto clandestino são de baixa renda e negras, já que aquelas com condições financeiras conseguem lugares com melhores condições sanitárias.

O Gráfico 12 também revela que uma em cada 10 mulheres tiveram abortos espontâneos, sendo 7 mulheres negras (4 pardas e 3 pretas) e 3 mulheres brancas. Com a intersecção desses dois grupos de mulheres com aborto provocado e aborto espontâneo, percebe-se o surgimento de 3 mulheres que participaram nos dois grupos. Segundo Costa (1999, p. 165), a subnotificação e a classificação errônea podem ser fatores que devem ser

considerados, visto que existe o receio da mulher em admitir um ato ilegal e ainda os/as profissionais evitarem a notificação, por conta de penalidades.

Num estudo que realizou nos hospitais públicos do Rio de Janeiro comparando as mulheres que provocaram o aborto e aquelas que levaram a gravidez a termo, Costa (1999, p. 176) concluiu que os determinantes do aborto induzido estavam associados à condição econômica, às condições de trabalho ou ao fato de casal não desejar um filho naquele momento.

Gráfico 12 - Relação do N de abortos provocados, espontâneos e parto prematuro das mulheres vivendo com HIV na data de ingresso SAE/HESFA



Fonte: Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

A autora continua que, na década de 1990, constatou-se um número elevado de mulheres que realizaram abortos repetidos. Assim, a pesquisa de Costa dialoga com os resultados encontrados aqui, já que, além de apontar para 3 mulheres em comum nos dois grupos, a média de abortos provocados ficou em aproximadamente 2 abortos provocados por mulher. Tal dado demonstra que as escolhas contraceptivas foram malsucedidas para essas mulheres.

Além disso, nota-se que as mulheres negras representaram 80% dentro do conjunto de mulheres com aborto provocado, sobressaindo mais uma vez a vulnerabilidade social das mulheres negras, que, em decorrência da dificuldade de acesso às políticas de educação, saúde, assistência e trabalho, não conseguem fazer suas próprias escolhas relativas aos seus direitos reprodutivos, não sendo donas de suas próprias vontades e corpos, dado que para elas sempre tem algo ou alguém dizendo o que devem fazer e onde devem estar, ou até mesmo o próprio Estado com o papel de desproteção social, criminalização e violência contra a população negra.

Linchotti, Mazza e Buono (2020) escreveram uma matéria sobre o número diário de aborto no Brasil. Na matéria, o SUS registrou cerca de 195 mil procedimentos em 2019 em decorrência de internações de aborto, incluídos os espontâneos e por decisão judicial ou médica.

De cada 100 abortos, apenas um foi classificado por lei. As maiores vítimas são as mulheres negras, pois a cada 10 mulheres negras que morrem em decorrência de aborto 6 eram pretas ou pardas e 4 brancas.

O Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva 2020-2021, elaborado pela ONG CRIOLA, (DOSSIÊ..., 2021) mostra que as mulheres negras estão expostas ao aborto clandestino correspondente a 47,9% das internações e 45,2% dos óbitos por aborto, contra 24% e 17% das mulheres brancas, respectivamente.

Muitas outras informações acerca da população negra sobressaíram, pois, tais mulheres ainda sofrem com frequência maior violência obstétrica e estupros. Por trás disso tudo e de muitos outros aspectos, as oportunidades da mulher negra estão permeadas pelo racismo estrutural que traz toda a carga de discriminação sobre seus corpos e impede ou dificulta o seu acesso aos direitos sociais e dos direitos fundamentais: direito à vida, que já é marcada desde a infância como quem morre mais; à liberdade, muitas vezes cerceadas e negociadas; à igualdade, que para a população negra muitas vezes só existe a formal; à segurança, a qual o Estado deveria assegurar proteção e amparo, mas criminaliza e, por último, à propriedade, possuir ou usufruir de bens, esse direito passa longe.

Apesar de não ser o escopo da pesquisa, já que se baseava no perfil de mulheres cisgêneras, pesquisei se poderia encontrar alguma informação nos prontuários que levasse a algum aspecto relevante sobre o atendimento a mulheres trans no SAE. Entretanto, não encontrei nenhum campo nos prontuários que remetesse a essa informação, e todas as mulheres se apresentavam como cisgêneras.

Acredito que, além dos prontuários serem muito antigos, preenchidos a partir da abertura do setor em 1997 e a planilha do Excel contendo a listagem de todos/as os/as usuários/as, apenas faz a distinção biológica entre sexo genital feminino e masculino. Constatado esse fato, ao perguntar à Assistente Social sobre a existência dessa população nos atendimentos do setor, foi informada a presença de 9 mulheres trans que realizam tratamento, mas se encontram na listagem por sexo masculino, seguido do nome social. Não houve comentários a respeito desse grupo nesta pesquisa, apenas sabendo da existência dele ao final da coleta de dados. Analisando a listagem do Excel novamente, percebi que a faixa etária varia de 47 a 67 anos, apresentando apenas uma mulher trans com idade acima de 60 anos, além de viver com HIV há pelo menos 15 anos.

Fica mais um questionamento para aprofundarmos e refletirmos sobre a ausência de representatividade de homens trans no setor. Segundo o Dossiê de 2021 elaborado pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (ANTRA), é relevante trazer a contradição de que, no Brasil, ocorre o maior número de mortes de pessoas trans e, ao mesmo tempo, foi recentemente colocado pela Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexuais (ILGA) o 2º país mais avançado em conquistas de direitos pró-LGBTQIA+. Isso, de certa forma, caracteriza que o que é alcançado no Poder Judiciário não se reflete na realidade da maior parte dessa população. (BENEVIDES, 2022, p. 109),

Um aspecto a considerar em futuras pesquisas é aprofundar o conhecimento dos perfis das pessoas transgêneras do setor e os desafios encontrados para a sua longevidade, questionamentos sobre a inexistência de homens trans e as possibilidades de atuação dos/as profissionais da equipe multiprofissional para o fortalecimento e identificação de possíveis novas demandas.

Com relação às práticas sexuais, dos 30 prontuários foram encontrados apenas uma usuária teve registrada sua bissexualidade, apesar de mínima, há aí uma representatividade. Ademais, a bissexualidade, por ser uma prática estigmatizante, pode favorecer o ocultamento pelas usuárias dessa informação para os profissionais de saúde, por medo de sofrerem alguma discriminação ou rejeição.

Este dado também pode se relacionar ao fato de que no campo biomédico, a relação entre mulheres é considerada de menor risco de contaminação por ISTs, dando-se menor importância à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Rodrigues e Falcão (2021, p. 2) realizaram um estudo qualitativo sobre as percepções e vivências de mulheres lésbicas e bissexuais com relação às consultas ginecológicas, e os resultados apontaram para uma invisibilização no contexto clínico, para as dificuldades de expor sua orientação sexual, bem como o não reconhecimento de suas sexualidades. Logo, as consultas ginecológicas continuam centradas em um modelo heteronormativo, o qual há a necessidade de ter atividade sexual com penetração peniana e há descaso com a existência de relações eróticas entre as mulheres.

Os dados sobre ocorrências violentas foram orientados de acordo com parâmetros da definição de violência contra mulher da Convenção de Belém do Pará, adotada pela OEA em 1994. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra Mulher foi um marco na luta pela erradicação da violência contra mulher, pois foi o primeiro tratado internacional de proteção aos direitos humanos das mulheres, considerando a violência contra mulher um problema de toda sociedade.

Pela Convenção, entende-se “por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.” A partir das leituras dos prontuários, foi identificado que 8 mulheres sofreram algum tipo de violência, nesse grupo, 7 delas eram negras (3 pretas e 4 pardas) e 1 mulher branca.

Dentre as violências presentes, estavam violência sexual na infância, no trabalho, verbal e física com os filhos e outros familiares, maus tratos pelo parceiro, relacionamentos abusivos e discriminação pelos vizinhos.

5.3 TRAJETÓRIAS DESSAS MULHERES FACE À EPIDEMIA DE AIDS

A partir da trajetória de cada uma delas, foram escolhidas 6 mulheres que tivessem semelhanças com as demais do grupo de 30 mulheres pesquisadas. A identificação foi realizada de cada uma delas com um nome fictício.

Amanda, 63 anos, preta, nascida no Rio de Janeiro em 1959, foi diagnosticada com HIV em maio de 1999 aos 39 anos de idade, ao realizar o teste justamente quando o seu esposo foi internado com AIDS e veio a falecer alguns meses depois. Um mês depois ela também ingressou no setor do SAE.

Casada, morava com marido e dois filhos em residência própria, tinha ensino médio completo, estava desempregada, vivia apenas com a renda de 1SM da família e possuía contribuição na CTPS por mais de 15 anos, acesso aos benefícios de FGTS e auxílio-doença. Sua história relata que foi violentada aos 10 anos, fez laqueadura como método contraceptivo, etilista social, negando o uso de cigarro e drogas ilícitas. Não possuía matrícula em outra instituição de saúde nem plano de saúde privado. Após o diagnóstico, ela passou a ter acesso ao restante da rede assistencial em saúde, como a clínica da família.

No início, ela estava sob forte impacto emocional e muita revoltada com o marido e medo de que os filhos tivessem a doença. O maior medo que tinha era de morrer, sofrer preconceitos e deixar os filhos desamparados.

Possuía muitos atritos com familiares do esposo falecido que moravam próximos dela. Sentiu alívio com a sorologia negativa dos dois filhos. Apenas um dos filhos sabia de sua sorologia, teve uma situação de abandono do tratamento, uma internação e diversas falhas de adesão com uso irregular de ARV, devido a atritos familiares, local inseguro com tiroteios frequentes e necessidade de cuidado de parentes doentes.

Mesmo passados mais de 10 anos, ainda existiam relatos de revolta, não aceitação, tristeza, depressão e problemas familiares que dificultavam a sua adesão ao tratamento. Há 6 anos, ela contou (com a ajuda do médico) sua sorologia ao segundo filho, e os dois passaram a auxiliar a mãe nas consultas e medicações. Hoje conta com suporte social presente, com a família auxiliando no tratamento.

Atualmente, ela vive há pelo menos 22 anos com HIV, está aposentada, mas não está com uma vida financeira estável, permanece viúva e sem parceiros. Diz que voltou para sua religião, a umbanda e que, por isso, está se sentindo muito melhor. Apresenta quadro de hipertensão, osteoporose e depressão. Durante a pandemia, manteve boa adesão ao tratamento.

Bárbara tem 62 anos, parda e nascida no Rio de Janeiro em 1960, foi diagnosticada com HIV em agosto de 1999, aos 39 anos de idade, ao realizar o teste. No mesmo período, foi internada no Hospital com perda rápida de peso, diarreia e febre. Dois meses depois, ela ingressou no setor do SAE.

Viúva do primeiro casamento com quem teve 4 filhos, morava com o segundo parceiro, com quem teve um filho entregue para adoção. Vivia de favor em casa própria de amigos. Possui ensino fundamental completo, e era cuidadora de idosos, mas estava desempregada. Vivia sem renda própria nem familiar, com dificuldade financeira, recebia cesta básica, vale social, ajuda comunitária e não possuía contribuição ao INSS na CTPS nem como autônoma: apenas trabalhou na informalidade. Sua história relata um aborto espontâneo e fez laqueadura como método contraceptivo após o último filho ser dado para adoção. Nega o uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas. Não possuía matrícula em outra instituição de saúde nem plano de saúde privado.

Após o diagnóstico, o parceiro também apresentou diagnóstico positivo. Os filhos não apresentaram sorologia positiva e sobre o filho entregue para adoção, não tinha informação, já que foi 10 anos antes do seu diagnóstico.

Relatou discriminação dos vizinhos que descobriram quando foi internada e dificuldade em lidar com isso, chorosa e deprimida e, ao mesmo tempo, pressionada com a falta de dinheiro. Após o diagnóstico, passou a acessar o restante da rede assistencial, a clínica da família e o CRAS.

Após 3 anos do diagnóstico, separou-se, e começou um novo relacionamento com uma pessoa HIV positivo que durou aproximadamente dois anos. Durante sua trajetória, ela teve dificuldades de se relacionar com o filho mais velho, segundo ela, ele apresenta tendências homossexuais e busca ajuda para “consertá-lo”. Nos primeiros 10 anos, ela viveu uma internação com perda de aproximadamente 30 kg e um episódio de abandono e uso irregular da

medicação. Nos últimos 10 anos, apresentaram muitas queixas de lipodistrofia dos membros inferiores que dificultam a locomoção e o trabalho.

Hoje, vive há pelo menos 22 anos com HIV, sem parceiro e sem vida sexual ativa, trabalha como cuidadora de idosos, mas não está com vida financeira estável. Faz tratamento de hipertensão, dislipidemia e precisa lidar com lipodistrofia dos membros inferiores. Os filhos sabem da sorologia, e, durante a pandemia, apresentou boa adesão ao tratamento.

Celina, 62 anos, branca, nascida no Rio de Janeiro em 1960, foi diagnosticada com HIV em setembro de 1997 aos 37 anos de idade, ao realizar o teste, quando também descobriu um tumor. Em fevereiro de 1998, ingressou no setor do SAE. Solteira, morava com os 2 filhos, um dos filhos é soropositivo por transmissão vertical. Teve dois parceiros: o primeiro dizia ser HIV negativo, e o segundo usava drogas. Ela desconfiava que o último parceiro se relacionava com outras mulheres.

Vive em residência própria, possuía ensino fundamental incompleto, é vendedora ambulante sem licença, vivia com dificuldade de renda própria de até 1 SM, recebia cesta básica e vale social e não possuía contribuição pela CTPS, mas recolhia contribuição há 9 anos como autônoma, antes apenas trabalhou na informalidade. Sua história registra 3 abortos espontâneos, 2 abortos provocados e uso de anticoncepcional como método contraceptivo. Tabagista, etilista e usuária de cocaína inalante quando mais jovem. Não possuía matrícula em outra instituição de saúde nem plano de saúde privado.

Após o diagnóstico, relatou que preferia morrer a ter seu diagnóstico revelado e disse que era evangélica e que Deus ia curá-la. Após 3 anos do diagnóstico, está com relacionamento com companheiro, mas tinha medo de contar sua sorologia para ele. Ao contar a sorologia, ela disse que passava por dificuldade no relacionamento e com o não uso de preservativo, porque ele dizia que “não ia usar como prova de amor por ela e que ele não pegava doença”.

Sofreu perseguição, discriminação e agressão do ex-companheiro com o término do relacionamento. Durante sua trajetória, houve recorrentes faltas às consultas médicas e uso irregular de medicação, por motivos de conflitos familiares, atritos com o companheiro e precisava trabalhar muito, porque não tinha dinheiro. Após o ingresso no setor, passou a acessar outras redes assistenciais, foi encaminhada ao CRAS e à clínica da família.

Hoje, vive há pelo menos 25 anos com HIV, faz tratamento de hipertensão e tratamento de tumor, sem parceiro e com vida sexual inativa. Trabalha como vendedora ambulante e ainda não completou o tempo para solicitar a aposentadoria. Voltou a falar com a filha HIV positiva, mas ainda se sente revoltada com a infecção da filha. Teve boa adesão durante a pandemia.

Débora, 60 anos, preta, nascida no Rio de Janeiro em 1962, foi diagnosticada com HIV em abril de 1999, aos 37 anos de idade. Descobriu que o marido tinha HIV porque desconfiou e pegou os medicamentos, ficou revoltada porque na época estava amamentando o filho e não perdoou o marido por ter deixado contaminar o próprio filho. Ingressou no SAE em março de 2000.

Separada, morava com os 4 filhos em residência própria, e outros dois filhos moravam com a avó. Coursou o ensino fundamental completo, desempregada, vivia com a renda de 2 SM proveniente de pensão do pai. Relatou difícil situação econômica, recebia cesta básica, vale social e possuía apenas dois anos de contribuição pela CTPS, como auxiliar de escritório.

Fazia uso de anticoncepcional como método contraceptivo, teve 2 abortos espontâneos e 1 aborto provocado, negou o uso de cigarro, álcool e drogas ilícitas. Não possuía matrícula em outra instituição de saúde nem plano de saúde privado, após o diagnóstico passou a ter acesso ao restante da rede assistencial, como a clínica da família.

No início do tratamento, com a revolta acerca de sua doença e do filho mais novo, pensou em matar o marido e depois tirar a própria vida. O tratamento iniciou com diversas faltas e uso irregular de ARV. Apresentava muitos conflitos familiares com filho mais velho devido ao uso de drogas ilícitas, tiveram brigas violentas, além de não aceitação da doença e da contaminação do filho.

Nos últimos 10 anos, relatou continuar com situação econômica difícil e estava com um novo companheiro, que é HIV negativo. Ele estava ciente da sua sorologia, mas ela se sentia discriminada por ele e disse que sofria maus tratos, o que culminou na separação. Relatou que sente discriminação por parte da própria mãe (que não sabe) e vive questionando se ela e o neto têm HIV. Passou por situação de abandono do tratamento por diversas questões familiares, por falta de dinheiro e começou a se incomodar com sinais de lipodistrofia.

Nessa trajetória passou a ter problemas também com seu filho mais novo, HIV positivo, adolescente, que não sabia da própria sorologia. Ela não tinha coragem de contar a ele e tinha medo, porque ele começou a namorar. Ao contar a sorologia ao filho, ele ficou revoltado e não aceitava o tratamento.

Nos últimos 10 anos, a preocupação foi em torno do filho vivendo com HIV, que apresentou quadro depressivo. Ela iniciou um relacionamento em que o companheiro era alcoólatra, questionava sempre o uso do preservativo e a humilhava sempre.

Hoje, vive há pelo menos 23 anos com HIV, está trabalhando formalmente, sem parceiros, tem crises depressivas e ansiedade. Faz tratamento para hipertensão. Durante a

pandemia, estava morando com dois filhos que não sabiam a sua sorologia e manteve boa adesão ao tratamento.

Elisa, 82 anos, negra, nascida no Rio de Janeiro em 1940, foi diagnosticada com HIV em dezembro de 1999 aos 58 anos de idade, ao realizar o teste quando foi doar sangue. Relatou hemotransfusão há 15 anos. Em fevereiro de 2000, ingressou no setor do SAE, viúva, mora sozinha e possui 4 filhos casados.

Residência própria, ela possuía o ensino fundamental incompleto, trabalhava informalmente como doméstica/diarista. Vivia com renda de 1 SM, recebia vale social e não possuía contribuição pela CTPS, mas recolhia contribuição há 20 anos como autônoma. Em sua história, relata 3 abortos provocados e realização de laqueadura como método contraceptivo. Tabagista e alcoolista, nega o uso de drogas ilícitas. Não possuía matrícula em outra instituição de saúde e tinha plano de saúde privado.

Após o diagnóstico, relatou que tinha um relacionamento, mas preferiu se afastar com medo de falar sobre a sorologia, preferiu ficar sozinha, pois tem dificuldade de se relacionar e medo de transmitir o vírus. Durante sua trajetória, não existiram intercorrências com o tratamento, nem tratamento irregular.

Hoje, vive há pelo menos 22 anos com HIV, boa adesão. Segundo a última informação coletada, faz tratamento de hipertensão, diabetes e depressão e apenas um amigo sabe de sua sorologia, os filhos desconhecem a doença da mãe.

Fernanda, 66 anos, parda, nascida no Rio de Janeiro em 1956, foi diagnosticada com HIV em maio de 1997 aos 41 anos de idade. Descobriu a sorologia ao realizar exames pré-operatórios. Em junho de 1997, ingressou no setor do SAE. Viúva há 10 anos e, após morte do marido, teve outros companheiros com relação sexual desprotegida. Mãe de 3 filhos, relatou ter realizado 3 abortos provocados e não utilizava método contraceptivo.

Possuía matrícula em outra instituição de saúde e não tinha plano de saúde privado, tendo acesso a outras instituições de saúde, como INCA. No período de ingresso, relatou morar em residência alugada e possuir o ensino fundamental completo. Ela relata abuso de álcool, quadro depressivo e necessidade de se isolar e ficar sozinha. Relatou que havia brigas violentas com filhos e problemas familiares com as irmãs.

Trabalhou como telefonista com vínculo formal e renda de 1 SM, mas perdeu o emprego e entrou em depressão ao saber que iniciaria o tratamento com ARV em 2000 achou que “o seu tempo estava acabando” e estava “perdendo o controle com a bebida”.

Iniciou novo emprego informal em uma escola particular e depois não conseguiu mais vaga em trabalho formal. Ao tentar ajudar uma colega que passava pela mesma situação,

revelou sua sorologia no trabalho e passou por discriminação pela direção da escola, a qual propôs que ela ficasse recebendo seu salário em casa, porque não poderia correr o risco de os pais dos alunos descobrirem e tirarem seus filhos da escola, tendo grandes prejuízos financeiros.

Orientada a buscar um escritório modelo de uma universidade para pedir orientações, veio a resposta pior possível: “Aceita e aproveita”. Saindo da escola, trabalhou como diarista/doméstica e cuidadora de idosos. Relatou sintomas de depressão e falta de perspectiva. Abandonou o tratamento em 2003, teve uma internação e, após o retorno, continuou apresentando uso irregular dos ARV. Em 2014, foi diagnosticada com câncer de mama (D. Paget) e realizou retirada da mama esquerda e realização de radioterapia no INCA.

Hoje, vive pelo menos há 25 anos com HIV. A informação mais recente é que mora com um filho e uma irmã que ajudam no tratamento, devido a um quadro de depressão profunda e surtos psiquiátricos.

Quadro 1 - Características das mulheres vivendo com HIV no SAE/HESFA – parte 1

| | Amanda | Bárbara | Celina | Débora | Elisa | Fernanda |
|-----------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|--------------|-----------------|
| Nascimento | 1959 | 1960 | 1960 | 1962 | 1940 | 1956 |
| Idade Atual | 63 | 62 | 62 | 60 | 82 | 68 |
| Raça/cor | preta | parda | branca | preta | preta | parda |
| Data do Diagnóstico | 1999 | 1999 | 1997 | 1999 | 1999 | 1997 |
| Data do Ingresso | 1999 | 1999 | 1998 | 2000 | 2000 | 1997 |
| Idade do diagnóstico | 39 | 39 | 37 | 37 | 58 | 41 |
| Naturalidade | RJ | RJ | RJ | RJ | RJ | RJ |

Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022)

Quadro 2 - Características das mulheres vivendo com HIV no SAE/HESFA – parte 2

| | Amanda | Bárbara | Celina | Débora | Elisa | Fernanda |
|---|------------------------------------|---|---|---------------------------------|--|------------------------|
| Como descobriu? | Internação e Falecimento do Marido | Internada com sintomas de perda de peso | Desconfiança traição ex-parceiro uso drogas | Descobriu a medicação do marido | Doação de sangue/ Transfusão sanguínea | Exames pré-operatórios |
| Conjugalidade | Casada | Viúva | Solteira | Separada | Viúva | Viúva |
| Nº filhos | 2 | 4 + 1 (adoção) | 2 | 6 | 4 | 3 |
| Filho soropositivo? | Não | Não | Sim | Sim | Não | Não |
| Método contraceptivo | Laqueadura | Laqueadura | Contracepção oral | Contracepção oral | Laqueadura | Não utiliza |
| Nº abortos provocado | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| Nº abortos espontâneos | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| Ocorrências violentas/ discriminação | Sim | Sim | Sim | Sim | Não | Sim |

Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022)

Quadro 3 - Características das mulheres vivendo com HIV no SAE/HESFA – parte 3

| | Amanda | Bárbara | Celina | Débora | Elisa | Fernanda |
|--|------------------|------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|
| Escolaridade | 2º grau completo | 1º grau completo | 1º grau incompleto | 1º grau completo | 1º grau incompleto | 1º grau completo |
| Contribuição CTPS/Autonomia no ingresso | Sim (15 anos) | 0 | Sim (9 anos) | Sim (2 anos) | Sim (20 anos) | Sim |
| Ocupação (ingresso) | desempregada | desempregada | vendedora ambulante informal | desempregada | doméstica/diарista informal | telefonista formal |
| Renda pessoal (ingresso) | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 SM | 1 SM |
| Renda familiar SM (ingresso) | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |

Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

Quadro 4 – Características das mulheres vivendo com HIV no SAE/HESFA – parte 4

| | Amanda | Bárbara | Celina | Débora | Elisa | Fernanda |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| Algum Abandono? | Sim | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| Dificuldades no tratamento? | Sim | Sim | Sim | Sim | Não | Sim |
| Alguma Internação? | Não | Sim | Não | Não | Não | Sim |
| Situação financeira atual | Aposentada | Cuidadora de idosos | Vendedora ambulante informal | Trabalho formal | - | - |
| Anos com HIV | 22 | 22 | 25 | 23 | 22 | 25 |
| Eventos de saúde | Hipertensão, osteoporose e depressão. | Hipertensão, dislipidemia, lipodistrofia | Hipertensão, tumor | Hipertensão, depressão e ansiedade. | Hipertensão, diabetes e depressão. | Carcinoma de mama, radioterapia, depressão. |
| Adesão durante a pandemia | Boa | Boa | Boa | Boa | Boa | Boa |

Fonte: Dados compilados pela autora baseados nos prontuários do SAE (2022).

5.4 RECONSTITUIÇÃO DAS TRAJETÓRIAS DE ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE DAS MULHERES

A análise documental dos prontuários no período de diagnóstico e o ingresso das mulheres encontradas no SAE/HESFA possibilitaram confirmar o processo de pauperização da epidemia no final da década de 1990 e início de 2000, resultando na mudança do perfil epidemiológico da epidemia de HIV. Foi naquele contexto que essas mulheres ingressaram no setor: elas apresentaram baixa renda e escolaridade e a maioria possuía trabalhos informais, principalmente, como doméstica ou diarista. Nota-se que o perfil das mulheres é majoritariamente de mulheres negras, com 76,6% das mulheres negras (43,3% pardas e 33,3% pretas) e 23,3% de mulheres brancas.

As altas taxas de desemprego e emprego informal, principalmente entre as mulheres negras, mostram o quanto é difícil o acesso a algum tipo de proteção social. As mulheres que conseguiram o benefício de aposentadoria apresentaram em algum momento de suas trajetórias algum tipo de contribuição, seja por meio do trabalho formal, seja da autonomia. Isso significa o quanto o Estado estava ausente na vida dessas mulheres, reforçando a ideia de que apenas aquelas que se “esforçaram na vida” conseguiram um benefício, aumentando a imagem de culpabilização pela sua situação.

Dessa forma, vimos aqui que a população negra é a que mais sofre a estratificação social, sendo posicionada nos níveis mais baixos. Essas condições de precariedade acarretaram vários momentos de dificuldades em manter uma rotina de tratamento e consultas médicas, o que denota que a informalidade nas relações de trabalho favorece a exploração e a restrição do acesso aos serviços de saúde.

Pensando sobre as mulheres elencadas, **Bárbara** é mulher parda e sempre trabalhou em empregos informais, sem nenhum tipo de contribuição e com baixa escolaridade apenas de 1º grau completo. Aos 62 anos, ainda precisa trabalhar informalmente como cuidadora de idosos. Além disso, ela teve 5 gestações, e o seu último filho foi dado para adoção, realizando a laqueadura como forma definitiva de contracepção. Aqui podemos questionar o que a levou a essa atitude extrema, quais os aspectos que levaram essa mulher a entregar o seu filho.

Algumas possibilidades que podemos aventar com a leitura dos prontuários é perceber que o contexto de vida dessa mulher não estava permeado por nenhuma política pública. Houve a ausência do Estado em proporcionar o acesso aos serviços de saúde, educação (e por que não, de saúde reprodutiva?), a ponto de ela precisar chegar ao extremo de não ficar com filho. Além

disso, esse filho surge de um segundo relacionamento, onde não sabemos se o ato sexual foi forçado ou consensual.

A lipodistrofia foi um aspecto que atravessou tanto a vida de **Bárbara** quanto de **Débora** em toda a trajetória com HIV, inclusive trazendo dificuldades de andar e trabalhar.

As condições decorrentes de um trabalho informal caracterizado com baixa remuneração favorecem a vulnerabilidade e exploração dessas mulheres, colocam-nas em posição de subordinação, medo e discriminação nos ambientes de trabalho, que muitas vezes se expressam na dificuldade de acessar o sistema de saúde, já que não conseguem se ausentar do trabalho, ou melhor, não há permissão para se ausentarem, associada a situações de medo de revelar a sorologia no ambiente de trabalho.

Fernanda tem 66 anos, parda, de acordo com sua trajetória com HIV passou por discriminação no ambiente de trabalho e ao procurar instituição que oferecia serviços de advocacia para pessoas que não podiam pagar. Devido às suas condições, precisou aceitar se sujeitar a proposta. Ou seja, teve um emprego formal e depois não conseguiu mais, ficando na informalidade. Houve a ausência do Estado em garantir que essa mulher pudesse ter acesso a políticas públicas que diminuíssem o hiato da desigualdade social tão presente na sua vida.

Seu histórico é o de uma mulher com 6 gestações, 3 filhos e 3 abortos provocados. Apesar de informar que possuía acesso a rede de saúde anteriormente, nota-se que houve falhas no cuidado e atendimento dessa mulher, não só nas questões relacionadas à saúde, mas também ao seu relato de abuso de bebida alcoólica.

Bárbara, Celina, Débora e Fernanda tiveram sua rotina de tratamento alterada tanto para estarem presentes nas consultas médicas quanto para tomarem regularmente os medicamentos, devido a questões financeiras, problemas familiares, depressão e aceitação da doença. Passaram por discriminação em algum momento de suas trajetórias. **Celina, Débora, Elisa e Fernanda** passaram pela situação de realizarem aborto provocado, enquanto **Bárbara** precisou tomar uma decisão de colocar seu filho para adoção.

Amanda e Elisa, em algum período de suas trajetórias, conseguiram contribuir para o sistema previdenciário. Amanda conseguiu aposentadoria, sobre Elisa não há informação recente, e ela é a usuária de maior idade, com 82 anos. Elisa, durante sua trajetória, preferiu o isolamento não tendo mais relacionamentos.

Amanda, Celina e Débora descobriram o diagnóstico a partir do adoecimento de seus próprios companheiros. A revolta está nos relatos dessas mulheres que sentiram traídas não só fisicamente, mas também na confiança de depositarem suas vidas nas mãos de outras pessoas, que não demonstraram se importar com a saúde delas e nem com a de seus filhos.

Celina relatou da dificuldade de negociar o uso do preservativo com o companheiro, no sentido de protegê-lo em relação ao HIV, mas ali a ideia para o companheiro de usar um preservativo era de faltar com afeto à mulher, como se fosse um voto de amor eterno. Nesse contexto, nota-se a relação de hierarquia de poder nas relações sociais e do pensamento de que o uso do preservativo é sinônimo de infidelidade e de ausência de amor pelo outro. Essa condição nos remete à forma como a nossa sociedade é construída nos moldes patriarcais que impõem regras e espaços para homens e mulheres, inclusive o papel de cada um deles na sexualidade.

Assim, um fator que nos remete à posição dessas mulheres na sociedade é analisarmos as suas ocupações, em que a maior parte foi como diarista/doméstica. O papel da mulher no cuidado do lar e dos filhos no espaço privado, agora é extrapolado fora das paredes de sua própria casa, porém o trabalho doméstico agora é no cuidado do outro. A profissão traz um estigma de se caracterizar por uma baixa escolaridade, pobreza e servidão. Atualmente, se analisarmos o perfil das mulheres, há muito mais mulheres negras do que brancas nos trabalhos domésticos, traços de nossa formação colonial escravocrata e patriarcal.

Constata-se que a epidemia de HIV marca as vidas dessas mulheres, um conjunto de preconceitos e discriminação que reverberam em sofrimento e adoecimento mental, expressando-se em angústias, depressão, ansiedade, medo de ter o diagnóstico revelado e solidão que acabam interferindo nas suas relações afetivo-sexuais e familiares. A discriminação pode ser explícita como no caso dos vizinhos, como também dentro da própria família e com o próprio companheiro. Todos esses aspectos dificultam o uso regular de ARV e ocasionam faltas frequentes às consultas.

Em relação à proximidade entre a residência das pessoas vivendo com HIV e as instituições de saúde, o que se percebe é o temor de realizar o tratamento próximo da residência, por isso preferem locais mais distantes. Em relação ao acesso à clínica da família, há uma normativa da Prefeitura do Rio de Janeiro que permite que as pessoas possam escolher o local em que querem realizar o tratamento, não sendo obrigatório escolher a clínica da família do próprio bairro. Houve uma usuária que relatou que não gostaria de continuar no HESFA por estar perto de seu local de trabalho, solicitando transferência, mas depois retornou a seu tratamento na instituição.

Apesar do avanço nas pesquisas científicas com novos medicamentos com menos efeitos colaterais e menos doses diárias, os efeitos colaterais da medicação ainda existem. Durante a leitura dos prontuários, observou-se que praticamente todas as mulheres apresentaram algum ou vários efeitos colaterais. Uma das usuárias relatou que parecia que

estava tomando veneno. Uma das principais queixas foi com relação ao aparecimento da lipodistrofia, que é uma condição que está associada ao tratamento com antirretrovirais para HIV, que em alguns casos dificulta a realização do trabalho. Alguns desafios foram relatados com relação aos efeitos colaterais e ao horário das doses prejudicar algumas atividades, como o trabalho.

As mulheres que relataram melhor adesão ao tratamento foram aquelas que de alguma forma possuíam uma condição financeira um pouco menos difícil e que também tiveram algum apoio familiar na construção de uma trajetória de atenção à saúde, principalmente na adaptação dos hábitos e horários dos medicamentos.

Como constatado, muitas dessas mulheres foram marcadas por uma violência institucional acentuada pela falta de acesso às políticas públicas e pela ausência do Estado que não enxergou os determinantes sociais em que elas vivem, não se fazendo presente anteriormente ao diagnóstico.

A condição de saúde se relaciona a vários aspectos da vida, como moradia, trabalho, alimentação, educação, renda, transporte, que podem interferir na vida dessas mulheres trazendo doenças ou não. Celina e Elisa podem exemplificar nos seus relatos quanto ao modo como descobriram. Celina foi por meio de exame solicitado devido a uma condição pré-cirúrgica. Outras mulheres relataram essa condição de descoberta por meio de solicitação de exames. Elisa foi no momento da doação de sangue, o que também apareceu em outros relatos. Logo, essas mulheres tiveram o conhecimento da sua sorologia a partir de um procedimento ou exame médico, denunciando uma ausência de iniciativas de prevenção na época. Ainda hoje, com frequência, o diagnóstico se realiza dessa forma, principalmente nas consultas médicas ginecológicas, porque é preconizado o pedido de teste de HIV na consulta à gestante.

O acompanhamento em saúde das pessoas vivendo com HIV precisa ser focado numa rede multiprofissional de médicos infectologistas, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e assistentes sociais. O último Manual elaborado pelo MS em 2017, para a equipe multiprofissional em Cuidado Integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica, trouxe a importância histórica dos serviços especializados dos SAE no início da epidemia, porém, atualmente, como a doença foi classificada como crônica, passando a necessitar de um acompanhamento em saúde em outros níveis de atenção, a Atenção Básica passou a ser um suporte para os SAE (BRASIL, 2017, p. 7).

É relevante observar que as necessidades mudaram ao longo da trajetória da epidemia, já que as pessoas vivendo com HIV estão envelhecendo e utilizando antirretrovirais por longo tempo, de modo a trazer consequências precocemente ao organismo delas. Assim, a existência

de instituições como SAE favoreceu a adesão e a continuidade do tratamento por disponibilizar uma equipe multidisciplinar.

O tratamento das pessoas vivendo com HIV teve um grande avanço quando, a partir de 2013, o MS anunciou mudanças no protocolo de atendimento. O tratamento com antirretrovirais pela rede pública é imediatamente iniciado quando a pessoa é diagnosticada com a doença, afetando positivamente as condições de vida das pessoas vivendo com HIV. Com isso, a medida objetiva reduzir a transmissibilidade do vírus e melhorar a qualidade de vida do/a usuário/a. No período em que essas mulheres descobriam a sorologia, os medicamentos antirretrovirais eram administrados a partir de resultados de exames de sua carga viral. Quando a carga viral estava muito elevada, o médico iniciava o tratamento. Uma das mulheres se referiu a esse momento como “o meu fim está chegando”, ao iniciar o tratamento com a medicação. Atualmente, esse impacto não existe mais, uma vez que o tratamento é logo iniciado, não causando uma expectativa quanto à evolução da doença.

Em relação ainda às mudanças nos protocolos de tratamento do HIV ao longo do tempo, que afetaram a vida dessas mulheres em particular, não foi possível visualizar muitos efeitos somente com as leituras dos prontuários. A princípio, o que se pode observar é que a descentralização do acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV para a Atenção Primária à Saúde possibilitou abertura de alternativas de escolha de local de tratamento, caso a usuária desejasse continuar o tratamento em outra localidade ou próximo de sua residência.

A viuvez traz a solidão como padrão colocado pela sociedade em que vivemos onde as pessoas precisam ficar sozinhas. Se elas tiverem outros relacionamentos passam a não se encaixarem nesses padrões normativos. Nas mulheres idosas que vivem com HIV, essa solidão se torna uma imposição da sociedade relacionada não só ao seu estado civil, mas também pelo vírus que traz o medo de ser rejeitada, discriminada e de ser responsável por transmitir a doença para outras pessoas. Assim, elas “preferem” ficar sozinhas.

Quando a morte dos companheiros por AIDS chegou, as mulheres ainda eram jovens, pois a leitura dos prontuários mostra que ainda existia a vontade de ter outros relacionamentos, mas os impactos da doença e das precárias condições de vida abalaram emocionalmente a ponto de preferirem a solidão. Outro aspecto observado foi o tipo de relação que elas tinham com os companheiros: existiram relatos de humilhação, maus tratos, preconceito e dificuldade de negociar o preservativo pela desconfiança ou até mesmo pelo companheiro considerar o risco uma prova de amor. Talvez por se perceber numa posição em que supostamente estaria em

desvantagem (pela sorologia e outras características) para encontrar um companheiro, é possível que algumas tenham aceitado relacionamentos abusivos.

Um aspecto observado na leitura dos prontuários é que essas mulheres, ao envelhecerem, sentiram a necessidade de ter uma outra pessoa como auxílio para lembrar as datas das consultas, horários dos exames e acompanhá-las às consultas e exames. Essa característica é comum em pessoas mais idosas em geral, porém as pessoas que vivem com HIV, durante toda a sua trajetória, preferem manter o sigilo, inclusive para familiares. Desse modo, elas terminam tendo de escolher falar sobre a sua sorologia a um membro da família, geralmente os filhos, ou amigos, para poderem continuar a ser assistidas.

O segundo maior evento com 16 mulheres (53,3%) identificado foram os sintomas da depressão. Segundo a UNAIDS, é importante que haja uma melhor integração entre o HIV e os serviços de saúde mental. A UNAIDS e OMS (GUIA..., 2022) lançaram uma publicação sobre a temática da importância da saúde mental no tratamento das pessoas que vivem com HIV, as quais têm um risco maior de problemas de saúde mental, podendo causar tratamento irregular dos medicamentos e menor envolvimento com seu cuidado e prevenção.

O sexto maior evento foram os sintomas de lipodistrofia. O acúmulo de gordura em certas regiões do corpo traz sofrimento e baixa autoestima das mulheres, trazendo a diminuição de gordura e fraqueza que acarretou a dificuldade de exercer suas atividades, que, com a idade já é normal, acentuar. Segundo Seidl e Machado (2008, p. 240), mesmo com uma dieta alimentar adequada e a prática de exercícios físicos, não se garante uma solução definitiva para os efeitos da síndrome.

Entretanto, para o perfil das mulheres estudadas, essas tarefas são consideradas bem difíceis de serem alcançadas, já que muitas vivem com dificuldade financeira (que invalida uma dieta adequada), além de terem uma carga exaustiva de trabalho, não conseguindo tempo e disposição para nenhuma outra atividade física.

As estratégias institucionais como respostas para as demandas surgidas foram a disponibilidade de atendimento psicológico e a cirurgia plástica. Não se constatou se essas mulheres que foram encaminhadas para a espera da cirurgia conseguiram efetivamente realizar o procedimento.

A chegada do envelhecimento já remete normalmente a uma maior tendência ao acometimento de doenças crônicas não transmissíveis e, com elas, uma maior quantidade de medicamentos e mudanças na rotina de atividades tanto física quanto intelectual. Envelhecer com HIV para essas mulheres idosas trouxe as dificuldades que, biologicamente,

psicologicamente e socialmente, acometem rotineiramente o envelhecimento do corpo feminino, porém exacerbado pelas dificuldades trazidas pelo HIV.

Somados a todos esses aspectos, deve-se considerar ainda o contexto socioeconômico que essas mulheres vivem, o emprego informal, baixos salários, baixa escolaridade e solidão. Logo, não se pode tentar homogeneizar o envelhecimento, porque existem diferentes caminhos para se envelhecer.

O contexto neoliberal e de capitalismo destrutivo em que vivemos com retrocesso de direitos previdenciários, dificultando o acesso aos benefícios sociais, acarreta uma dificuldade ainda maior para essas mulheres, pobres, idosas e, na sua maioria, negras acessarem algum benefício previdenciário na velhice e tornando a trajetória dessas mulheres com caminhos distintos a depender da posição em que se encontra nas relações sociais:

As marcas de subordinação e dependência, forjados em um modelo de colonização baseado no patrimônio patriarcal e escravista, possuem implicações na formação não apenas econômica, mas também social, cultural e política do Brasil. Imprimem contornos particulares à dinâmica capitalista (CISNE; SANTOS, 2018, p. 101).

Dessa forma, é fundamental pensar no envelhecimento a partir da análise de qual é o papel atribuído da mulher na nossa sociedade, particularmente da mulher negra, buscando compreender que essas marcas patriarcais e escravistas da nossa formação social também trazem implicações na criação e gestão das políticas públicas e como os/as usuários/as acessam esses serviços.

5.5 ADESÃO E DESCONTINUIDADE DO TRATAMENTO

Analisando a trajetória de vida das mulheres idosas do SAE/HESFA, percebe-se que 14 delas apresentaram dificuldades de adesão ao tratamento com relação ao uso irregular de antirretrovirais. As dificuldades foram provenientes de dificuldade e rigidez de adaptação de horários das doses, efeitos colaterais, insuficiência de recursos financeiros, atritos familiares, dificuldade de se ausentar do trabalho e sair de casa para as consultas e retirada de medicação na farmácia. Os abandonos foram relatados por 9 mulheres que depois retornaram ao tratamento.

A preocupação na adesão ao tratamento e o não abandono são fatores importantes para o controle da doença. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2018), a adesão ao tratamento consiste na utilização ideal dos medicamentos antirretrovirais da forma mais próxima possível àquela prescrita pela equipe médica de saúde, respeitando as doses, horários e outras indicações. O paciente que fizer uso irregular ou abandono por mais de seis meses será necessário ser

encaminhado a novos testes de genotipagem para escolha de um esquema terapêutico mais eficiente.

O estudo realizado por Schilkowsky (2017) mostrou que muitos elementos interferem no risco de abandono, dentre eles: idade, situação conjugal, familiar, baixa de escolaridade, situação de trabalho, desemprego ou emprego instável, uso de drogas ilícitas, registros de antecedentes psiquiátricos, tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta. O PCDT (BRASIL, 2018) informa também outros fatores que podem dificultar a adesão, dentre eles a não aceitação da sorologia, informações inadequadas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de adequação à rotina diária do tratamento, medo de sofrer com a discriminação

Segundo Silva et. al (2015, p. 1.110), numa revisão bibliográfica, a família tem papel fundamental e decisivo no cuidado à saúde das pessoas vivendo com HIV, principalmente na adesão e administração dos ARV, pois exige alteração na rotina e nos hábitos de todos os envolvidos. Além disso, o estudo apontou como maior dificultador para adesão do tratamento são os efeitos colaterais, uma vez que envolve mudanças na rotina, hábitos e no trabalho, inclusive associando ao medo de perder o emprego e de ter sua sorologia descoberta no trabalho. Um dos pontos facilitadores para a manutenção do tratamento que foram identificados, foram as redes sociais, podendo ser elas, familiares, ou outras relações secundárias, como amigos, vizinhos e profissionais de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho apresentou um esforço de tecer reflexões acerca da trajetória das mulheres idosas que vivem com HIV há pelo menos duas décadas, acompanhadas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Hospital São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ).

Passados 40 anos da epidemia no Brasil, vários desafios foram enfrentados, dentre eles, a criação de uma política nacional, o acesso aos serviços especializados, aos antirretrovirais e as mais recentes conquistas como a disponibilização das políticas de prevenção. A partir daí outros aspectos foram sendo construídos, como a criação dos direitos das pessoas vivendo com HIV, conscientizando e visibilizando os direitos e fortalecendo os movimentos sociais.

Destaca-se a ampliação das possibilidades de recursos biomédicos na prevenção do HIV. Entretanto, não podemos esquecer que a doença não é somente testar e tratar, mas também devem ser considerados os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais.

Nos últimos anos, o país vive uma onda conservadora e de ataques aos grupos socialmente discriminados, se nem mesmo nas escolas é possível falar de sexualidade, quanto menos ainda falar em prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Assim, segundo informações do Boletim epidemiológico do MS em 2021, cada vez mais os jovens se infectam com HIV.

Passamos pela análise da Política de saúde sob a lógica neoliberal com processos de precarização, focalização e privatização, incluindo a mercantilização da saúde. A partir desse contexto, abordamos o HESFA, instituição onde se vivenciou as experiências do estágio e da pesquisa para conclusão de curso, levantando algumas reflexões sobre seus/suas usuários/as.

Desde 2019, vivemos momentos de retrocesso na política de HIV, o país deixou de ter um departamento específico para a temática, o qual passou a dividir com outras doenças, inclusive alterando o nome e omitindo o HIV do departamento. Outro momento de ataque foi o Presidente da República Jair Bolsonaro declarar que uma pessoa que vive com HIV é uma despesa para todos aqui no Brasil. Além disso, o MS encerrou as redes sociais que continham informações sobre HIV. A justificativa foi concentrar todas as informações em apenas um local de acesso. A medida foi criticada por movimentos sociais de luta contra a AIDS, porque, ao agregar as informações dentro de um outro site com outras temáticas, torna-se mais difícil o seu resgate.

As políticas de austeridade que vêm sendo implementadas, como a Emenda Constitucional n.º 95/2016, apontam para cortes no orçamento da saúde, educação e assistência. O atual governo demonstra que não há interesse em ações de prevenção, desconsiderando a

divulgação de informações com campanhas sobre o HIV. Isso afeta principalmente as pessoas mais vulneráveis.

Todas essas perspectivas afetam diretamente o cotidiano dessas mulheres, que sentiram ainda mais os rebatimentos em 2021 com a pandemia da Covid-19, exacerbando suas as condições financeiras e sentido muito mais o peso das desigualdades de gênero, o racismo estrutural e principalmente pelo aumento da violência doméstica. A hierarquia de poder nas relações de gênero rebate no cotidiano dessas mulheres, expondo ao sofrimento mental, à depressão, aos pensamentos suicidas, à violência, e mostrando apenas uma parte das dificuldades que elas enfrentam cotidianamente.

Nesse sentido, pensar a trajetória de vida das mulheres que se tornaram idosas vivendo com HIV há pelo menos 20 anos, nos remete a dois aspectos. Um aspecto foi perceber que algumas mulheres, só a partir do diagnóstico, puderam ter acesso aos serviços de saúde e de outras políticas públicas que se entrelaçam a partir do surgimento de suas demandas com a doença. Outro aspecto é que se nota uma ausência do Estado diante das condições de vida dessas mulheres antes de adoecerem, como as consequências de uma relação de trabalho baseado na informalidade que resulta num envelhecimento sem nenhuma proteção social e a falta de um planejamento familiar e de atenção aos direitos sexuais e reprodutivos, e, conseqüentemente, em sucessivos abortos provocados e laqueaduras como método contraceptivo definitivo.

É relevante afirmar que pensar o não acesso às políticas de planejamento familiar não é pensar que por ser pobre, tem de se ter menos filhos e o rico pode ter quanto filhos desejar. Não seria no sentido de controle, mas de orientação de como se dará a melhor forma de pensar a demanda do crescimento familiar aliado a outras políticas públicas para que não se caia nesse pensamento de culpabilização do indivíduo por ter tido muitos filhos. Trata-se de compreender que as pessoas têm o direito de decidir o número de filhos, qual o melhor momento e que as mulheres possam ter o controle sobre sua sexualidade e sua saúde reprodutiva sem nenhum tipo de discriminação e violência.

A introdução dos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos é uma conquista para as mulheres, sobretudo como forma de combater as desigualdades de gênero, a discriminação e a violência contra mulher em uma sociedade com formação social, econômica, cultural e histórica alicerçada num sistema patriarcal, racista, sexista e capitalista. Como Cisne e Santos (2018, p. 101) abordam, o racismo e o sexismo são expressões resultantes desse complexo de desigualdades assentadas nesse sistema. A partir do momento em que segmenta as pessoas por raça e sexo, resultam em posicionar de forma naturalizante a mulher negra nas condições mais baixas de escolaridade, renda e ocupações pouco remuneradas, precarizadas e

exploradas, ou seja, há uma naturalização do lugar dessa mulher na sociedade pela construção de uma divisão sexual e racial do trabalho e dos espaços.

Com a posição da mulher ainda hoje na sociedade e sua dificuldade de negociar o preservativo com seu parceiro, principalmente se pensarmos do ponto de vista da violência que sofrem em relacionamentos abusivos, constata-se a necessidade de pensarmos sobre a possibilidade de inclusão de mulheres cisgêneras nos programas de prevenção da PrEP.

Assim, a discussão de raça/cor se tornou fundamental, pois é um fator que constrói maior vulnerabilidade para as mulheres negras não só aos serviços de saúde, como também em relação à privação de outros direitos sociais e fundamentais, como a luta cotidiana pela própria vida. Todavia, a atual conjuntura de fortalecimento de ideologias conservadoras e neoliberais traz com ela retrocessos para o campo da saúde, em particular, para as pessoas que vivem com HIV, particularmente às mulheres negras e pobres.

Os ataques de diminuição dos recursos destinados à saúde pública, a invisibilização da doença, a disseminação de informações conservadoras e estigmatizantes trazem grandes desafios para os/as profissionais de saúde e para pessoas que vivem com HIV. Esse cenário traz à tona a estigmatização das pessoas que vivem com HIV, comprometendo o acesso e a manutenção aos campos dos direitos conquistados.

Para enfrentar esses desafios e responder à ofensiva neoliberal e conservadora, é importante que se fortaleça a mobilização social, no sentido de ser uma luta que envolva a todos e não somente o setor da saúde. É fundamental que o projeto de uma sociedade democrática seja pensado de forma coletiva. Espera-se que a realidade encontrada nos perfis das mulheres idosas vivendo com HIV contribua para as pesquisas em políticas públicas já existentes e que se torne um caminho para novas pesquisas em busca de ações coletivas que envolvam o envelhecimento com HIV e auxiliem na adesão ao tratamento dessas mulheres durante a sua trajetória de vida.

REFERÊNCIAS

AGUINAGA, Hélio. **Hospital São Francisco de Assis: história**. Rio de Janeiro: Companhia Brasileira de Artes Gráficas, 1977.

ASSIS BRASIL, Sandra. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a sua relação com o Estado brasileiro. *In*: BATISTA, Luís Eduardo; WENEK, Jurema; LOPES, Fernanda (org.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 62-91. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

ASSIS, Dayane N. Conceição de. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019. 57 p. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/554207/2/eBook%20-%20Interseccionalidades.pdf>. Acesso em: 28 maio 2022.

ASSIS, Mônica. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS - Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 15-24, jun. 2005. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

ÁVILA, Maria Betania. Direitos reprodutivos, exclusão social e aids. *In*: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard G. (org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. 34. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999, Cap. 10. p. 39-48.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/como-e-por-que-desigualdades-sociais-fazem-mal-saude>. Acesso em: 20 maio 2022.

BARBOSA, Regina Maria. Um olhar de gênero sobre a epidemia de aids. *In*: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2003. p. 339-389. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280132584_UM_OLHAR_DE_GENERO SOBRE_A_EPIDEMIA_DE_AIDS. Acesso em: 28 jul. 2022.

BARBOSA, Regina Maria; VILLELA, Wilza Vieira. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. *In*: PARKER, Richard (org.). **Sexualidades Brasileiras**. 6. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 188-200.

BENEVIDES, Bruna G. (org.) **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021**. Brasília: ANTRA, 2022. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2022.

BENEVIDES, Bruna. A invisibilidade e a ausência de respostas efetivas à garantia do direito à saúde da população trans. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JUNIOR, Veriano; PARKER, Richard. (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018. p. 92-97. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es->

[sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf](#). Acesso em: 25 jun. 2022.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. Prontuários médicos e a memória da saúde brasileira. **BIS– Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 38, p. 12-15, abr. 2006. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052545/bis-n38-memoria-e-historia-da-saude-12-15.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BHERING, Marcos Jungmann. **Controle da natalidade no Brasil**: um estudo sobre o centro de pesquisas e assistência integral à mulher e à criança (1975-1994). 2014. 202 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16225/2/197.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

BITTENCOURT, Marcio Sommer. Estimando o risco cardiovascular em pacientes infectados pelo HIV. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 114, n. 1, p. 76-77, jan., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/rzCRL9bwtpc8wPdthsRNGBM/?lang=pt#:~:text=Estimando%20o%20Risco%20Cardiovascular%20em%20Pacientes%20Infectados%20pelo%20HIV&text=Desde%20os%20relatos%20iniciais%20de,uma%20redu%C3%A7%C3%A3o%20acentuada%20da%20mortalidade>. Acesso em: 21 jul. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. **Decreto n.º 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm Acesso em: 26 jul. 2022

BRASIL. **Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm Acesso em: 26 jul. 2022

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 1996a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 9.313, de 12 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF, 1996b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 abril 2016**. dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581 Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Diretrizes para organização da Rede de PEP**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-para-organizacao-da-rede-de-pep#>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel de PEP**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-prevencao-combinada/painel-pep>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST**: análise da situação atual e proposta de monitoramento Versão Revisada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 542, de 22 dezembro de 1986**. Para efeitos de Aplicação da Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial nº 608Bsb Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca.crt/Portarian542de22dez86.pdf Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715, de 4 abril de 1922**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559> Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf. Acesso em: 24 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação**. Brasília, DF: Ministérios da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude_web.pdf/view#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20 Acesso em: 24 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais (PCDT-PEP)**. [Brasília, DF], 2015. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>. Acesso em: 10 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_nutricao_pessoas_aids_hiv.pdf

Acesso em: 07 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Acesso em: 07 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids.

Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_19.pdf

Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA. Relação Anual de

Informações Sociais (RAIS). Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/servicos/empregador/rais> Acesso em: 14 jun. 2022

BRAVO, Maria Inês Souza. Inovações na gestão de sistemas de saúde. *In*: ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; TURA, Luiz Fernando Rangel (org.). **Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 1999. p. 145-177.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

DOI: 10.1590/s0037-86822001000200010. Disponível:

<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v5n1/7087.pdf Acesso em: 27 abr. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 77-93, mar. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 23 maio 2022.

CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: IPEA, 2014. 658 p. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=23975.

Acesso em: 25 fev. 2022.

CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604 p. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5476.

Acesso em: 22 mar. 2022.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto Para Discussão n. 858**, Rio de Janeiro, p. 1-31, 2002. Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD_858.pdf. Acesso em: 27 fev. 2022.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. [Recife] Núcleo de Estudos e Pesquisas Afrobrasileiros e Indígenas – UNICAP), 2020. Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/04/CARNEIRO-2013-Enegrecer-o-feminismo.pdf> Acesso em: 14 jul. 2022.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 49, n. 17, p. 117-132, jan. 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ea/a/Zs869RQTMGGDj586JD7nr6k/?format=pdf&lang=pt> Acesso

em: 28 jul. 2022.

CARVALHO, Sandro S de. Retrato dos rendimentos e horas trabalhadas durante a pandemia: resultados da PNAD. Contínua do segundo trimestre de 2021. **Carta de Conjuntura**, Brasília, DF: Ipea, 2021. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/tag/desigualdade-de-renda> Acesso em

19 maio 2022.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al.* **A pesquisa**

qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1932953/mod_resource/content/1/CELLARD%20%20Andr%C3%A9_An%C3%A1lise%20documental.pdf. Acesso em: 27 dez. 2021.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos/as idosos/as brasileiros às vésperas do século XXI:

problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101997000200014>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/8wZgXqG5KtGs99xb7tRpgsw/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev.

2022.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Moraes dos. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

CNS debate estratégias de combate ao HIV e ao preconceito. [BRASÍLIA, DF]: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/572-cns-debate-estrategias-de-combate-ao-hiv-aids-e-aopreconceito#:~:text=A%20sigla%20utilizada%20atualmente%20pelo,e%20garantia%20de%20tratamento%20adequado>.

Acesso em: 24 jul. 2022.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de; SILVA, Ana Teresa de Medeiros. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 26-36, mar. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100005> Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GrTf3vFznTHzrbmnDHQHtDP/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2020. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/e15evnx>. Acesso em: 06 jun. 2022.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS) **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.638, de 10 de julho de 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. 2002. [BRASÍLIA, DF], 2002. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5125745/4209117/RESOLUCAOCFMN1.638DE10DEJULHODE2002.pdf> Acesso em: 22 dez. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.658, de 01 de jul. 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: 2002. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5125745/4209117/RESOLUCAOCFMN1.638DE10DEJULHODE2002.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - (CFESS) **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010.

COSTA, Sarah Hawker. Controle de fecundidade: aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. (org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Cap. 10. p. 163-184. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-11.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2022.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice com a antropóloga Guita Grin Debert**. Youtube, 2 jun. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Giha03mm67w>. Acesso em: 14 jun. 2022.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos. A alta dos preços do gás de cozinha e o impacto para os trabalhadores. **Nota Técnica**, São Paulo, n. 195, 2018.

Disponível em: <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2018/notaTec195gas.html>. Acesso em: 15 maio 2022.

DOSSIÊ mulheres negras e justiça reprodutiva: 2020-2021. Rio de Janeiro: CRIOLA, 2021. DUARTE, Carlos; LEÃO, Márcia. Bem-vindos ao século 21: um presente que não desejamos. *In: SEMINÁRIO DE CAPACITAÇÃO EM HIV*, 1.; *APRIMORANDO O DEBATE* 3., 2019, Rio de Janeiro, **Anais [...]** Rio de Janeiro: Abia, 2019. p. 4-17. Disponível em: <https://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2019/06/publicacao-carlos-marcia-20190625.pdf> <https://www.scielo.br/j/csc/a/MGNbP3WcnM3p8KKmLSZVddn/abstract/?lang=pt> Acesso em: 21 mar. 2022.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/yw42p> Acesso em: 20 maio 2022.

FERREIRA, Débora Carvalho; FAVORETO, Cesar Augusto; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.16, n.41, p.383-93, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JGjvCFPmmXf8qwFQZtx3ppC/?lang=pt#:~:text=A%20rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20o%20adoecimento,Tsevat%20et%20al>. Acesso em 13 maio 2022.

FERREIRA, Rosana Carvalho Memic; FIGUEIREDO, Marco Antônio de Castro; SOUZA, Lícia Barcelos. Trabalho, HIV/Aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ZwNp4MnCmQWPJm53gVj4dyq/abstract/?lang=pt> Acesso em 13 maio 2022.

FRENK, Julio *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** v. 111, n. 6, p. 485-496, dec. 1991. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16560> Acesso em: 13 jul. 2022

GARCIA, Paula Trindade (org.). **Saúde da mulher**. São Luís: Unasus/Ufma, 2013. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7850/1/Provab-2012.1_Modulo11_Introducao.pdf. Acesso em: 30 jul. 2022

GAVIGAN, Kelly *et al.* Pedagogia da prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI. **Perspectiva Política**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 3-15, nov. 2015. Disponível em: http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief_portugues_jan2016.pdf Acesso em: 18 jun. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, Rafael Soares. A reforma urbana do Rio de Janeiro: para onde vão os pobres. *In: GONÇALVES, Rafael Soares. Favelas do Rio de Janeiro: história e direito*. Rio de Janeiro: Pallas, 2013. p. 37-65.

GUIA de terminologia do UNAIDS. Brasília, DF: UNAIDS, 2017. Disponível em: https://un aids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf. Acesso em: 24 jul. 2022.

GUIMARÃES, Carmen Dora. **Aids no feminino**: porque cada vez mais mulheres contraem Aids no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

HEILBORN, Maria Luiza; GOUVEIA, Patricia Fernanda. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. *In*: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard G. (org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. 34. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1999. Cap. 10. p. 175-198.

HENNING, Carlos Eduardo; DEBERT, Guita Grin. Velhice, gênero e sexualidade: revisando debates e apresentando tendências contemporâneas. **Mais 60**: estudos sobre envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 23, n. 63, p. 8-24, dez. 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/18587/5/Artigo%20-%20Carlos%20Eduardo%20Henning%20-%202015.pdf> Acesso em: 29 maio 2022.

HIRATA, Helena. **A questão da interseccionalidade ampliou muito o escopo das análises já feitas anteriormente**. Entrevista concedida a Raquel Gouveia e Daniel Groisman. Evento da Associação dos Cuidadores da Pessoa Idosa, da Saúde Mental e com Deficiência do Estado do Rio de Janeiro (ACIERJ). Parceria com a Coordenação do Curso para cuidadores de pessoa Idosa da EPSJV/Fiocruz e Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). 2018. Disponível em: <https://www.cadtm.org/Helena-Hirata-A-questao-da-interseccionalidade-ampliou-muito-o-escopo-das>. Acesso em: 26 jul. 2022.

HIRATA, Helena. **Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero**: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa. São Paulo: Fundação Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Brasil, 2015. (Análise n. 7/2015). Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/12133.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022.

HIRATA, Helena. Mulheres brasileiras: relações de classe, de raça e de gênero no mundo do trabalho. **Confins - Revista Franco-Brasileira de Geografia**, Aubervilliers n. 26, 2016. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/10754>. Acesso em: 14 jun. 2022.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do *care*. São Paulo: Atlas, 2012.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/cCztcWVvvtWGDvFqRmdsBWQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/nomes/#/search> Acesso em: 09 jul.2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: ciclos de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2022.

IGUALDADE de gênero. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. Brasília: DF, v.9, n. 28, p. 407- 466, 2021. Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37679&Itemid=9 Acesso em: 10 jan. 2022.

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômica e Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3208/1/livro_retratodasdesigualdades_ed4.pdf Acesso em 25 jun. 2022.

JESUS, Giselle Juliana de *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: entraves na qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 301-307, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/qcqRczQgdz8tZXFR3DBk7ss/?lang=pt>. Acesso em: 19 maio 2022.

KAUSS, Bruno Silva. A implementação da profilaxia pós-exposição na perspectiva dos trabalhadores da linha de frente em saúde. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JUNIOR, Veriano;

PARKER, Richard (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018 p. 75-80. Disponível em: https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es-sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Ângela Maria Magosso. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, PR, v. 1, n. 1, p. 13-15, jun. 2007. Disponível em: <https://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/view/663>. Acesso em 19 maio 2022.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da Aids no Brasil 1983 -2003**: a sociedade civil se organiza pela luta contra a Aids. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 2 v. Disponível em: https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/HISTORIAS_DA_AIDS_NO_BRASIL.pdf. Acesso em: 9 fev. 2022.

LEITE, Vanessa; TERTO JÚNIOR, Veridiano; PARKER, Richard (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018. Disponível em: <http://abiAids.org.br/dimensoes-sociais-e-politicas-da-prevencao/32257> Acesso em: 28 jul. 2022.

LIMA, Ana Amélia Antunes; LUZ, Anna Maria Hecker. Significado da laqueadura tubária para moradoras de vilas populares de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 2, p. 203-207, abr. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672004000200014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7PPTckCDJsWsZGPqV6mdtnS/abstract/?lang=pt> Acesso em: 03 ago. 2022.

LINCHOTTI, Camille; MAZZA, Luigi; BUONO, Renata. Os abortos diários do Brasil. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/os-abortos-diarios-do-brasil/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, v. 1, n. 52, p. 109-132, fev. 2006. Disponível em: <https://sociologiapp.iscte-iul.pt/pdfs/52/540.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MAGALHÃES, Rosana. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 667-673, jun. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/93D5nVSgGyWcfS4zTg46f7M/?lang=pt#>. Acesso em: 29 maio 2022.

MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. *In*: MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamental, organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, Cap. 1. p. 19-49. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/humanizacao-do-parto-politica-publica-comportamento-organizacional-e-ethos-profissional>. Acesso em: 05 jul. 2022.

MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. **O voto feminino no Brasil**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2018.

MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n10/4483-4496/> Acesso em: 01 mar. 2022.

MATTOS, Ruben Araújo de; TERTO JÚNIOR, Veriano; PARKER, Richard. *et al.* As estratégias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. 20 p. (Coleção ABIA Políticas Públicas e AIDS, 1).

MEDRONHO, Roberto Andrade *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivía; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no sistema único de saúde? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e151/> Acesso em: 17 fev. 2021.

MESQUITA, Cecília Chagas de. **Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM**. 2010. 157 f. Dissertação (Mestrado História das Ciências e da Saúde) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6121> Acesso em: 28 jul. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. **Saúde e Ciência Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.7, p. 1868-1868, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n7/1868-1868/> Acesso em: 26 fev. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000. Disponível em:

MOLINA, Aurélio. Controle de fecundidade: laqueadura tubária, situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, K; COSTA, Sarah Hawker. (org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Cap. 8. p. 127-145. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-09.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

MONTEIRO, Mario F. Giani. Transição demográfica e epidemiológica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARATA, Rita Barradas *et al.* **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 189-204. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 02 mar. 2022.

MONTEIRO, Simone Souza *et al.* Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1793-1807, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RNkwKrgv4Lqs7DB4QvGKmkKH/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2022.

MOTTA, Alda Britto da. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre envelhecimento. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 2, n. 25, p. 225-250, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/hfzk9pNbRc69T3JRqbGsVjn/?lang=pt>. Acesso em 01 mar. 2022.

MOURA, Clóvis. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo: Ática, 1988 (Série Fundamentos n. 34). Disponível em: <https://contrapoder.net/wp-content/uploads/2021/05/Sociologia-do-Negro-Brasileiro-Clovis-Moura.pdf>. Acesso em 11 jun. 2022.

MUGNATTO, Silvia. **Ministério da Saúde vai revisar neste ano o plano de enfrentamento do HIV/aids entre mulheres**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/862135-ministerio-da-saude-vai-revisar-neste-ano-o-plano-de-enfrentamento-do-hiv-aids-entre-mulheres/#:~:text=A%20coordenadora%2Dgeral%20de%20Vigil%C3%A2ncia,do%20HIV%2Faida%20entre%20Mulheres>. Acesso em: 28 jul. 2022.

NOTA conjunta CONASS/CONASEMS: rede de atenção materna e infantil (RAMI). 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/#:~:text=No%20dia%2023%20de%20fevereiro,substitui%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20chamada%20Rede%20Cegonha>. Acesso em: 30 jun. 2022.

OLIVEIRA, Anderson Silva. Transição demográfica, Transição epidemiológica e Envelhecimento Populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e**

da Saúde, Uberlândia, v. 15, n. 32, p. 69-79, 1 nov. 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153248614. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614> Acesso em: 7 ago. 2022.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Marco de referência sobre a dimensão comercial dos determinantes sociais da saúde na agenda de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52975>. Acesso em: 28 jul. 2022.

OPAS/OMS e UNAIDS pedem eliminação das desigualdades para acabar com a aids. **OPAS**, 3 dez 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/30-11-2021-opasoms-e-unaidspedem-eliminacao-das-desigualdades-para-acabar-com-aids> Acesso em: 28 jun. 2022.

PAIVA, Vera Silvia Facciola (org.). **Em tempos de AIDS: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1992.

PARKER, Richard (org.). **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: Abia, 2016. Disponível em: https://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf Acesso em: 03 ago. 2022.

PARKER, Richard *et al.* (org.). **A AIDS no Brasil: (1982 - 1992)**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PARKER, Richard. Ativismo de base, mobilização da sociedade civil e a política da epidemia global de HIV/Aids [tradução da publicação original do artigo: Grassroots activism, civil society mobilization, and the politics of the global HIV/Aids epidemic] **Brown Journal of World Affairs**, v. 17, n. 2, p. 21-37, Spring/Summer, 2011. Disponível em: https://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2019/03/1-Ativismo-de-base-mobilizac%CC%A7a%CC%83o-da-sociedade-civil-e-a-poli%CC%81tica-da-epidemia-global-de-HIV_AIDS-2.pdf Acesso em: 14 abr. 2022.

PARKER, Richard. Mobilização comunitária, transformação social e empowerment diante do HIV/Aids. *In*: PARKER, Richard. **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2001. p. 99-110.

PARKER, Richard; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 16 (supl. 1), p. 89-102, fev. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kLpwTL3XQyJjpQMfmCHdP9c/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 jun. 2022.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 25, n. 45, p. 239-260, jul. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/CBwFBCqgdprcPL8x53x8bNz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2022.

PEREIRA, Maria Helena Guerra Gomes; COSTA, Liana Furtado. Santa pecadora ou execrada santa? O autocuidado em mulheres soropositivas para HIV. **PSICO-USF**,

Campinas, v. 12, n. 1, p. 103-110, jun. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-82712007000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/6XS9B4dkmzRnWT8sVxNDysh/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.

PETRUCCELLI, José Luís; SABOIA, Ana Lúcia (org.) **Características étnico-raciais da população**: classificação e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2013 (Estudos e análises. informação demográfica e socioeconômica. n. 2) Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2022.

PEZATTI, Erotilde Goeti. A gramática da derivação sufixal: os sufixos formadores de substantivos abstratos. **Alfa Revista de Linguística**, São Paulo, v. 1, n. 34, p. 153-174, fev. 1990. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/107659>. Acesso em: 01 mar. 2022.

PIMENTA, Maria Cristina; VELOSO, Valdinéia G. Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: estudo imprep stakeholders. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 1-2, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00290620>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pzRvbkKhGRFjh4PHmkk4qqx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2022.

POCAHY, Fernando. Gênero, sexualidade e envelhecimento. In: LEITE, Vanessa; TERTO JÚNIOR, Veridiano; PARKER, Richard (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2018. p. 98-103. Disponível em: https://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es-sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf. Acesso em: 03 jun. 2022.

RELATÓRIO da Reunião OPAS/OMS Brasil: Diálogo estratégico para a preparação do documento de referência para a renovação da promoção da saúde no contexto dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF, OPAS/OMS, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50462/OPASBRA18047_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 jul. 2022.

RODRIGUES JUNIOR, Gilson José. **Invisibilização social**: o jogo dramático de visibilidade e invisibilidade dos atores sociais. 2007. 109 f. TCC (Graduação em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: https://www.academia.edu/12113959/Invisibiliza%C3%A7%C3%A3o_social_o_jogo_dram%C3%A1tico_de_visibilidade_e_invisibilidade_dos_atores_sociais. Acesso em: 28 jul. 2022.

RODRIGUES, Julliana Luiz; FALCÃO, Marcia Thereza Couto. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nNQZnc5v4mGtNhHFDyDjq8c/?format=pdf&lang=pt>. SACCONI, Luiz Antonio. **Dicionário de língua portuguesa**. São Paulo: Nova Geração, 2009.

SANTOS, Gisele Giannerini dos. **As múltiplas faces da medicalização**: uma revisão histórica. 2013. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado

do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2013. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4213/1/Gisela%20Giannerini%20Santos%20-%20Dissertacao.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

SANTOS, Gyselle Freitas; RIBEIRO, Ana Carla Andrade. A feminização da aids como expressão da questão social. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília. **Anais** [...]. Brasília, DF: Abepss, 2019. p. 1-12. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1924>. Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHILKOWSKY, Louise Bastos. **As dimensões material, imaginária e simbólica do abandono de tratamento de HIV/Aids**: um estudo de caso em um serviço de assistência especializada no município do rio de janeiro. 2008. 171 f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icUNAIDSict/5018/2/louise_bastos_schilkowsky_ensp_mest_2008.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

SCHILKOWSKY, Louise Bastos. **Sobrevivência e sucesso terapêutico de pacientes com HIV/AIDS**: estudo de uma coorte atendida em um serviço de assistência especializada no município do Rio de Janeiro. 2017. 118 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 9, p. 897-908, jan. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NcL6K3C5p7dRgQfZ938WtRD/?lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2022.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 71-99, dez. 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 18 maio 2022.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; MACHADO, Ana Claudia Almeida. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 239-247, abr./jun, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6016?mode=full>. Acesso em: 03 ago. 2022.

SEM considerar pandemia, expectativa de vida no brasil seria de 76,8 anos, diz IBGE. **CNN Brasil**, 25 nov. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/sem-considerar-pandemia-expectativa-de-vida-no-brasil-seria-de-768-anos-diz-ibge/>. Acesso em: 29 jul. 2022.

SILVA JÚNIOR, Osnir Claudiano da. **Do asylo da mendicidade ao Hospital Escola São Francisco de Assis**: a mansão dos pobres. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2000.

SILVA, Carla Glenda Souza da. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, DF: v. 27, n. 1, p. 156-63,

2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/wfsdbJm9T8HG67YqTJzDQ6x/?format=html> Acesso em: 27 abr. 2022.

SILVA, Leonara Maria Souza da *et al.* A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Mangueiras, RJ, v. 20, n. 4, p. 1109-1118, abr. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bz68yF8fd3KnrzVn8BCpv7n/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 mar. 2022.

SILVA, Rafael Tavares Silveira *et al.* Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com aids frente à situação da doença”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 2-9, 8 mar. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/gDXrRWFppxZwcqYcjp4FLqM/?lang=pt#:~:text=O%20estudo%20identificou%20maior%20m%C3%A9dia,emo%C3%A7%C3%A3o%20e%20problema%20semelhantemente>. Acesso em: 28 jul. 2022.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da *et al.* A epidemia da Aids no Brasil: análise do perfil atual. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6039-5046, out. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12233>. Acesso em: 08 fev. 2022.

SOARES FILHO, Adauto Martins. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informação em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. *In*: BATISTA, Luís Eduardo;

WENEK, Jurema; LOPES, Fernanda (org.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 34-61. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

SOUZAS, Raquel; MARINHO, Olívia Ferraz Pereira; MELO, Karla Loyse Oliveira. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/aids e o recorte étnico-racial: revisão bibliográfica (1995-2009). *In*: BATISTA, Luís Eduardo; WENEK, Jurema; LOPES, Fernanda (org.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN, 2012. Cap. 14. p. 288-313. Coleção negras e negros: pesquisas e debates/coordenação Tânia Mara Pedrosa Muller. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 29 maio 2022.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al.* A disseminação da epidemia de Aids no Brasil no período de 1987 a 1996: uma análise espacial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p. 7-19, mar. 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2000.v16suppl1/S7-S19/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

TAQUETTE, Stella Regina (org.). **Aids e juventude: gênero, classe e raça**. 2. ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2009.

TERTO JÚNIOR, Veridiano. Aprender com o passado. Entrevista concedida a Cátia Guimarães”. **Revista Poli - Saúde, Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 80, p. 12-13. nov./dez. 2021. Disponível em:

https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/revista_poli_-_edicao_80_-_web.pdf Acesso em: 10 fev. 2022

UNAIDS e OMS: considerações importantes para integrar intervenções sobre HIV e saúde mental. **UNAIDS**. 5 maio 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/2022/05/consideracoes-importantes-para-integrar-intervencoes-sobre-hiv-e-saude-mental/> Acesso em: 27 jul. 2022.

VERAS, Renato (org.). **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnaTI/UERJ, 1995.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 43, p. 548-554, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pmygXKSrLST6QgvKyVwF4cM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2022.

VERAS, Renato. Why are our words so different from our actions? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 387-388, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/RFmQynbyHKp67P6DNhxtM8F/?lang=en> Acesso em: 26 mar. 2022.

VILLELA, Wilza; SANEMATSU, Marisa. **Mulheres com HIV/AIDS**: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2003.

WESTIN, Ricardo. Para críticos do voto feminino, mulher não tinha intelecto e deveria ficar restrita ao lar. **Arquivo S**. Brasília: DF, 3 fev. 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/para-criticos-do-voto-feminino-mulher-nao-tinha-intelecto-e-deveria-ficar-restrita-ao-lar>. Acesso em: 17 jun. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development. 2004. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser.04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 07 abr. 2022.

